

**Implementación de un Modelo de Atención en Salud Mental desde la
Subjetividad Aplicadas en un Internado de Discapacidad Mental Psicosocial para
menores de edad del Estado Colombiano**

AUTOR.

Lic. PAOLA A. MESÍAS QUINTERO

Presentado para optar el título de:

MAGISTER EN PSICOPATOLOGÍA Y SALUD MENTAL

DIRECTOR.

Lic. JUAN RAMÓN AGUILAR

INSTITUTO UNIVERSITARIO DE SALUD MENTAL

Pasto-Colombia/ Buenos Aires-Argentina

Septiembre, 2023

Instituto Universitario de Salud Mental
Maure 1850 - Tel. 4775-7985
<http://www.iusam.edu.ar>

Tabla de Contenido

Resumen	5
Introducción.....	7
Objetivos	9
Justificación.....	10
Método.....	12
Marco Contextual y Teórico	13
Marco Normativo de Salud Mental en Colombia.....	13
<i>Realidades y Convergencias Políticas.....</i>	<i>21</i>
Marco Normativo y Descripción del Modelo Actual del ICBF	36
<i>Modelo existente de Internado de Discapacidad Mental Psicosocial....</i>	<i>43</i>
Fases De Atención del Modelo del ICBF.....	45
Objetivo de la Modalidad.....	47
Ingreso de Usuarios.....	48
Marco Clínico: Propuesta desde las Trayectorias de la Teoría al Campo de la	
Práctica Clínica.....	51
Necesidades del Modelo de ICBF expuestas desde una Mirada Clínica	52
Descripción del Desarrollo del Modelo de Atención en Salud Mental desde la	
Subjetividad en el Proceso de Internación en la Modalidad de DMPs.	61
<i>Caracterización de las familias de los usuarios.....</i>	<i>67</i>
Viñeta Clínica Uno.	68
Viñeta Clínica Dos.....	72
<i>Caracterización de los Usuarios</i>	<i>77</i>
Viñeta Clínica Tres.....	78
Viñeta Clínica Cuatro.	86
Viñeta Clínica Cinco.....	91
Herramientas Terapéuticas	94
Conclusiones	126
Referencias Bibliográficas	130

Lista de Figuras

Figura 1	8
Figura 2	37
Figura 3	42
Figura 4	46

Lista de Tablas

Tabla 1	45
---------------	----

Resumen

Mediante el presente trabajo se aborda la realidad de los menores de edad que padecen patologías psiquiátricas severas, que se encuentran bajo la atención y custodia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF) en la Modalidad de Internado de Discapacidad Mental Psicosocial, evidenciándose las necesidades primordiales frente a la salud mental de esta población y se realiza también, la descripción de la implementación de un Modelo planteado desde la subjetividad para su atención. Para dicho desarrollo, se realiza inicialmente un recorrido del camino de los hitos históricos en el marco legislativo en el contexto de la salud mental del Estado Colombiano, el contraste de los mismos frente al escenario de la prestación de los servicios y la descripción del Modelo actual que atiende a la población descrita. Entre los hallazgos establecidos desde una mirada clínica, se exponen las brechas y vacíos demarcados entre la promulgación de las políticas públicas, el Modelo existente y las apremiantes necesidades de la población, situándola en entornos de vulnerabilidad que requieren atención.

Palabras clave: patologías psiquiátricas, discapacidad mental psicosocial, internado, Modelo, subjetividad.

Abstract

The aim of this paper addresses the reality of minors suffering from severe psychiatric pathologies, who are under the care and custody of the Colombian Family Welfare Institute (ICBF) in the Psychosocial Mental Disability Boarding Facility, demonstrating the primary needs in relation to the mental health of this population and also describing the implementation of a Model proposed from the subjectivity for their attention. For this development, initially is carried out a route of the path of the historical milestones in the legislative framework in the context of the mental health of the Colombian State, the contrast thereof in front of the scenario of the provision of the services and the description of the current model that serves to the described population. Among the findings established from a clinical perspective, exposes the gaps between the promulgation of public policies, the existing model and the pressing needs of the population, placing them in vulnerable environments that require attention.

Keywords: psychiatric pathologies, psychosocial mental disability, boarding facility, Model, subjectivity.

Résumé

Le présent document traite de la situation des mineurs souffrant de pathologies psychiatriques graves, qui sont pris en charge et garde sous la garde de l'Institut Colombien de Protection de la famille (ICBF) dans la modalité d'internat de handicap mental psychosocial; En mettant en évidence les besoins primordiaux face à la santé mentale de cette population et on réalise également, la description de l'implémentation d'un Modèle posé à partir de la subjectivité pour votre attention. Pour ce développement, on a commencé par tracer la voie des jalons historiques dans le cadre législatif de l'État colombien dans le domaine de la santé mentale, le contraste de ces jalons par rapport au scénario de la prestation des services et la description du modèle actuel qui prend en charge la population décrite. Entre les conclusions établies d'un point de vue clinique, on peut citer les écarts et les lacunes entre la promulgation des politiques publiques, le modèle existant et les besoins urgents de la population, qui se trouvent dans des situations de vulnérabilité nécessitant une attention particulière.

Mots-clés: pathologies psychiatriques, handicap mental psychosocial, internat, modèle, subjectivité.

Introducción

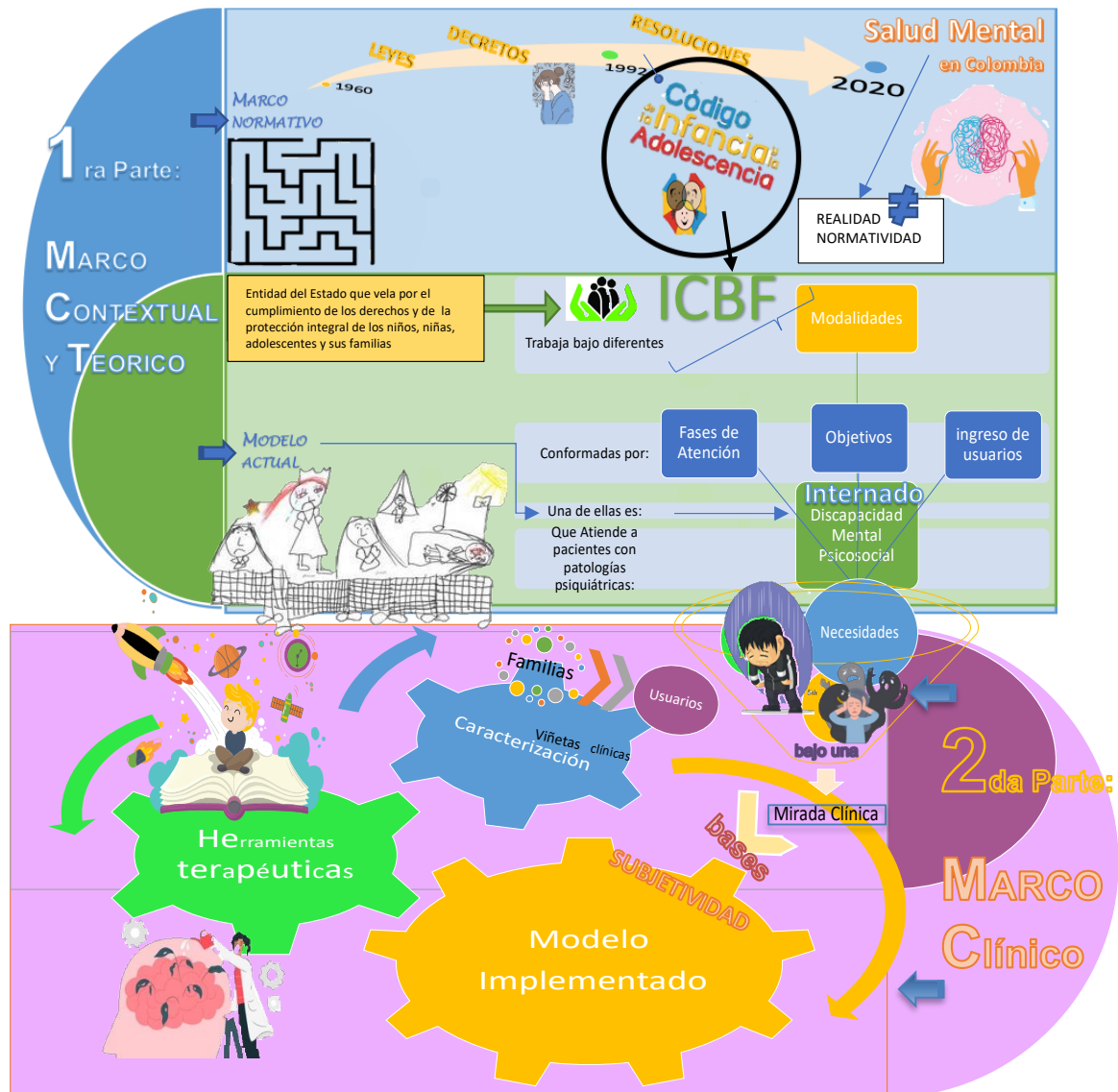
El presente trabajo inicialmente pretende describir el contexto legislativo a través de la exposición de sus primordiales hitos históricos, modificaciones y organización estratégica, recorridos desde el periodo en el que la salud mental se incluyó como un aspecto importante que requería ser retomado en el planteamiento de leyes, hasta su consideración prioritaria actual.

Dicha trayectoria, tiene el objetivo de adentrarse en el marco legal a nivel del tratamiento de rehabilitación psicosocial que provee el Estado Colombiano a los menos favorecidos, quienes se encuentran errantes entre el dolor y la incertidumbre por el abandono y demás frívolos atentados familiares, la fragilidad de los vínculos humanos y las injusticias sociales, atravesando caminos laberínticos para encontrar el sentido de sus vidas. Para lo cual se apunta a la explicitación de las acciones del Modelo existente para esta población vulnerable menor de edad comprendida para el Estado como población de Discapacidad Mental Psicosocial (DMPs).

Para la descripción del Modelo existente, se presenta una segunda instancia contextual y teórica retomada con base en los lineamientos del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), para lo cual se despliega la caracterización de la población y el proceso tanto administrativo como vivencial transitado por los niños, niñas y adolescentes hasta terminar su recorrido llegando a ser parte del grupo de DMPs. Para finalizar esta instancia, se exponen las especificaciones propias del Modelo mediante el cual presta servicio el ICBF.

Posteriormente, en un segundo marco, se exponen las necesidades de dicho Modelo contempladas desde una mirada clínica, necesidades que contribuyeron como punto de partida en la implementación del Modelo de Atención en Salud Mental planteado desde la subjetividad, el que se encuentra finalizando la última instancia del presente trabajo. Para la exposición del Modelo implementado se realiza la puntualización de su planteamiento teórico, la caracterización de la población y el ejercicio clínico esbozado desde las herramientas terapéuticas que lo conforman.

Figura 1



Nota. Se expone la Infografía de los Trayectos del presente trabajo, sus dos marcos principales y los submarcos que contiene cada uno de ellos.

Objetivos

Objetivo General

Describir las trayectorias de implementación de un Modelo de Atención de Salud Mental planteado desde la subjetividad en la Modalidad de Internado de Discapacidad Mental Psicosocial del Estado Colombiano.

Objetivos Específicos

Puntualizar el recorrido histórico de las políticas públicas en el marco de salud mental del Estado Colombiano.

Contrastar el marco legislativo con la prestación del servicio de salud mental.

Exponer la prestación de servicios a menores de edad planteado por el ICBF.

Analizar desde una mirada clínica las necesidades en el contexto de salud mental que padece la población de DMPs.

Detallar las especificaciones del Modelo de Atención de Salud Mental implementado.

Justificación

La Salud Mental en Colombia es una realidad que requiere atención prioritaria en cada una de las esferas de actividad de la población, demandando necesidades en el camino de la investigación, deconstrucción legislativa y aplicación de ésta en las diferentes prestaciones de servicios. Así mismo, en la historia y en la actualidad del contexto, se denota una falta abismal de reconocimiento y educación de la sociedad colombiana en tanto a la desmitificación de sus propias necesidades psíquicas.

La sociedad se enfrenta a dichas carencias, logrando erigir políticas de importante alcance documental, sin embargo, las brechas que se vivencian en la aplicación de la normativa son innumerables y de esta manera, se identifican como en muchos otros ámbitos, que la población vulnerable se encuentra mayormente afectada, siendo la que se tropieza con caminos sin fin para lograr la atención requerida frente a su salud mental.

Uno de los grupos poblacionales vulnerables corresponde al de infancia y adolescencia, siendo aquel grupo el que vivencia directamente las consecuencias de una sociedad carente de vínculos afectivos y que se desentiende de un rol formativo que provea las orientaciones y cuidados específicos que dicha población requiere.

Desafortunadamente, adicional a esto, se pueden encontrar factores que acentúan su vulnerabilidad, siendo el caso de la población con Discapacidad Mental Psicosocial, conformado por menores de edad que en su mayoría vivencian situación de orfandad y se encuentran internados para recibir tratamiento interdisciplinario a sus patologías graves por medio de los programas que provee el estado colombiano.

En el decurso de dicho tratamiento se evidencia que los servicios prestados, prescinden del escenario clínico y el trabajo desde la subjetividad; denotándose como necesidades primordiales para el manejo terapéutico que la población requiere. Por tanto, mediante el presente trabajo, se plantea un Modelo que comprenda el abordaje clínico de cada sujeto, que perciba las debilidades de las estructuras narcisistas a causa de fragmentaciones transitorias (Nemirovsky, 2013) hasta las afectaciones más severas del Self; que permita rearmar historias e identidad, donde la representación que cada sujeto tiene de sí mismo le permita “reconocerse a lo largo del tiempo a pesar de los cambios y vicisitudes por los que puede haber atravesado.”

(Rotemberg, 2016, p. 175), permitiendo a su vez, que su Self se reorganice paulatinamente mediante la vivencia de nuevas experiencias estructurantes.

Lo anterior se alcanza, partiendo desde uno de los objetivos de trascendencia a nivel de la Maestría que es: “Estimular el desarrollo de proyectos interdisciplinarios, la participación en equipos pluridisciplinarios de trabajo y el diseño y la ejecución de planes en el área de la psicopatología y la salud mental.” así, se emprendió el trayecto en la construcción de un Modelo de Salud Mental desde la subjetividad, que propenda el accionar desde la individualidad, con el fin de que cada usuario pueda realizar un trabajo en el reconocimiento de sí mismo cómo Sujeto y Ser Social con una vivencia verdadera, que será expuesto a continuación.

Método

El presente trabajo se realiza con un enfoque cualitativo, el que es considerado por Hernández (2004) como un método interpretativo, etnográfico y contextual. El enfoque, permite el acercamiento profundo, holístico y deductivo de una realidad o historia, características por las cuales se consideró de gran utilidad y afinidad.

Mediante el estudio descriptivo, se presenta la implementación de un Modelo de Atención en salud mental, apoyado inicialmente con la herramienta de Investigación Bibliográfica o revisión de literatura, la que es señalada por Hernández, Fernández, y Baptista (2018), como aquella herramienta de carácter universal que permite obtener información de manera selectiva, considerándose en este caso, obtención de información de Fuentes Primarias (directas), permitiendo la revisión histórica, adquirida desde la promulgación legislativa del Estado y los lineamientos establecidos por la entidad que opera directamente la Modalidad puntualizada en este trabajo, constituyéndose así, el marco contextual.

El siguiente apartado que se describe, corresponde al Marco Clínico, el que comprende el Modelo de Atención en Salud Mental implementado desde la incorporación de los conocimientos alcanzados en la Maestría de Psicopatología y Salud Mental y la integración de los mismos en el ejercicio práctico.

Esta implementación se apoya en la crítica a las problemáticas de Salud Mental, siendo el eje principal por el cual se constituye y plantea el Modelo, y, a su vez se realiza la exposición de ilustraciones clínicas y terapéuticas para su profundización.

Marco Contextual y Teórico

Marco Normativo de Salud Mental en Colombia

La situación que en la actualidad atraviesa Colombia en el contexto de la Salud Mental y la atención que se brinda a la misma, desde el marco de las políticas públicas, ha recorrido un amplio caminar. Las políticas públicas aspiran ser las herramientas que permitan el desarrollo de la sociedad, siendo las que proveen un ambiente óptimo, de calidad y bienestar.

Por su parte la Organización Mundial de la Salud (OMS), incentiva a la modernización de la legislación y a proteger los derechos humanos de la población en general y por supuesto, de las personas con trastornos mentales y sus núcleos familiares; reconociendo sus necesidades, barreras e impacto social.

Para hacer el recorrido por los sucesos sociales y políticos en el contexto de Salud Mental, se presentan los hitos históricos que hacen suscitarse modificaciones normativas, haciendo referencia principalmente a aquellas transformaciones de los servicios del hospital psiquiátrico, la percepción colectiva de la enfermedad mental, las vivencias en la atención de las personas con un cuadro psicopatológico y el proceso que atravesaron para tener atención médica.

Así las cosas, se puede establecer una primera caracterización en el periodo comprendido entre 1960 a 1992, periodo durante el cual, el País realizó esfuerzos para brindar un modelo en salud mental ampliado y diversificado de la atención a la enfermedad mental, desplazando el modelo hegemónico de la institución psiquiátrica total bajo discurso manicomial y de caridad a un modelo médico bajo un discurso sanitario.

Por su parte, el Ministerio de la Salud Pública, mediante el Decreto 3224 de 1963 estableció objetivos y funciones para la Sección de Salud Mental de la División de Atención Médica. Así mismo, se instauró la Resolución 679 de 1967, mediante la cual se disponía a la prestación de servicios para la salud mental en los hospitales generales, hospitalización parcial con objetivos rehabilitatorios y centros comunitarios.

Transversalmente, se presentaban modificaciones y avances de la medicina, tales como el modelo de comunidad terapéutica, la corriente antipsiquiátrica, el movimiento de la introducción de los psicofármacos, siendo éste último el que constituye uno de los más grandes avances dada la disminución que permitió en tanto a la aplicación de protocolos de contención mecánica, así mismo, se destaca la

participación de las ciencias sociales en los equipos interdisciplinarios; la implementación de programas de especialización en psiquiatría; entre otros, que prestaron incidencia en el contexto de las evoluciones en salud mental.

Como una de las consecuencias de dichos avances, se abrió paso a la noción de trastorno, permitiendo que quien padecía una afección en su salud mental, fuera considerado como un sujeto de derechos y una parte activa en su tratamiento e internación, amparado bajo las determinaciones de distintos organismos mundiales que tuvieron efecto en el ámbito nacional, progresos tales, como la Declaración de los derechos del retrasado mental, promulgada en 1971 por la Organización de las Naciones Unidas (ONU), la Declaración de los derechos de los impedidos en 1975 y la Declaración sobre derechos y protección legal de los enfermos mentales, realizada por la Asociación Mundial de Psiquiatría en 1989.

Si bien en Colombia, una de las grandes reorganizaciones del sistema nacional de salud se lleva a cabo en el año 1990 mediante la Ley 10, ésta no desplegaba mayor atención al contexto de la salud mental.

Paralelamente, el 14 de Noviembre del mismo año, se llevó a cabo la Conferencia sobre la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas Locales de Salud (SILOS), la que fue convocada por la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS); mediante la cuál realizaron la Declaración de Caracas, que planteaba la adopción de modelos alternativos al hospital psiquiátrico centrados en la comunidad y dentro de sus redes sociales, así mismo, que “la Reestructuración de la Atención Psiquiátrica en la Región implica la revisión crítica del papel hegemónico y centralizador del hospital psiquiátrico en la prestación de servicios” (p. 2) de acuerdo con la estrategia de Atención Primaria en Salud (APS), publicado por la OMS: “Introducción de un componente de salud mental en la atención primaria; que los recursos deben salvaguardarse y disponerse para preservar la dignidad personal y derechos humanos y civiles en su utilización; que las legislaciones de cada país deberán asegurar el respeto por estos mismos derechos, entre otras reformas que son el punto de partida, en las que se instó a los países miembros de la OPS a acometer.

Un año después, se aprobaron los Principios para la Protección de los Enfermos Mentales y para el Mejoramiento de la Atención de la Salud Mental, con corte estándar internacional, que instituyen una guía que establece la evaluación, prácticas y protección de las personas con discapacidad mental, mediante el ejercicio de todos los derechos y libertades fundamentales reconocidos en las declaraciones y

convenciones generales de derechos humanos en el marco civil, político, económico, social y cultural de los Estados.

Durante el mismo año, con la expedición del nuevo texto constitucional del Estado, se ratifican e instauran aspectos determinados frente al goce efectivo de la salud mental, como son: la protección a personas con discapacidades; protección de niños, especialmente menores de edad con enfermedad mental, vulnerables a maltrato, protección de las mujeres y de los niños en vulneración; libre desarrollo de la personalidad y a su vez se establecieron diversos mecanismos y rutas para establecer reclamos de vulneración de derechos a nivel individual y colectivo; dicho texto, reconocido como Constitución Política del Estado Colombiano, consagró al País como un Estado Social de Derecho y por medio del cuál, quedó por sentado el efectivo e imperativo cumplimiento de los derechos fundamentales (Ministerio del Interior de Colombia, 2020).

Lo anterior se fortaleció en el siguiente año, mediante la expedición de la Resolución 002417, efectuada por el Ministerio de Salud, con la que se adoptaron los derechos de las personas con trastorno mental, estableciendo como entes del accionar a todos los que conforman el sector salud, denominados en los términos de la Ley 10 de 1990.

En los siguientes años, se evidencia cierto grado de empoderamiento de las problemáticas contenidas en el contexto de salud mental, con la inclusión en debates y resoluciones a partir del movimiento que produjo la Ley 100 de 1993, que, entre sus disposiciones, creó el Sistema de Seguridad Social e Integral bajo los principios de universalidad, solidaridad y eficiencia.

A pesar de que dicha ley promulgaba una sesión psicológica durante el primer mes de criticidad después de diagnosticada una patología, siendo altamente restrictiva, asentía privilegio a la atención en los programas de hospital día excluyendo hospitalizaciones de largo plazo y presentaba limitación en general de los servicios asistenciales psiquiátricos, fue la que marcó el camino e importancia de la instancia en salud mental.

Así mismo, en 1998, se dictó la Resolución 2358 mediante la cual se aprobó la Política Nacional de Salud Mental, la que dejó de lado en su cobertura a gran cantidad de necesidades, con centralización, falta de integración de información, escasez de servicios, derivaciones con sobreutilización del tercer nivel, mantenimiento del esquema tradicional de atención individual e institucionalizada, entre otras demandas. Sin embargo, a esta Política cabe destacar la inclusión de la Salud Mental en el Sistema de Vigilancia Epidemiológica.

La inconsistente y deficiente atención en salud mental, condujo a un sin número de quejas por parte de los colombianos, concluyendo en tutelas que propugnaran una atención y servicios integrales. Siendo presiones que confluyeron en el proceso y elaboración de nuevos lineamientos en salud mental.

Así las cosas, inició un proceso de descentralización, mediante la Ley 715 de 2001, se confirió al Ministerio de Salud y Protección Social en conjunta articulación de la participación de los entes territoriales, las actuaciones que incluyen desde definición hasta la implementación del Sistema Integral de Información en Salud y el Sistema de Vigilancia en Salud Pública. Encontrándose una promulgación de interés, dada la disposición de recursos propios al ámbito Departamental para "...la prestación de servicios de salud a la población pobre en lo no cubierto con subsidios a la demanda y los servicios de salud mental." Con dicha ley, se conceptúan los lineamientos en salud mental, que circunscribieron a los planes de desarrollo territorial en salud a partir del año 2005.

Se hizo entonces necesario realizar el análisis de la carga de los trastornos mentales de la población colombiana, planteada en una línea base con conocimientos actualizados para su respectivo seguimiento y evaluación, y así, responder al complicado marco de salud mental. Este Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003, se desarrolló bajo el trabajo conjunto del Ministerio de la Protección Social, la OMS, la Universidad de Harvard y la Fundación FES-Social durante 2003-2004. Los resultados de la encuesta arrojaron que:

"Alrededor de ocho de cada 20 colombianos, tres de cada 20 y uno de cada 14 presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19.3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias (10.6%)." (Estudio Nacional de Salud Mental, 2003, p. 9).

Así mismo, detectó que entre 85.5% y un 94.7% de las personas con algún trastorno mental no acceden a algún servicio de salud, considerando que el acceso al servicio de psiquiatría se realiza cuando la persona presenta tres o más trastornos mentales, siendo así que el 5% (una de cada 20) recibieron atención psiquiátrica. De igual forma, en tanto a ideación, plan e intento suicida, encontraron que durante año ulterior a la encuesta, se había presentado con mayor prevalencia en el rango de edad 18 a 29 años.

Con lo anterior, denotando el impacto y catalogándolo como una problemática de salud pública, el Estado proyectó el desarrollo de una política nacional de salud mental, siendo una de las prioridades en el Plan estratégico 2002-2006. Tal como lo enmarcó el doctor Augusto Galán, director de Así Vamos Colombia:

"La salud mental es un tema delicado, un problema. En casi todos los grupos etarios está la carga de salud mental, entonces desde muy pequeños se está padeciendo la enfermedad y no tenemos claridad de una política de prevención ni de rehabilitación. En general, la angustia, la depresión y el excesivo estrés afectan a la población y no se está detectando a tiempo. Hay debilidades en la atención, como lo demuestra el incremento en los suicidios en menores de edad y en adulto mayor. Se han hecho esfuerzos, pero hay que avanzar" (2005).

A su vez, para población específica, se evidencia la Ley 1098 del 8 de noviembre de 2006 que articula el Código de Infancia y Adolescencia, en el que se identificaron las necesidades específicas de este grupo vulnerable, mediante el establecimiento de normas sustantivas y procesales, de carácter irrenunciable, para garantizar la protección integral de todos los niños, las niñas y los adolescentes, que se encuentren en el territorio nacional.

Para este grupo etario, también relucen dentro de los hitos históricos, el amparo de la Ley 1146 de 2007, mediante la cuál el Congreso de República decretó la prevención de la violencia sexual y la atención integral de los niños, niñas y adolescentes víctimas de abuso sexual y creó el Comité Consultivo Interinstitucional de Atención a Niños, Niñas y Adolescentes Víctimas de Abuso Sexual, que integraron a nivel nacional por delegados de los Ministerios de: protección social, educación, comunicaciones, la dirección del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (I.C.B.F.), la Fiscalía y Procuraduría General de la Nación, la dirección del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, la Policía Nacional, el Consejo Superior de la Judicatura, las Asociaciones Colombianas de Psiquiatría, Psicología, Pediatría, Sexología y organizaciones no gubernamentales que prestaban su servicio para el mismo fin. Por su parte, a nivel local, se adjuntaron un representante del Ministerio Público, de Comisaria de Familia, el Juez del lugar o municipal según el caso.

Dicho comité se encargaría principalmente de formular políticas y programas de las entidades responsables y relacionadas con la prevención de la violencia sexual y la atención integral del abuso sexual, su evaluación semestral, diagnóstico y las

recomendaciones que permitiesen coordinar interinstitucional e intersectorialmente en el marco establecido, entre otras funciones.

Posteriormente, se originó a ley 1122 de 2007, con la que se realizaron ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios, entre los cuales, se dictamina la intervención psicosocial para la población vulnerable. Así mismo, confirió potestad al Ministerio de Salud para definir los protocolos de atención, remisión y tratamiento de los servicios de urgencias para los trastornos mentales de mayor prevalencia. Además, en su Artículo 33, precisó que el Plan Nacional de Salud Pública, con duración de cuatrefños, incluyera en su objetivo, la atención y prevención de los principales factores de riesgo para la salud y la promoción de condiciones y estilos de vida saludables, encontrándose también, la exigencia de que dicho plan contenga: “acciones orientadas a la promoción de la salud mental, y el tratamiento de los trastornos de mayor prevalencia, la prevención de la violencia, el maltrato, la drogadicción y el suicidio...”.

El mismo año, el Ministerio de la Protección Social, mediante el decreto 3039 adoptó el Plan Nacional de Salud Pública para el cuatrienio 2007-2010, el cuál estableció la distinción entre los regímenes contributivo y subsidiado, consideró como prioridad la calidad de vida para la población colombiana, entre otros beneficios, como el que se evidencia en la línea de política número 5, “Gestión integral para el desarrollo operativo y funcional del Plan Nacional de Salud Pública”, en el que fomentó la corrección de asimetrías en el manejo social del riesgo, la recuperación, la superación de los daños, la generación de redes de protección social, buscando la equidad y manejando como una prioridad la salud mental y el ejercicio pleno de los derechos. Así mismo, propendió adaptar los planes territoriales a la Política Nacional de Salud Mental, estableciendo la necesidad de acciones de vigilancia en salud y la gestión del conocimiento.

De la misma manera, en vista de las dificultades atravesadas por la población con discapacidad para obtener un tratamiento de rehabilitación psicosocial y demás servicios que suplieran sus necesidades, aparece en el 2009, la Ley 1346, mediante la cuál se aprobó la “Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 13 de diciembre de 2006” en la que se planteaba la necesidad de que todas las personas con discapacidad pudieran ejercer plenamente y sin discriminación sus derechos, eliminando todas las formas en las que éste último aspecto pueda presentarse y así mismo, eliminando toda forma de tortura y tratos crueles.

Por su parte, el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), fue reformado, en la búsqueda de su fortalecimiento, bajo un modelo de prestación de servicios públicos en el marco de la estrategia de Atención Primaria en Salud, mediante la Ley 1438 de 2011 aprobada por el Congreso de la República, el mismo, pretendía un accionar que estuviese coordinado por el Estado, las instituciones públicas y privadas y demás actores que participan dentro del sistema. Así mismo, buscaba fortalecer la promesa del cumplimiento de sus disposiciones mediante el diseño de indicadores para medir logros en salud y determinaciones de la metodología para tal aplicación, dichos indicadores deberían medir los logros del SGSSS frente a todos los actores del sistema, adicional, estableció modificaciones en los Planes Bienales de Inversiones Públicas en salud, la formulación y ejecución del Plan de Intervenciones Colectivas departamentales y la prestación de la asistencia y supervisión a los municipios. Así mismo, se evidencia que buscó la atención preferente en salud para niños y adolescentes, de cara al restablecimiento físico y psicológico por derechos vulnerables.

Durante el mismo año, tras evidenciar las afectaciones que atraviesa la población colombiana en el marco del conflicto armado, el Congreso de la Republica, consintió nuevas disposiciones, en las que se planteó como principal objetivo prestar atención y reparación integral a las víctimas, las que gozarían de atención en salud con enfoque psicosocial, rehabilitación física, mental y psicosocial. Lo anterior, obedeciendo a la Ley 1448 de 2011 y al Decreto 4800 de 2011.

Así mismo, en 2012 el Ministerio de Salud y Protección Social, incluye con especificidad la “Dimensión convivencia social y salud mental” en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021, acatando a la anteriormente mencionada Ley 1438, que estableció que en el PDSP deberían confluir las políticas sectoriales para mejorar el estado de salud de la población, incluyendo la salud mental; así mismo, debería incluir los objetivos, las metas, las acciones, los recursos, los responsables, los indicadores de seguimiento y los mecanismos de evaluación. Este componente avistaba el desarrollo de estrategias para la promoción de la salud mental, sus factores protectores y la generación de entornos familiares, educativos, comunitarios y laborales favorables para la convivencia social.

Dicha dimensión, contemplaba amplios objetivos para la promoción, prevención, atención y mitigación de los problemas, trastornos y eventos vinculados a la salud mental y al consumo de sustancias psicoactivas. Para esto, se definió bajo el amparo de “un conjunto de políticas públicas, estrategias y acciones intersectoriales y

comunitarias orientadas a proveer oportunidades que permitieran el despliegue óptimo de recursos individuales y colectivos para el disfrute de la vida cotidiana, estableciendo relaciones interpersonales basadas en el respeto, la solidaridad y el ejercicio de los derechos humanos para el logro del bien común y el desarrollo humano y social.“ (Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021, p. 155)

Pese a los determinantes políticos, la realidad de la atención de los pacientes con afectación en su salud mental continuaba siendo precaria y las presiones jurídicas cobraban mayor asentamiento e importancia, siendo así, que se promulgó la Resolución 5521 de 2013, que derogó los acuerdos 031 y 034 de 2012. La Resolución buscaba brindar tratamientos integrales a la población, reconociendo sus necesidades dentro del Plan Obligatorio de Salud (POS), contenidos en el Capítulo VI de la misma, tales como: atención de urgencias en salud mental, psicoterapia ambulatoria para la población general (hasta 30 sesiones de psicoterapia individual y grupal por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario), atención y cobertura especial para menores de 18 años, psicoterapia para mujeres víctimas de violencia (hasta 60 sesiones de psicoterapia individual y grupal por psicólogo y médico especialista competentes, durante el año calendario). Así mismo, el POS, cubría la atención con Internación en Salud Mental para la población general y para mujeres víctimas de violencia (art. 67-68) con extensión de hasta 90 días continuos o discontinuos por año calendario y en los casos que el trastorno o enfermedad mental representara peligro para la vida o integridad del paciente, familiares o comunidad, los médicos facultados serían quienes consideren el periodo necesario.

De igual manera, se actualizaron medicamentos y procedimientos del POS, buscando mayor amplitud en la cobertura frente a la salud mental. No obstante, dicha modificación de medicamentos específicos para diagnósticos psiquiátricos específicos, ocasionó que algunos médicos accedieran a prescribir una nosología diferente a la presentada por los signos y síntomas que el paciente exponía, con el fin de que pudieran recibir el medicamento requerido, lo que, a su vez, aumentó la escases y las demoras en los tiempos de las autorizaciones.

Sin embargo, a pesar del esfuerzo de los alcances esperados por dicha resolución, como lo fue el establecimiento igualitario de servicios para los dos regímenes, las posibilidades de beneficio en salud mental se redujeron y fueron los más afectados los pertenecientes al régimen subsidiado. De igual manera, la atribución de alcances tan generales, no enmarco las propias necesidades territoriales, se evidenció también, la necesidad de una articulación gubernamental y comunitaria.

Realidades y Convergencias Políticas

Pese a la promulgación de las políticas mencionadas, las brechas presentadas en la atención de los colombianos con trastornos mentales aumentaron en demasía, la inequidad en salud mental continuaba siendo preocupante y la atención a la misma, solo obtenía limitadas respuestas y acciones, los ajustes realizados no cubrían las necesidades de los pacientes, familiares, comunidad y profesionales de la salud y la sociedad continuaba estigmatizando lo que se fundía en incertidumbre.

En el año 2013, se expidió la Resolución 1841 que contiene el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP), realizado con la base resultante de un proceso de consulta de participación ciudadana, su meta central apuntaba a “alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible”. Contemplando como deficientes las políticas y programas; en tanto a la equidad de género, realizó un compromiso importante para incorporar, visibilizar e intervenir las inequidades observadas y así, junto con las acciones y Objetivos de Desarrollo del Milenio (ONU, 2000) y retomando la propuesta de la Comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud (OMS, 2009) estableció metas fundamentales de gran impacto. Así mismo, instauró actuaciones con enfoque étnico, de derechos, diferencial, de ciclo de vida, entre otros, con los que primordialmente, buscaba reconocimiento la diversidad y análisis de las necesidades diferenciales de los sujetos y colectivos, de manera que logren contemplarse como “sujetos de derechos”.

En dicho momento, se hace público el libro de la escritora Piedad Bonnet, “Lo que no tiene nombre” (Alfaguara, 2013), en el que hace un recuento de la historia de vida de su hijo Daniel; quien fue diagnosticado con esquizofrenia y años después se suicidó. La obra, que presenta narrativa y prosa, expone con estoicismo tanto la muerte como el testimonio de la vida de Daniel, mediante cuatro partes en las que atraviesa temas particulares respectivamente: “el dolor, la enfermedad, la locura y el suicidio”; narrando a su vez, mediante fragmentos de la historia, los momentos que marcaron la vida de su hijo, las luces y las sombras de la misma. En este texto, se realiza un continuo interrogatorio en primera persona, a Daniel y a sus lectores, y se piensa que así suscita al nombre de la obra, dado que algunas respuestas no tendrán regreso.

Si bien las palabras configuraron de alguna manera el dolor de esta madre, como un dispositivo de propensión a la cura, traduciéndolo mediante la estética literaria, tal como lo expone: “(...) Porque narrar equivale a distanciar, a dar perspectiva y sentido. Porque contando mi historia tal vez cuento muchas otras.

Porque a pesar de todo, de mi confusión y mi desaliento, todavía tengo fe en las palabras.(...)” (El Estante Literario, s.f) ; el movimiento social que se conformó seguido al lanzamiento del libro fue de relevancia frente a la salud mental, principalmente, porque un tema tabú, de gran estigmatización y desconocimiento, fue abordado de manera abierta, un gran público tuvo acceso a una información real y que a pesar de que ofrece un testimonio de incertidumbre, la sociedad que accedió a él o a sus comentarios, se inclinó por profundizar en dichos sucesos.

De este modo la sociedad colombiana, atravesaba incertidumbres frente a las emergentes consecuencias de su problemática social, observaba el daño que constituían los sesgos, los estereotipos, los estigmas, incluso, que podrían afectar severamente a una persona. Y teniendo en cuenta el decir de Castro & Munévar (2014): “Debido al panorama que continúa presentándose en el contexto de atención en salud en Colombia, es relevante analizar si es probable establecer políticas, estrategias y programas que establezcan como base primordial el vínculo social y la interacción de las personas con los demás, consigo mismos y con su futuro.” (Citado en Borrero, 2016, p. 76)., la crisis sacudía alertas que demandaban requerimientos para la promulgación de modificaciones legales y procesales de prevención, contención y acción, que atiendan el sufrimiento del sujeto, más allá de tratamientos aislados de medicamentos, manejo conductual y publicidad de campañas; se requería que impulsaran a su vez, a la ampliación de conocimientos frente a la salud mental, entre éstos, un pensamiento de inclusión que permitiera salir del encasillamiento.

De igual manera confluyen con el tiempo en que la parlamentaria Alba Luz Pinilla, atravesaba los desafíos del sistema de salud, comentados y padecidos a su vez, tras recibir el diagnóstico de su hermana Esperanza, a quien describía como una persona fuerte de carácter, con trabajo, condiciones sociales, económicas y familiares que gozaban de estabilidad, pero que debió atravesar un camino de desconcierto, desconocimiento y ausencias para su tratamiento.

Inicialmente, bajo un cuadro sintomático con escalofríos, vómito y diarrea, los médicos le recetaron antibióticos porque a su parecer, concluía en una simple infección. Con los días, aparecieron el insomnio, poco apetito y falta de ánimo, con lo que interpretaban el padecimiento de cáncer o sida. Sin embargo, continuó con su labor de asistente judicial, hasta que, “en una ocasión le borré todos los archivos a un compañero” (Revista Semana, 2013). Por lo que sus hermanas decidieron pagar una consulta especializada y los exámenes necesarios, que concluyeron, un buen estado de salud.

Tal como lo señala la entrevista realizada por la revisa Semana: “Estaba desesperada. Lloraba y me preguntaba: pero ¿qué tengo? No tenía esperanzas de nada y planeé un suicidio por envenenamiento con los medicamentos que me habían dado, pero cuando los tuve en la mano, algo no me dejó. Otro día intenté lanzarme por una ventana, pero mi hijo me detuvo”. Así, inicia consulta con psiquiatría, seis meses después y fue diagnosticada con depresión mayor.

Esperanza fue hospitalizada y se enfrentó a realidades mucho más difíciles, en las que reconoció padecimientos de otros cuadros psicopatológicos y, además, con altas necesidades económicas, lo que interrumpía tratamientos como lo son los farmacológicos. De igual manera, conoció pacientes con mejores recursos económicos, pero que ocultaban sus padecimientos por temor a los estigmas sociales.

Por su parte, su hermana Alba, realizaba un camino de investigación frente a la salud mental, avistando un panorama frente a los recursos con los que el paciente contaba en términos del POS, el acceso al servicio, las variables actitudinales, sociales y estructurales propias del sistema de salud mental, la disponibilidad de recursos humanos, entre otros aspectos del contexto, con lo que propone ante el Senado, la Ley 1616 de Salud Mental: Ley “Esperanza”, con la que pacientes, familiares y profesionales de la salud mental aguardaban anhelo por modificaciones que convergieran a su favor y aterrizadas en la realidad.

El objetivo de la Ley 1616 o de Salud Mental, planteaba: “garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental de la población colombiana, declarando que la salud mental es de interés y prioridad nacional, es un derecho fundamental y un tema prioritario de salud pública”, (Ministerio de Salud y Protección, 2013). La Ley, tenía como componentes, la promoción, prevención y atención, con fundamentos en los principios de la atención primaria en salud.

Se planteaba la necesidad de impactar y reconocer los factores de riesgo y protección que guardaban relación con la ocurrencia de trastornos mentales, de manera que los individuos, sus familias y colectivos, lograrán realizar también un automanejo de los mismos.

De igual manera, caben resaltar las acciones de promoción para afectar positivamente los determinantes de salud mental, proponiendo la eliminación del estigma social la discriminación, prácticas de violencia y hostigamiento, matoneo y acoso, entre otras, los cuales incluyen a actores de todas las etapas del ciclo vital, priorizando niños, niñas y adolescentes y personas mayores. En articulación con el Ministerio de Educación Nacional, mediante el diseño de proyectos pedagógicos para inculcar la sana convivencia y ejercicio de los derechos humanos.

Dicha necesidad, se considera de alta importancia, debido a que el estigma de la enfermedad mental es una de las principales complicaciones y barreras frente al sistema de salud mental, considerándose que “aun si existieran todos los recursos necesarios para brindar atención, las atribuciones socioculturales negativas que hacen parte de las formas en las que las personas entienden la salud mental constituyen una de las barreras más importantes para el acceso a la atención.” (Parales et al., 2017)

A su vez, ordenaba el ajuste de la PNSM de 1998 y su implementación, de acuerdo con los criterios que ella planteaba, como son, reformular la política con un marco de salud mental positiva, centrada en derechos, con la inclusión de estrategias de atención primaria en salud, con énfasis de participación y considerando acciones tanto intra como intersectoriales para abordar los determinantes sociales de la salud mental. No obstante, si bien dicha perspectiva en salud mental ofrecía altas expectativas y se evidenciaba acorde a tendencias internacionales, también representaba riesgos en tanto que sus planteamientos no lograran aterrizar en la sociedad colombiana, asintiendo que “el problema que presenta la perspectiva positiva, en términos de la formulación de una política de salud mental, es el riesgo de convertirse en un ideal imposible de implementar.” (Parales et al., 2018)

De este modo, la Ley ambicionaba objetivos que diferían de la realidad del País, pretendía lograr “conurrencia del talento humano, con los recursos suficientes en salud para dar respuesta a las necesidades de salud mental de la población, incluyendo la promoción, prevención secundaria y terciaria, diagnóstico precoz, tratamiento, rehabilitación en salud e inclusión social.” (Ministerio de Salud y Protección, 2013). Así mismo, en su capítulo II, frente a la “Red integral de prestación de servicios de salud mental”, manifiesta la disposición de equipos interdisciplinarios suficientes, idóneos y otras con características más, cuando en Colombia, en dicho lapso, se manejaba un capital profesional inferior e inconexo al que la demanda y la ley exhortaba; según las cifras del ESM, el País contaba con “1.250 psiquiatras, de los cuales 400 están dedicados a consulta y sólo el 80% está en las principales ciudades del país.” Así mismo, especifica el dato de 50.000 psicólogos, de los cuales 15.000 cuentan con tarjeta profesional y de ellos, 3.000 y 4.000 se dedican a la atención clínica. Por su parte las enfermeras especializadas en salud mental fueron 12 hasta dicha época.

Así las cosas, el País se estrechaba en la indignación, se conocían mediante las redes sociales, desafortunados hechos que causaban conmoción, uno de dichos hechos, es el bien conocido, suicidio del adolescente Sergio Urrego, que dio apertura en primer lugar a la discusión sobre las necesidades de las instituciones, tales como

las educativas, que deberían implementar estrategias para proteger y fomentar la diversidad; de igual manera el planteamiento de las acciones preventivas frente al bullying, el camino del apoyo psicosocial que se debería plantear en contraposición a los estigmas sociales y prejuicios y las necesidades de las instituciones prestadoras servicios en el marco de la salud mental, servicios que se percibían como inalcanzables.

Según los hechos relatados por la madre de Sergio, en el colegio donde él cursaba el grado once, fue obligado a exponer su identidad sexual, exponerla como un error frente a profesores y compañeros, le requirieron iniciar tratamiento con psicología para “reorientarse”, realizaron el decomiso de su celular exigiéndole la clave, infundieron testimonios de acoso sexual a la familia del adolescente que era su pareja, negaron la entrega de sus calificaciones para que no lograra acceder a otro colegio y así impidieron su grado, entre otra serie de acciones relatadas por la web de la organización no gubernamental, Colombia Diversa (2015).

El acto fortuito de la noche del 4 agosto de 2014 en el Centro Comercial Titán Plaza; fue un pasaje al acto llevado a cabo con cientos de personas presentes que observaron el lanzamiento desde la terraza al vacío y fue precedido por la escritura de las siguientes líneas: "(...). Me lamento de no haber leído tantos libros como hubiese deseado, de no haber escuchado tanta música como otros y otras, de no haber observado tantas pinturas, fotografías, dibujos, ilustraciones y trazos como hubiese querido, pero supongo que ya puedo observar a la infinita nada (...)." (Fragmento de una de las cartas que encontró su madre Alba Reyes, compartida en la entrevista realizada para kienyke.com).

Sergio, representa un ícono para la sociedad colombiana, en tanto su madre emprendió camino como activista por los derechos de la comunidad LGBTQ+, mediante su obra social con la conformación en 2015 de la Fundación Sergio Urrego, con el objetivo de prevención de suicidio, brindando servicios psicológicos y asesoría jurídica.

Los hechos desafortunados continuaban emergiendo a la luz pública, consumando los interrogantes de la sociedad y los padecimientos de la misma. Tales hechos presentados en enero del año 2015, adquirieron carácter de difusión masiva, en tanto el luto se enmarcaba en el sector periodístico y político, los hechos se presentaron en Medellín y Bogotá respectivamente. Se encuadraba socialmente que “La salud mental ha sido la cenicienta en las políticas públicas en el país” (Rojas et al., 2018, p. 131).

Los suicidios de Gabriel Navarro de 19 años, uno de los tres hijos del Senador Nariñense, Antonio Navarro Wolf, junto con el suicidio del comunicador social Juan David Arango, quién tenía una amplia y destacada trayectoria a nivel nacional y regional, también fueron hechos contundentes.

En 2014, fue presentado el Plan Nacional de Salud Mental para Colombia, el cual retomó las metas, objetivos y estrategias de la Resolución 2358 de 1998, los que propendían por el bienestar psicológico; los planes nacionales de salud pública de 2007, el Decreto 3039 de 2007 y 2012-2021 y la Resolución 1841 de 2013 (PNSM). Entre sus planteamientos y ejecuciones para contrarrestar y prevenir el aumento de la problemática social, se proyectaron estrategias como son: aumentar los espacios para la convivencia social en un 10%, implementar programas de fortalecimiento de tejido social en un 50%, incrementar el número de proyectos de investigación en el área de promoción de la salud mental, implementar programas para uso creativo del tiempo libre, establecer programas para comunicación y educación sobre salud mental en medios masivos, con el objetivo de la reducción del estigma y la promoción de la salud mental, a su vez, se planteaba disminuir las tasas de homicidios a 13.4 por 100.000 habitantes, la tasa de suicidio a 4,7 por 100.000 habitantes, la violencia interpersonal a 176.6, establecer para el 100% de los colegios del país, programas de prevención de la violencia escolar, disminuir la prevalencia de los trastornos mentales comunes y establecer estrategias ante el abuso y dependencia de sustancias. Así mismo, estableció acceso oportuno y de calidad la atención en salud mental y mejoramiento y vigilancia del mismo, entre otras estrategias.

Sin embargo, el camino aún se tornaba laberintico, las barreras de acceso a los servicios de salud mental en el marco del sistema de salud continuaron presentes, inicialmente fueron criticados los planteamientos de la Ley de Salud Mental, tras desembocar de dos paradigmas, como lo explicita Dimenstein (2013): “uno centrado en la institución del manicomio y otro de carácter psicosocial” (Citado en Borrero, 2016, p. 75)., evidenciándose así, el carácter reduccionista con el que se planteó el abordaje del malestar clínico, aislando la constitución de un padecimiento psíquico y desconociendo la subjetividad para centrarse en la identificación, detección y prevención de los factores de riesgo ambientales.

De igual manera, en la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), si bien se evidencian cifras que denotan mayor acceso a tratamiento psiquiátrico o psicológico, expone que aún se perciben brechas en tanto a la articulación de los otros sectores con la salud mental, por ejemplo, el sector laboral, manifestando la necesidad principal

de detección temprana y la educación comunitaria y laboral que favorezcan acciones preventivas y promocionales.

Por su parte, presenta datos sobre la psicopatología en la población infantil, con los que sugiere la necesidad de “fortalecer las competencias del personal y los profesionales de salud, especialmente en el nivel de atención primaria... implementación de intervenciones integrales con acciones de educación en el entorno familiar, comunitario e instituciones escolares”. De igual manera, resaltan la necesidad de capacitación al cuerpo docente y orientadores escolares, con el fin de involucrar sistemas de detección e intervención. Así mismo, en dicho apartado, reaparece la necesidad de fortalecimiento y dotación al sector salud en tanto a personal capacitado en detección en el nivel de atención primario. Siendo éstas dos, las estrategias que revela con mayor relevancia.

En concordancia, la ENSM, detectó la necesidad de activación temprana de rutas de atención con un acceso adecuado, con la necesidad de mayor claridad en los planteamientos de las reglamentaciones vigentes y así mismo, encontró la necesidad de establecer acciones principalmente frente a las barreras actitudinales de la población, siendo de alto grado de preocupación, seguidas por las financieras y contextuales de acceso y de igual manera, la necesidad de garantizar la cobertura del sistema de salud para la totalidad de la población colombiana.

Del mismo modo, expresó la necesidad con premura de atención, al respecto de las conductas suicidas en adolescentes, dado que encontró que un “37,6 % de los adolescentes con ideación suicida ha realizado intento de suicidio”, para lo cual sugirió que se realizara seguimiento al grupo poblacional desde el momento que era detectada la idea y así, realizar intervención desde una fase preventiva (p. 285)

También expone la necesidad de utilidad de la tecnología de hospital día, dada la importancia de ésta para el manejo de la patología mental aguda y crónica, que, sin embargo, fue ausente en la muestra. Igualmente, evidencia que la población no presentó acceso a los medicamentos para patología infantil teniendo en cuenta “la espera de los mismos y el no tener dinero”. De igual forma, la población no contó con acceso a terapias infantiles, por la no disponibilidad del servicio, con un 90,4%.

Como últimos datos relevantes, concluyó la necesidad de mejoramiento en condiciones de educación y de pobreza, dado que fueron subgrupos con menor calidad de vida, dato obtenido en tanto a su percepción de salud; se mismo, expone la necesidad de dirigir acciones de “gestión del conocimiento en atención integral frente a los problemas y trastornos en salud mental.” (p. 338).

Frente a las realidades, la promulgación de leyes, estudios, políticas y reformas, continuó con su publicación, se evidencia en tanto, la Ley Estatutaria 1751 de 2015, que entre las regulaciones que presenta, demarca al derecho fundamental de la salud, expone la necesidad de garantizar servicios con mayor cobertura para zonas rurales, mayor fortalecimiento del talento humano en salud, establecimiento de mayor claridad en rutas de atención, necesidad de prestación de servicios integrales, mayores garantías y mecanismos de protección al derecho a la salud, especial protección a población vulnerable, con prestaciones de salud sin ninguna limitación, entre otras disposiciones.

En el mismo año, se publicó la Ley 1753 (PND, 2014-2018), que buscaba reducir las brechas territoriales, propendía asegurar el acceso igualitario a los servicios fundamentales como salud, educación y vivienda. Así mismo, expresó que el sistema de salud, tenía que realizar mejoramiento de la salud y el goce efectivo del mismo, recuperando confianza pública, asegurando sostenibilidad, calidad y acceso, con enfoque intercultural y complementario a esto, fortalecimiento del talento humano en salud.

Es así, como se evidencia en 2016, que el MSPS, traza la Política de Atención Integral en Salud- PAIS, mediante la Resolución 429, con el objetivo de desarrollar un marco estratégico y un modelo operacional que apuntaban a mejorar las condiciones de la salud.

Mediante la exigencia de acciones coordinadas entre las entidades territoriales encargadas de la salud pública, las Entidades administradoras de planes de beneficios-EAPB y de los prestadores de servicios de salud bajo un marco estratégico y uno operacional correspondiente al Modelo Integral de Atención en Salud- MAIS, el que comprende procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del Sistema; así mismo, particularmente, manejaba una visión centrada en las personas, con lo que buscaba garantizar: oportunidad, acceso, equidad, continuidad, aceptabilidad integralidad y calidad en la atención en salud.

Distinto a lo esperado, la realidad continuaba acaeciendo dificultades, se cuenta con los datos del Instituto Nacional de Salud (INS) en 2016, los que reportaron tasas de morbilidad de 18.562 casos de intento de suicidio, con una tasa de 38,1 x 100.000 habitantes. Datos que evidencian que la conducta suicida continúa siendo uno de los principales retos de salud pública con los que se enfrenta Colombia por su constante incremento, siendo la tasa de 5.07 para el año 2016 y “para el año 2017,

con una tasa nacional de 5.5 por 100.000 habitantes". (Expansión,2018).

Así mismo, otra de las preocupaciones, era y continúa siendo la vulneración que por décadas se ha mantenido a la población indígena y que refleja altas tasas de suicidio; "la presencia de conflicto armado, el desplazamiento forzado, el poco acceso a los servicios de salud, la desigualdad social y educativa, en su sistema tradicional de salud, son determinantes para un desequilibrio de su Salud Mental." (Sánchez, et al., 2018, p.8) son situaciones que lo acentúan.

Adicionalmente, las barreras en los servicios de salud mental, continuaban visibles; el talento humano continuaba escaso, como en el caso de los psiquiatras, que además continuaban centralizados en las grandes ciudades, el acceso a terapias psicológicas específicas era un servicio inexistente, al no ser contratados por las instituciones de salud. Gonzales (2016), expone: "Es clara la falta de centros especializados, personal suficiente y capacitado e infraestructura adecuada para el manejo psiquiátrico hospitalario y de otro lado, los hospitales y clínicas psiquiátricas no están en capacidad de manejar pacientes especiales como ancianos, niños, adolescentes o con enfermedad física comorbida de alta complejidad". (Citado en Rojas, 2018, p. 133). Así mismo, como se evidenciaba también, precaria la rehabilitación social y laboral, terapias de readaptación, programas de reinserción y otros servicios en las instituciones, que, a pesar de ser formulaciones establecidas por la ley, no se ofrecieron.

Cómo estrategia para contrarrestar lo anterior y en general, como una alternativa más frente a la problemática en salud mental, emergió la PNSM, mediante la Resolución 4886 de 2018, la que buscaba "posicionar la salud mental como agenda prioritaria para el país", proponiendo políticas para lograr el equilibrio y el bienestar humano.

Por su parte, la PNSM, señalaba acogerse a la Ley 1414 de 2010- Ley de Epilepsia, según las recomendaciones estipuladas por la OMS, para brindar una "atención conjunta en la atención primaria en salud, dadas las altas comorbilidades entre epilepsia y trastornos mentales y sus desenlaces comunes como la discapacidad mental o psicosocial y el deterioro cognitivo." (PNSM, 2018).

Habiendo señalado como brechas de los sistemas de salud, la PNSM, estableció que faltaba consistencia interna entre la estructura y el contenido de las políticas, las que a su vez no cuentan con el suficiente apoyo político y que carecían

de un marco legislativo nacional y además reconoció, que en términos de la oferta y demanda de servicios de salud se evidenciaban grandes dificultades.

Dentro de estas dificultades, enmarca cómo barreras, al talento humano en Salud Mental en Colombia, señalando que el 4% de los médicos especialistas en Colombia, son psiquiatras, habiendo así, dos psiquiatras por 100.000 habitantes y que además continuaban centralizados en las ciudades capitales, de lo cual se infiere un problema de acceso para las personas que requieren desplazarse principalmente desde territorios rurales para atender su padecimiento. Para lo anterior, el PNSM, expuso la necesidad de cualificación de la oferta institucional y comunitaria, así mismo, el fortalecimiento de las capacidades del talento humano.

De igual manera, señaló como datos dominantes, que, entre los grupos específicos de riesgo en Colombia, se encontraban las personas con antecedentes de intento de suicidio, (siendo las primeras causas las enfermedades físicas y mentales en un 29,09%), campesinos, personas en condición de desplazamiento, personas pertenecientes a grupos étnicos, personas que consumen SPA, personas bajo custodia y personas víctimas de violencias.

Expone que, en 2017, las cifras aportadas por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, apunta a una tasa estimada de violencia intrafamiliar de 55,87 casos por cada 100.000 habitantes, correspondientes a 27.538 casos, siendo el 59,78% correspondiente a las víctimas mujeres y el 40,22% a víctimas hombres; también se enuncia violencia contra niños, niñas y adolescentes en un 37,71%, 7.06% contra el adulto mayor y 55,23 casos de violencia entre otros familiares. Reconociendo así, relaciones entre violencia y trastornos mentales, dado que, en primera instancia, porque éstos últimos podrían ser causales de violencia; así mismo, señala que algunas víctimas de violencia podrían presentar trastornos emocionales y psicológicos y por último, reconoce que los victimarios, presentan factores de riesgo emocionales o psicológicos que los influyen a cometer actos violentos, de esta manera, concluye que las violencias configuran eventos traumáticos.

Situaciones para las que propuso acciones intersectoriales que promuevan la rehabilitación social y la necesidad de orientar la gestión articulada de servicios sociales y sanitarios para promover la inclusión social, reducir el estigma, la discriminación y favorecer el desarrollo de las personas con trastornos mentales y epilepsia.

En tanto a los enfoques que reconoció, se encuentran planteados el curso de vida, género, diferencial poblacional-territorial y psicosocial. En concordancia se encuentran objetivos, en los que se puede reconocer la importancia que planteó la PNSM, a los eventos de la historia de cada sujeto, los significados que éstos hechos acaecen en su vida, estableciéndolos como determinantes e influyentes de su salud mental, visibilizando la importancia de sus particularidades, reconociendo las diferencias e integralidad de las personas, entendiéndolas como sujetos individuales y a la vez, colectivos. Además, se distingue la materialización que buscaba propender, en tanto a la humanización en la atención de salud mental, para lo cual retomó la sensibilidad ante las diferencias individuales.

Cómo ejes orientadores para asegurar la integralidad en la atención por los agentes del Sistema de Salud, desarrolló las Rutas Integrales de Atención en Salud (RIAS). Dichas rutas, se encaminaron en el fortalecimiento de redes de apoyo social, familiar y comunitario, fortalecimiento de relaciones significativas, educación en habilidades psicosociales, generación de una cultura de cuidado de la salud mental, integración de la salud mental a la atención primaria, la que promoviera el respeto por los derechos humanos, la implementación de rehabilitación integral a través de esfuerzos combinados de personas con discapacidad, grupos étnicos, población privada de la libertad, víctimas del conflicto armado, población LGTBI y demás sujetos de especial protección, como son los menores de edad, sus familias, comunidades y los diferentes sectores de la sociedad (salud, educación, social y laboral), construyendo así, comunidades más incluyentes y que favorecieran el desarrollo humano y la calidad de vida.

Al mismo tiempo, teniendo en cuenta las dificultades percibidas para la población vulnerable y aún más concretamente, para la población de menores de edad, se modificaron algunos artículos del Código de la Infancia y la Adolescencia, mediante la Ley 1878 de 2018; se realizaron adecuaciones en tanto a la verificación de la garantía de derechos frente a los casos de vulneración o amenaza identificadas en las familias colombianas frente a ésta población, modificaciones que conllevarían a la ubicación en medio familiar, la iniciación de un proceso de actuación administrativa, el trámite y tiempos del mismo y también se dictaminaron algunas salvedades frente a la declaratoria de adoptabilidad y salidas del país, entre otras.

Con los antecedentes presentados, se puede concluir que a pesar de las órdenes jurídicas existentes, expuestas hasta el momento, la población continúa

presentando dificultades frente a la atención en salud, datos que pueden contrarrestarse con los indicados por Lozano et al (2020), exponiendo que “entre enero y diciembre de 2018 se recibieron y se tramitaron 588.244 peticiones, quejas y reclamos (PQR)”, al igual que los reportados por la Corte Constitucional (2020), evidenciando que “entre enero de 2019 y marzo de 2020 en todo el territorio nacional se presentaron 726.889 tutelas, de las cuales 240.821 obedecen a la vulneración del derecho a la salud” (Citado en Lozano, 2020, p. 380).

En concordancia, se continúa percibiendo vigente a la marcada violencia de género en el País, los casos no se detienen, por el contrario, se presenta una extensión de ellos, reportándose “53 feminicidios con corte a enero de 2021”. (Sánchez et al., 2021, p.7). Adicionalmente, continúan visibles las problemáticas de acceso para la atención de diferentes padecimientos psíquicos, los estigmas sociales siguen haciendo parte de la sociedad colombiana, imposibilitando una cultura incluyente y solidaria. En la misma medida, el déficit entre demanda y oferta del talento humano facultado, continúa representando una barrera, es así como el Observatorio de Talento Humano en Salud, mediante un estudio proyectivo calcula una necesidad no cubierta de “cerca de 7 mil especialistas para el año 2030.” (Restrepo y Ortiz, 2017, p.14).

Lo anterior, alude a la continuidad de deficiencias y barreras en el sistema de salud, evidenciándose que, a pesar de la existencia de normativa y evolución de la misma, aún las brechas financieras, ideológicas y sociopolíticas imposibilitan un manejo oportuno y una prestación de servicios que favorezca la salud mental de la población colombiana.

Por su parte, dichas barreras y limitaciones, aumentan las restricciones de acceso al sector salud para la población vulnerable, encontrándose dentro de ésta categoría a las personas con discapacidad, que si bien, se consideran por la legislación, cómo sujetos de especial protección por parte del Estado y tienen consideraciones específicas, se encuentran en condiciones de desventaja, situación que es afirmada por la Organización Panamericana de Salud (OPS): “Las personas con discapacidad experimentan significativas desigualdades en materia de salud en comparación con las personas sin discapacidad”.

Así, a pesar de que se puede evidenciar el amparo que los cobija, como por ejemplo, de la Ley Estatutaria de Salud, Ley 1751 de 2015, nombrada en anteriores

líneas, que establece en su Artículo 11: "(...) Su atención en salud no estará limitada por ningún tipo de restricción administrativa o económica. Las instituciones que hagan parte del sector salud deberán definir procesos de atención intersectoriales e interdisciplinarios que le garanticen las mejores condiciones de atención"; en la realidad, las condiciones de pobreza, establecimiento en las periferias, analfabetismo, abandono familiar y demás situaciones de este orden, no posibilitan el goce efectivo del derecho a la salud, ni el acceso a éste. A su vez, atraviesan dificultades y barreras propias del sistema de salud, "entre las barreras a las que se enfrentan las personas con discapacidad figuran los espacios de salud inaccesibles, las barreras de comunicación, la falta de formación de los profesionales y las barreras financieras." (OPS, s.f.).

Se sabe que, en Colombia, mediante estudios del Departamento Administrativo Nacional de Asistencia (DANE): "de 1.487.354 hogares que tienen al menos una persona con discapacidad, el 38,3% se encuentra en estrato uno (1) y el 34,7% en estrato dos (2)" (Panorama General de la Discapacidad en Colombia, 2020). Denotando también las dificultades para acceso e inclusión laboral, siendo tan sólo, el 46,3% de los hombres y el 31,5% de las mujeres, quienes se encuentran vinculados.

Así mismo, se representan los índices bajos en tanto al acceso a educación, participación social y acceso a servicios públicos "las personas con dificultades tienen menor acceso a internet y gas, seguido de alcantarillado y recolección de basuras." (Sistema Nacional de Discapacidad. 2020).

En concordancia con el enfoque diferencial en salud, se evidencia la marcada dificultad de la población con discapacidad, en tanto a su afiliación al SGSSS y "el reconocimiento de las personas que debido a sus características particulares afrontan un mayor nivel de vulnerabilidad para ejercer el derecho a la Salud". En tanto al sistema de salud, solamente un 82,4% personas con discapacidad registradas en el RLCPD se encuentran afiliadas, de las cuales, debido a las condiciones económicas, el 70% pertenece al régimen subsidiado y el "24,4% no reporta ningún tipo de afiliación en salud" (MSPS, 2014). De igual manera solo, el "54% de la población registrada, fue atendida anualmente entre el 2009 y el 2019". (Boletines Poblacionales: Personas con Discapacidad Oficina de Promoción Social. 2020).

De igual manera, el DANE, registra una población total de 42'786.766, de los cuales 3'065.361 personas se encuentran en condición de Discapacidad, que

corresponde al 7,1% del total. Evidenciando también que, de la cifra general, 400.313 personas son menores de 18 años, representando al 8% de la población, de los cuales: el 9,1% tiene discapacidad motriz, el 14%, discapacidad sensorial, el 34,8%, discapacidad cognitiva y el 19,8% discapacidad mental (DANE, 2015).

Finalmente, se puede vislumbrar con mayor agudeza, el vínculo entre pobreza y discapacidad, siendo muchas veces determinantes entre sí, las familias con personas con discapacidad se enfrentan a múltiples barreras que delimitan el ejercicio de sus derechos humanos e inclusión social.

Lamentablemente, dentro de este grupo vulnerable, se encuentran bajo mayor marginalidad y exclusión social, los niños, niñas y adolescentes con discapacidad, quienes vivencian día a día, los estigmas, estereotipos, aislamiento, abuso y actitudes negativas de una sociedad que vulnera sus derechos de manera generalizada y se evidencian así, las consecuencias marcadas de inequidad social, económica y cultural.

En efecto, la posibilidad de que este grupo, goce de una adecuada nutrición, expresión de opiniones y necesidades, acceso a servicios de salud, inclusión escolar y social, es reducida en comparación con sus pares sin discapacidad.

De igual manera, se encuentra en la anterior exposición de los hitos históricos que el establecimiento de políticas y leyes que resguardan, incluyen y protegen a este grupo marginado, difiere de las realidades de la población; la promulgación legislativa del Estado no alcanza a cubrir su cumplimiento.

En consecuencia, se encuentra que “desafortunadamente, en muchos países la respuesta a la situación de niñas, niños y adolescentes con discapacidad se limita principalmente al abandono, la negligencia o a su reclusión en instituciones” (Unicef, s.f) y Colombia, no es la excepción.

Con los anteriores hitos históricos, se puede evidenciar un camino de avances y desarrollos en el ámbito de Salud Mental Colombiano, principalmente en lo referido a su conjetura con promulgaciones de corte internacional; la ampliación de objetivos y actores involucrados en el sistema, evidenciando la necesidad de integración de los diferentes sectores de actividad y organización estratégica y conjunta de funciones designadas a cada uno de los entes territoriales; de igual manera, se evidencia la importancia que cobra la opinión de los usuarios del sistema de salud mental, ampliando la aplicación de encuestas para que voz se resalte en el planteamiento de

los planes decenales y por último, cabe destacar el papel primordial en la agenda del Estado Colombiano, que ha ido cobrando la Salud Mental, considerándose actualmente como prioritaria.

Sin embargo, el marco legislativo no cuenta con sostén financiero, situación por la cuál los objetivos trazados son inalcanzables. Se puede afinar de esta manera, que nada dicen los avances en Salud Mental por el hecho de tener políticas públicas y modelos elaborados y concebidos, cuando éstas, existen para el documento, aisladas totalmente del acceso a la población. Por lo tanto, no se puede afirmar de esta manera, el desarrollo de un Estado en el marco de la Salud Mental, por la evolucionada forma en que se plasma documentalmente la política, sino por la respuesta que la misma brinda en la realidad de quienes la requieren. Del mismo modo, cabe retomar que la “salud mental es una consigna política, y el asistencialismo apoyado en ella cree que sabe qué es lo mejor para el sujeto.” (Greiser, 2012, p. 25).

Marco Normativo y Descripción del Modelo Actual del ICBF

La familia es la primera institución encargada del cumplimiento de los derechos de los menores de edad, constituyendo aquella instancia que brinda cuidados, afecto, sostén y respuesta a cada una de sus necesidades básicas. Sin embargo se evidencian en sus dinámicas, acciones de vulneración de derechos hacia los menores de edad, dichas acciones son lideradas y legitimadas por el Instituto ICBF.

De igual manera, el ICBF es el encargado de garantizar y restablecer el ejercicio pleno de los derechos consagrados en la legislación colombiana y los convenios internacionales de derechos humanos ratificados en el País, operando como:

“La entidad del estado colombiano que trabaja por la prevención y protección integral de la primera infancia, la niñez, la adolescencia y el bienestar de las familias en Colombia, brindando atención especialmente a aquellos en condiciones de amenaza, inobservancia o vulneración de sus derechos, llegando a más de 8 millones de colombianos con sus programas, estrategias y servicios de atención con 33 sedes regionales y 213 centros zonales en todo el país.”

Los usuarios hacen parte de dos grandes grupos que corresponden a los Procesos Misionales (PM), siendo el primero de ellos de Promoción y Prevención y el segundo de Protección, por su parte el primer grupo se encamina en la promoción de derechos y la prevención de vulneraciones en el marco de un enfoque diferencial de manera integral mediante el diseño y desarrollo de estrategias, programas o modelos; así, el segundo grupo presta sus servicios con el objetivo de que se restablezcan los derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes en situación de amenaza, vulneración o en conflicto con la ley y adopciones.

Una vez iniciado el proceso de ingreso, los usuarios de ICBF junto a sus familias logran acceder a programas, estrategias, servicios y modalidades tanto de prevención, promoción y protección para su atención.

Figura 2

Mapa de Procesos de ICBF



Nota. Se presenta la figura, para observar principalmente los procesos misionales de Protección y Promoción y Prevención. Adaptado de Mapa de Procesos, ICBF, 2021 (<https://www.icbf.gov.co/instituto/sistema-integrado-gestion/procesos>)

Dentro del primer PM, correspondiente al de Promoción y Prevención, se evidencia un primer grupo que dependiendo de la edad del menor, se comprende como Primera Infancia, el mismo, para su ingreso, tiene establecido lo concordado en las “líneas de acción para la atención integral a los niños y niñas de cero a cinco años y a madres gestantes, las cuales se definen a través de unos criterios establecidos por la Entidad y que representan las condiciones que deberán cumplir los potenciales usuarios para ser incorporados y disfrutar de sus beneficios”. (LEY 1804, 2016).

Entre éstos criterios de selección, se encuentran algunos casos que son remitidos por las entidades del Sistema Nacional de Bienestar Familiar (SNBF), que se encuentran en situación de vulnerabilidad o riesgo de vulneración de derechos, como pueden ser: víctimas de hechos violentos asociados al conflicto armado; egresados de las modalidades de Recuperación Nutricional; egresados de Centros de Recuperación

Nutricional (CRN), pertenecientes a familias identificadas a través de la Estrategia para la Superación de la Pobreza Extrema - Red UNIDOS; pertenecientes a comunidades étnicas (indígenas, comunidades negras, afrocolombianas, palenqueros, raizales y rrom) que demanden el servicio. Y también, menores de edad con discapacidad, que cumplan con al menos uno de los criterios de priorización, uno de estos criterios, es la necesidad de pertenecer a hogares cuyo puntaje SISBEN (Sistema de Información de Potenciales Usuarios) se de extrema pobreza. (ICBF, 2021).

Dentro de estos servicios de PI, se encuentran diferentes modalidades cómo son Institucional, Familiar, Propia e Intercultural y Modalidad Comunitaria, que se encuentran ofertando y garantizando educación, nutrición, apoyo psicosocial, prácticas culturales, talleres pedagógicos buscando adentrarse en territorios étnicos, zonas rurales y rurales dispersas del país y también en el casco urbano; sin embargo a pesar de la oferta, la necesidad supera la oferta y las limitantes exceden las posibilidades de acceso para la población en general. (Lineamiento Técnico para la Atención a la Primera Infancia, 2021)

En línea con lo anterior, se encuentran también, diferentes estrategias que apuntan a promover la garantía de los derechos de los niños y niñas desde la Dirección de Infancia del ICBF, estrategias correspondientes a los niños de 6 y 13 años, 11 meses y 29 días, “para la promoción de derechos y prevención de vulneraciones en el marco de la protección y el desarrollo integral de la población infantil y sus familias” (Lineamiento Técnico para la promoción de derechos y la prevención de vulneraciones en el marco del desarrollo y la protección integral de niñas y niños, 2021). Trabajando bajo las estrategias: Programa para la Promoción del Desarrollo de Niñas y Niños – Generación Explora; Programa Generaciones Étnicas con Bienestar, Modalidad para el fortalecimiento de capacidades de niñas, niños y adolescentes con discapacidad y sus familias y la Modalidad para la prevención de riesgos específicos en niñas y niños –Katünaa.

Seguido a esto, en el mismo grupo de PP, bajo la Coordinación de Adolescencia y Juventud, se encuentran los programas Generaciones Sacúdete y Generaciones Sacúdete Étnico. Así mismo, para contribuir a reducir los factores de riesgo tales como las condiciones socioeconómicas y también para fortalecer las capacidades, habilidades o competencias de las familias, para afrontar las situaciones de estrés o dificultades (Lineamiento Técnico y Administrativo Modalidad mi Familia, 2019), se encuentra la modalidad Mi Familia, que a su vez, trabaja bajo tres categorías, que son los programas de prevención primaria, secundaria y terciaria, los

que se diferencian entre sí, según el grado de presentación de riesgos frente a la protección, cuidado y promoción del desarrollo de los niños, niñas y adolescentes.

En concordancia, bajo el objetivo de “contribuir a la atención y prevención del bajo peso para la edad gestacional en las mujeres gestantes, y la desnutrición en niños y niñas menores de cinco (5) años, a través de acciones en alimentación, nutrición y fortalecimiento familiar, en articulación con las entidades del SNBF”. (Lineamiento Técnico Administrativo Estrategia de Atención y Prevención de la Desnutrición), se encuentra la estrategia de Atención y Prevención de la Desnutrición (A.P.D) con sus respectivas modalidades y actividades, como son los Centros de Recuperación Nutricional, 1.000 días para Cambiar el Mundo y las Unidades de Búsqueda Activa.

En consonancia, se encuentra el segundo P.M del ICBF, que como se explicitó anteriormente, corresponde al de Protección, cuyo objetivo es asegurar el restablecimiento de los derechos de los niños, niñas, adolescentes y jóvenes que han sido vulnerados, amenazados o que se encuentran en conflicto con la ley. Para ello, trabaja al igual que el PM de PP, bajo modalidades, programas y estrategias.

Dentro de dichas modalidades, se evidencian las que operan para el Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes, que accionan en el Restablecimiento en Administración de Justicia. Estas modalidades, dirigen sus actuaciones, buscando la toma de conciencia de los actos cometidos en contra de la ley por adolescentes o jóvenes, buscando que reconozcan su capacidad de respuesta y afrontamiento frente a las consecuencias de su actuación delictiva y de las responsabilidades que de ella se derivan. Así, con el objetivo de garantizar atención integral y especializada para el cumplimiento de la de la finalidad pedagógica, protectora y restaurativa. (Lineamiento Técnico Modelo de Atención para Adolescentes y Jóvenes en Conflicto con la Ley-SRPA, 2020; Procedimiento Intervención del ICBF en la Operación del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes, 2021).

De igual manera, se encuentran los Programas Administrativos de Restablecimiento de Derechos (PARD), que tienen la finalidad de realizar “la restauración de la dignidad e integridad como sujetos y de la capacidad para hacer un ejercicio efectivo de los derechos que le han sido vulnerados”. (Ley 1098 de 2006) a los niños, niñas y adolescentes. Dichos programas se conforman de diferentes modalidades donde son ubicados los NNA por su autoridad administrativa.

Una vez el ICBF, mediante estudios detecta amenaza dentro de un grupo familiar de origen o redes vinculares de apoyo de un menor de edad, establece la activación de rutas pertinentes para mitigar y restablecer los derechos humanos

inobservados, amenazados o vulnerados, con diversas poblaciones: víctimas de violencia sexual, trabajo infantil, madres gestantes y lactantes, discapacidad, víctimas del conflicto armado, entre otras.

De esta manera, cuando dicho grupo familiar o red vincular no ofrece las garantías necesarias para cuidado y protección, presta inicialmente ubicación provisional a los NNA, mientras decide la medida de restablecimiento de mayor idoneidad para los casos, encontrándose así, las Modalidades de Ubicación Inicial (MUI), correspondientes a Hogar de Paso y Centro de emergencia, en las cuales la permanencia corresponde a máximo ocho (8) días hábiles, en los cuales se realiza acogida, cuidado y se presta la atención requerida al menor.

Seguido a este programa, se encuentran otras ofertas de apoyo y fortalecimiento a la familia o red vincular, las cuales se priorizan en los PARD, para que el menor permanezca en su entorno familiar, rescatando el derecho fundamental. Dicha permanencia se da en los casos que la red vincular pueda ser atendida de manera especializada, vinculándose al proceso de atención, siempre que las condiciones de amenaza y/o vulneración de derechos permita que sea atendido, con el fin de que “superen las crisis identificadas y se fortalezcan en el marco de la garantía de los derechos de los niños, niñas o adolescentes.” (Lineamiento Técnico de Modalidades para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes, con Derechos Amenazados y/o Vulnerados, 2019).

Estas modalidades pueden prestar servicio mediante seis (6) intervenciones interdisciplinarias individuales o familiares mensuales o también bajo la modalidad de cuatro (4) horas diarias, cuando el menor esté vinculado al sistema educativo y asista en la jornada contraria al mismo y en caso de no presentar dicha vinculación puede ser atendido para el ejercicio pleno de sus derechos mediante atención durante 8 horas diarias, los días hábiles del mes.

Por último se evidencian las Modalidades de Apoyo y Fortalecimiento en Medio Diferente al de la Familia o Red Vincular, en esta tercera categoría, la autoridad administrativa, realiza el retiro del niño, la niña o el adolescente de su familia o red vincular, debido a que ésta no es garante de derechos y lo ubica en una modalidad de Acogimiento Familiar, denominado: Hogar Sustituto o también, puede ser ubicado en modalidades Institucionales como son: Internado, Casa Hogar, Casa Universitaria, Casa de Acogida y Casa de Protección.

Dichas modalidades, atienden dentro las mismas, a diferentes subgrupos, dentro de ellos se encuentra al subgrupo comprendido como Discapacidad, que a su

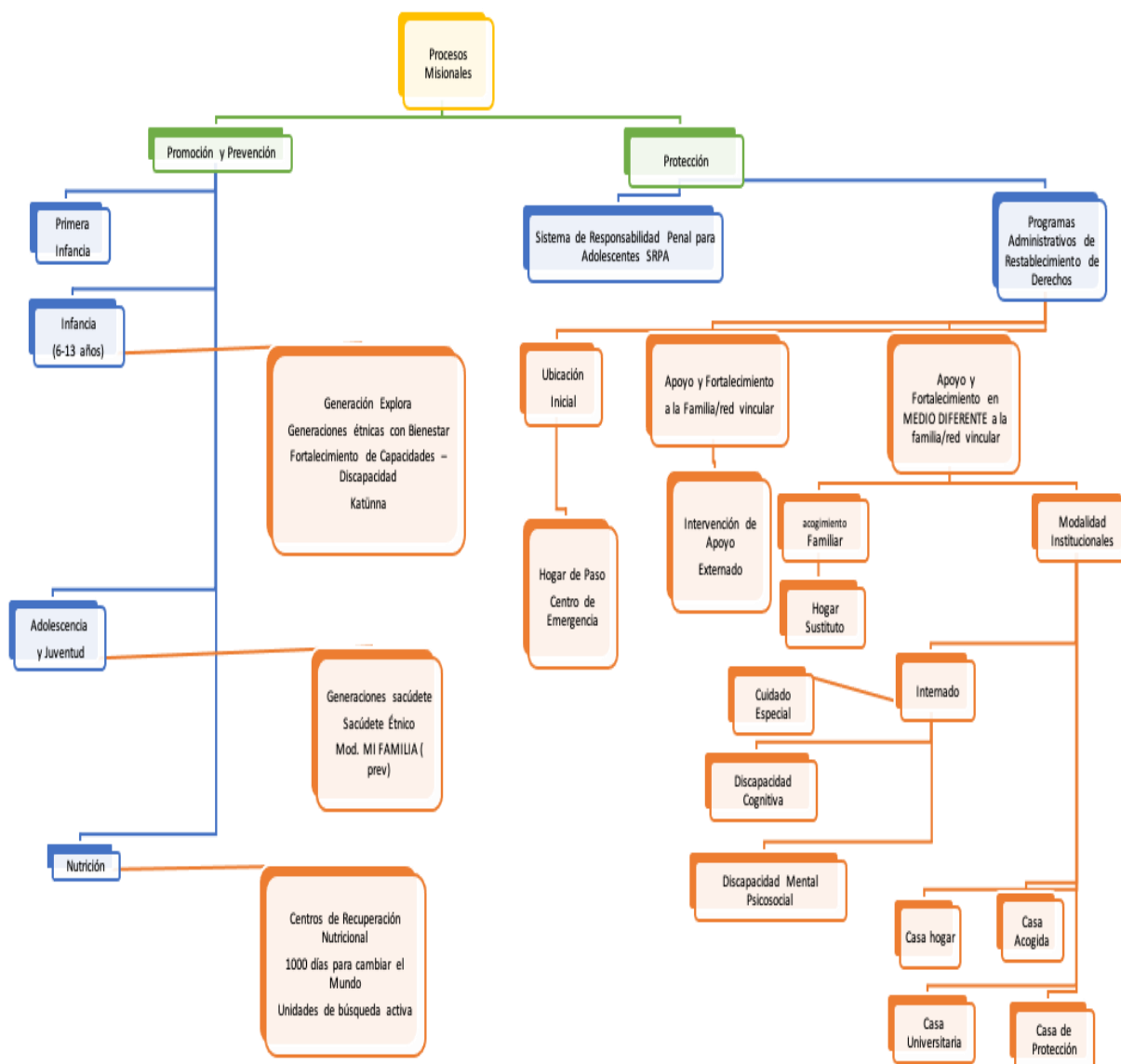
vez establece categorías dependiendo de los apoyos requeridos por cada uno de los menores que lo conforma.

Así, son atendidos en diferentes instancias, dentro de éstas, las más especializadas por tiempo de atención y equipo interdisciplinario, son las comprendidas en la Modalidad Institucional de Internado, en el que pueden encontrarse las categorías de Modalidades de: Cuidado Especial, Discapacidad Intelectual y Discapacidad Mental Psicosocial, entre otros. Respecto a la última modalidad mencionada, se describirá el proceso administrativo y clínico que propone el presente trabajo.

De esta manera, dependiendo de la caracterización del sistema vincular y de las necesidades que presente, la autoridad competente ubica a las familias y a los menores de edad en la modalidad o programa que favorezca los factores de generatividad y se supere la vulneración o amenaza de manera provisional según los términos establecidos en la Ley 1878 de 2018.

Sin embargo, los PARD también pueden ser definitivos, siendo el único proceso el de Adopciones, buscando restablecer el derecho a crecer en un entorno familiar que les asegure protección, afecto y estimulación de los NNA colombianos, que han sido abandonados o de los cuales, no se evidencian prevalencia de sus derechos, por padres, familiares o cuidadores. (Lineamiento Técnico Administrativo del Programa de Adopción, 2021) de esta manera, se convierten en hijos de Estado.

Figura 3



Nota. Se presenta el mapeo de las diferentes Modalidades, estrategias y rutas.

Modelo existente de Internado de Discapacidad Mental Psicosocial

“(…) Porque mi madre me abandonó cuando precisamente
más la necesitaba
Porque cuando estoy enfermo
voy al hospital de caridad
Porque sobre todo
respeto sólo al que lo hace conmigo
Al que trabaja
cada día un pan amargo y solitario y disputado
como estos versos míos que le robo a la muerte.”

(Gómez, 2004, p. 3.)

Inicialmente, tal y cómo se evidencia en el apartado anterior, los usuarios del ICBF, ingresan a las diferentes modalidades, estrategias y programas, dependiendo de su necesidad y la de su red vincular.

Para llegar a hacer parte de la modalidad especializada de Internado de DMPs, inician un camino desventurado de falencias, carencias, incertidumbres y consecuencias, incluso, fatales.

Para ICBF, la Modalidad de Internado de Discapacidad Mental Psicosocial está conformada por la población de niños y niñas mayores de 7 años y adolescentes, “con sus derechos amenazados o vulnerados, con discapacidad mental psicosocial. Mayores de 18 años con discapacidad mental psicosocial, que al cumplir la mayoría de edad se encontraban con declaratoria de adoptabilidad”.

Siendo uno de los requisitos primordiales para el ingreso en esta modalidad, que la población cuente con la certificación expedida por un médico psiquiatra o neurólogo, determinando la presencia de patologías graves, y que, por tal motivo, el usuario representa difícil manejo en el hogar familiar sustituto. Así, se hace necesario el ingreso en la modalidad de INTERNADO y los usuarios son nuevamente son reubicados.

De igual modo, dentro de las categorías de Registro de Información (RI), en las que describen a las diferentes poblaciones con discapacidad, según sus modalidades de atención, se evidencia que reconoce a la población de la Modalidad de DMPS, como aquellas personas que:

“Presentan en forma permanente alteraciones de conciencia,
orientación, energía, impulso, atención, temperamento, memoria, personalidad

y psicosociales, entre otras, reflejándose en comportamientos o expresiones emocionales inadecuadas para su edad y contexto social en el que interactúan. Estas personas presentan diferentes grados de dificultad en la ejecución de sus actividades cotidianas que impliquen organizar rutinas, manejar el estrés y las emociones; interactuar y relacionarse con otras personas, al igual que en el desarrollo de actividades, de educación, trabajo, comunitarias, sociales y cívicas, entre otras.” (Lineamiento Técnico de Modalidades y Lineamiento Técnico Modelo para la Atención de Niños, Niñas, Adolescentes y Mayores de 18 años con derechos inobservados, amenazados o vulnerados con discapacidad. 2016).

Para la atención integral y garantía de las necesidades básicas de ésta población, el ICBF plantea su accionar bajo una serie de estrategias encaminadas a restablecer la funcionalidad e independencia, para lo cual abordan los objetivos de: elaborar un perfil ocupacional, identificar capacidades, buscar su optimización, identificar barreras del entorno que estén restringiendo la participación social y a su vez, desarrollar estrategias para su eliminación o transformación, elaborar metas a corto, mediano y largo plazo para el desarrollo de un proyecto de vida, teniendo en cuenta los ajustes de apoyos y necesidades razonables, garantizar atención por el sistema de salud, educación y fortalecer sus habilidades sociales para la preparación de su egreso, entre otras.

Dichos objetivos y estrategias, tienen que ser desarrollados en un proceso de internación que teniendo como base, lo establecido en los lineamientos de atención de ICBF, deben desarrollarse bajo tres Fases de Atención, con la prestación del servicio continuo del talento humano, estableciendo la necesidad y objetivos de atención de cada uno de sus colaboradores, según la intensidad horaria y por usuario de la Modalidad IDMPS que el Instituto considera necesaria, lo que puede observarse en el siguiente cuadro:

Tabla 1

Talento humano para la Modalidad de Internado de DMPs.

Discapacidad mental psicosocial	
TC X Unidad	Coordinador
TC X Unidad	Auxiliar administrativo
TC X 40	Psicólogo
TC X 40	Trabajador social o profesional en Desarrollo familiar
MT X 50	Nutricionista dietista
TC X 50	Profesional de área
TC X 50	Instructor de taller
2 TC X 50	Auxiliar de enfermería⁶⁰
2 TC X 50	Formador diurno⁶¹
3 TC X 50	Formador nocturno⁶²
TC X Unidad	Auxiliar Nocturno
TC X 50	Servicios generales
TC X 50	Cocinero

Nota: La tabla muestra el talento humano que ICBF contrata para la Modalidad.

Ajustado de Fuente: Lineamiento Técnico de Modalidades para la atención de niños, niñas y adolescentes, con derechos amenazados y/o vulnerados. LM2. P. 08/11/2019

Así mismo, la atención integral que ofrece la internación y que se organiza por fases de Atención, son comprendidas mediante estrategias de fortalecimiento familiar y personal. De la misma forma, establece los tiempos en los que deben desarrollarse cada uno de los objetivos de cada fase, de la siguiente manera:

Fases De Atención del Modelo del ICBF.

Se presenta la siguiente figura, para distinguir los tiempos que ICBF plantea necesarios para cada uno de los tratamientos desde su Modelo, tomando como base, los documentos que contienen los lineamientos rectores del mismo.

Figura 4

Fases y Tiempos



Las mismas fases, presentan un desarrollo por periodos, los cuales presentan sus objetivos específicos, actividades, planes de atención y resultados esperados, enmarcadas de la siguiente manera:

Fase I- IDENTIFICACIÓN, DIAGNÓSTICO Y ACOGIDA:

Objetivo: Evaluar, identificar y analizar en un ambiente de acogida y protección, las situaciones particulares que generaron el ingreso del Niño, Niña o Adolescente a la Modalidad.

Fase II-INTERVENCIÓN:

Objetivo: Desarrollar un proceso de atención de fortalecimiento individual y familiar respecto a las situaciones de amenaza, y vulneración que dieron origen al ingreso al Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD). Desarrollar las acciones pertinentes para el acceso de los servicios requeridos en salud, odontología, nutrición, educación, orientación o cualquier otro que se requiera por parte del niño, la niña o el adolescente. Realizar la atención por niveles: Individual y Redes de apoyo (familiares, vinculares de apoyo y comunitarias e interinstitucionales). Realizar el planteamiento del proyecto de vida del niño, la niña, el adolescente, con su participación y la de su familia o red vincular de apoyo y del equipo técnico interdisciplinario, teniendo en cuenta todas las áreas del desarrollo humano. Si bien el tiempo establecido lo estimará la Autoridad Administrativa para

cada caso, el mismo será en total cumplimiento a lo establecido en la Ley 1878 del 2018;

“En ningún caso el Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos con el seguimiento podrá exceder los dieciocho (18) meses, contados a partir del conocimiento de los hechos por parte de la autoridad administrativa hasta la declaratoria de adoptabilidad o el reintegro del niño, niña, adolescente a su medio familiar “.

Fase III- PROYECCIÓN Y PREPARACIÓN PARA EL EGRESO:

Objetivo: Preparar al beneficiario, familia y/o red vincular de apoyo para el reintegro a su familia de origen, familiar adoptiva, sustituta o para la vida independiente. Esta fase se desarrolla una vez el Defensor de Familia o la Autoridad Administrativa responsable del caso, establezca que el beneficiario puede egresar, por que el mismo y su familia o res vincular, han superado las situaciones de amenaza o vulneración, que dieron origen al ingreso y se han restablecido sus derechos a través de la atención dentro de la Modalidad. Identificación y articulación de redes de apoyo y elaboración de compromisos por parte de la familia o red vincular de apoyo para la garantía de derechos posterior al egreso.

Objetivo de la Modalidad.

El objetivo general del proceso de atención prestado por el ICBF, busca que el beneficiario y su familia y/o red vincular superen las situaciones amenazantes o vulneradoras de sus derechos, fortaleciendo sus factores y habilidades, aportando al desarrollo integral, a la realización prácticas de estilos de vida saludable, al cultivo de sus intereses en torno de lo cultural, artístico, el juego, lo lúdico y libre expresión, en función de su proyecto de vida.

De esta manera, se evidencia que la población descrita, cuenta con una modalidad que ha logrado ajustarse en medida generalizada a la Discapacidad, con sus necesidades básicas y que encamina sus esfuerzos para que sus derechos humanos, sean respondidos y se ejerza frente a ellos, un goce efectivo y pleno.

Ingreso de Usuarios.

Las opciones de ingreso pueden realizarse bajo situación jurídica de vulneración o adoptabilidad. Siendo la primera, la situación de aquellos usuarios, quienes cuentan con una red de apoyo de familiares, los que pueden tener desde el primer grado de consanguinidad, hasta ser una persona de su red familiar extensa, que esté a su cargo, bajo su cuidado y actué en su representación.

Sin embargo, en dicha relación se ha presentado alguna situación o forma de vulneración, inobservancia o amenaza de los derechos fundamentales del menor, que después de que ha sido estudiado por el ICBF y dictaminado una medida por el mismo instituto, no ha sido restablecida por la familia o red vincular.

Situaciones para el caso, podrían ser a nivel de salud, cuando no se realiza asistencia a las atenciones que requiere el menor para ser llevado por Urgencias al Hospital Psiquiátrico tras evidenciar una crisis que lo amerite o no realizar el plan de tratamiento que el facultado a establecido después de una internación en el Hospital Psiquiátrico, situaciones que pueden ser vulneradas por diferentes motivos, tales como en el caso que la familia no advierte la necesidad de tales instancias, por desconocimiento o dificultad para entenderlas y aprobarlas, por negación de la necesidad, o por negligencia. De igual manera, pueden evidenciarse situaciones de consumo de sustancias por alguna de las partes constituyentes del grupo familiar.

También se pueden vislumbrar en las historias de vida, situaciones conflictivas en las que los usuarios han sido víctimas de abuso sexual, siendo en muchos casos, abusados por personas que hacen parte de su núcleo familiar o vecinos, también se evidencian actuaciones en las que han sido expuestos a pornografía infantil.

Así mismo, sus PARD, han iniciado por severas agresiones físicas, emocionales y psicológicas, siendo los maltratadores sus progenitores o cuidadores; encontrándose también otros casos, que inician porque los usuarios han sido abandonados y excluidos de su núcleo familiar y al mismo tiempo de sus familias extensas, siendo en algunos casos que no se conoce a tales familias.

Así, después de aplicarse las diferentes estrategias de las Modalidades de Apoyo y Fortalecimiento Familiar, la situación de vulneración o inobservancia, refleja la no garantía de derechos al menor y se configura en el motivo, para que sea retirado de su medio familiar. En estos casos, el menor, ingresa a una Modalidad de Hogar Sustituto, la que está conformada por una madre o padre sustituto y sus hijos (si los tuviese), para que, en la representación familiar, se propicie protección, un ambiente familiar, estable y seguro, sustituto y temporal, y las herramientas que permitan su

adaptación y convivencia, en tanto se lleva a cabo el PARD. (Manual Operativo Modalidad de Acogimiento Familiar – Hogar Sustituto, 2021).

Durante este proceso, la familia y el menor, cuentan con un seguimiento psicosocial y deben cumplir conjuntamente con los compromisos que han pactado con la autoridad competente. En caso, de que se evidencien procesos exitosos, el usuario, será reintegrado a su medio familiar y en los casos que continúe presentándose la situación por la cual se direccionó el cambio de medida, podrían ser ubicados con su familia extensa o en caso de no contar con ella, seguirán el camino a la Modalidad de Internado de Vulneración; en el caso de presentar comorbilidades y cuadros psicopatológicos, la autoridad competente dictaminará el cambio de modalidad y ubicación en la última instancia de atención, que es en la Modalidad de Internado de DMPs.

La segunda situación jurídica, correspondiente a la Adoptabilidad, hace alusión a la situación de aquellos usuarios del ICBF, que se encuentran huérfanos y que, a pesar, de la búsqueda de familia, en cualquiera que sea el grado de consanguinidad, se evidencian sin rastro alguno, en otras ocasiones, su familiar encontrado, emite el concepto y los motivos por los cuales no puede hacerse cargo del menor y firman el consentimiento informado y demás procesos legales, para su adopción.

Esta instancia de adopción, puede presentarse en cualquier etapa de un PARD, por ejemplo, mientras el usuario es encontrado en abandono y ubicado en una modalidad inicial, en un hogar sustituto o en internado. De igual forma, puede presentarse en casos de tal inobservancia de derechos, en los que la autoridad competente agotado los recursos para que la familia logre superar la situación que configuró el motivo de apertura del PARD, y sin embargo, los términos presentados, no lograron resolución.

Para la población descrita en el presente trabajo, se evidencian casos, de familias con un menor que padece de patologías graves, quien ha llevado múltiples internaciones en hospitales psiquiátricos y que por sus comportamientos, requiere un manejo que excede a las posibilidades que la familia puede ofrecer, sea de manera voluntaria o que por sus condiciones económicas, sociales, educativas, médicas o laborales, entre otras, se vea limitada la atención y cuidado que requiere.

De esta manera, se evidencian recorridos abruptos de los menores de edad, con múltiples cambios en sus vidas, siendo enfrentados a decisiones y consecuencias, sin tener en cuenta su opinión. Son casos en los que las decisiones se toman, con base en todo aquello que logra percibirse en tanto a los hechos observables, así, el “comportamiento de difícil adaptación” es apoyado por el ICBF, mediante el trabajo de

las modalidades, buscando una de ellas, cada vez más especializada; de esta manera, también se realizan cambios entre las mismas modalidades, por ejemplo, ubicando al usuario en diferentes hogares sustitutos, diferentes internaciones en hospitales psiquiátricos, hasta que por última medida, son reubicados en la modalidad de Internado DMPS.

Teniendo en cuenta el proceso estadístico que utiliza el ICBF, mediante el Sistema de Información Misional (SIM), se evidencia en el Reporte Nacional de los Niños, Niñas y Adolescentes con Situación de Discapacidad en Proceso Administrativo de Restablecimiento de Derechos (PARD), con corte a 31 de mayo de 2016, que existe una población atendida total correspondiente de 12.772 menores de edad y mayores de edad que se encuentran en declaratoria de adoptabilidad, siendo usuarios de los diferentes programas del Instituto.

Dentro de la Modalidad de DMPS, la mayoría de los usuarios se encuentra en situación de adoptabilidad, se puede evidenciar que solamente, el 10% de la población atendida, corresponde a los usuarios que cuentan con la existencia de familias que acompañan el proceso de internación y un 20%, son usuarios que contaban con algún familiar, que en el proceso desistió de sus responsabilidades.

Así las cosas, en ese recorrido, se evidencian para los usuarios, caminos de múltiples pérdidas, duelos no resueltos e incertidumbres latentes, que llevan consigo de un lugar a otro, aumentando la cronicidad de los síntomas de su patología grave.

Marco Clínico: Propuesta desde las Trayectorias de la Teoría al Campo de la Práctica Clínica.

“Oh Dios

Tú que no existes
eres afortunado
de no tener que cuidar
todo el género humano
En cambio yo
muero cada día
Con el dolor del loco
que destruyen los otros
Con el mendigo muero
Con el enamorado sufro
Sufro
Con la mujer confinada
en un bar musical
Lloro
y vuelvo a estar solo
a comer el agrio pan del exilio
entre tanta gente
que a veces amo”.

Gómez, 2004.

El trayecto recorrido inicialmente hasta llegar a esta instancia, permite conocer a los actores involucrados en la construcción y aplicación del Modelo diseñado desde la subjetividad.

En este apartado se realiza el análisis de las necesidades admiradas en el marco contextual a nivel de las políticas públicas y de los Modelos planteados por el Estado Colombiano, los que particularmente influyeron en la construcción del Modelo, el mismo que se presenta en el contenido final.

Se tiene en cuenta inicialmente al ICBF, buscando vislumbrar el escenario delimitado que provee el Estado en tanto es el encargado del restablecimiento de los derechos y, por lo tanto, de la delimitación de la dinámica de atención para la población con la cual se aplicó y construyó el Modelo, actuando como un operador del mismo.

A su vez, mediante la descripción de las diferentes modalidades del ICBF, se buscan desplegar los recorridos que los usuarios surcan dentro de dicha Institución,

teniendo en cuenta que estos son considerados como factores de riesgo de estrés crónico, asentidos por el Instituto Karyn Purvis de Desarrollo Infantil, considerando dentro de ellos a la “negligencia, abandono, institucionalización(...) Efectos en el sistema de protección de los niños, falta de vivienda, discriminación y múltiples colocaciones en diferentes hogares sustitutos.” (como se cito en el Lineamiento Técnico Administrativo del Programa de Adopción, 2021). Así mismo trascienden en gran afectación en aquellos usuarios que no cuentan con las características que facilitarían su posibilidad de adopción.

De tal manera, se describen los objetivos y fases de atención de esta Modalidad, siendo la que los atiende como última instancia y se realiza la puntualización de talento humano que plantean los lineamientos existentes como necesarias para la atención, para así, poder contrarrestarlos con la aplicación de dichas metodologías en el contexto. Para este desarrollo, se despliega la descripción de algunas realidades de los usuarios, con lo cuál se pretende apuntar a la evidencia de aquello que se puede considerar como la necesidad fundamental de los usuarios.

En igual sentido, se realiza el recorrido por el contexto planteado mediante leyes, decretos y programas, en los que se pueden visualizar de manera amplia, las oportunidades y debilidades de un sistema de salud, que demuestra estar dando cabida a la salud mental dentro de sus prioridades y así mismo, para lograr evidenciar la manera cómo se están ajustando las políticas de este marco de salud mental en el Estado Colombiano.

Necesidades del Modelo de ICBF expuestas desde una Mirada Clínica

Inicialmente entre dicho recorrido, se logran ilustrar las debilidades que conciernen al presente contexto, las que permiten entrever la búsqueda protagonizada por los usuarios, al solicitar atención a sus necesidades psíquicas dentro del sistema de salud; denotando de esta manera, la manera como fue brindada la prestación del servicio de salud, prestación que se realizó en su mayoría, durante las estancias de los usuarios en los Hogares Sustitutos, lugares y momentos en los cuales, desencadenaron síntomas de sus cuadros patológicos por los cuales requirieron ser ingresados al Hospital Psiquiátrico y en estos lugares, recibieron una atención con los servicios requeridos para la consecución de su estabilidad sintomática y egresaron del mismo, sin tener cabida en el sistema de salud, sin existir una internación optima y

adecuada, que ofrezca larga estancia como la que se puede leer de manera ambiciosa en las políticas de Salud Mental descritas.

Dentro del marco legal, se traza también como uno de los hitos históricos políticos, al Código de Infancia y Adolescencia, dado que conforma el marco de referencia del ICBF y es el que demarca los objetivos para la Modalidad de DMPs; objetivos que como se logran evidenciar, son planteados de una manera universal.

Por su parte, se puede plantear que en los casos que los usuarios logran acceso a la atención de dichos servicios de salud mental, se pueden evidenciar “falsos y cortos seudotratamientos que sólo tapan por algunas semanas angustias, sin solucionar lo más íntimo de la persona.” (Rosenfeld, 1997, realizando la introducción a Paineira, 1997, p. 9). Siendo éstas, las situaciones de los usuarios que no lograron ser atendidas según la necesidad requerida y por lo tanto, fueron transferidas para que la atención ulteriormente sea brindada por la Modalidad de IDMPs del ICBF.

Inicialmente, se puede retomar al objetivo general, que consiste en “restablecer la funcionalidad e independencia” de los usuarios; a su vez, puede traerse a colación, al objetivo específico que pretende que los usuarios desarrollen el planteamiento propositivo de un proyecto de vida, y dentro del mismo marco, se puede presentar también, a la connotación nombrada anteriormente, en tanto al objetivo que pretende que los usuarios logren asumirse como sujetos de derechos, sin embargo, se puede entrever que en los objetivos planteados se exceptúan de comprender la singularidad que éstas construcciones requieren para dicha elaboración, dejando de lado, que existen preconcebidas necesidades, como son, las de permitir a los usuarios inicialmente, un proceso de organización de su psiquismo, logrando que conciben los límites de sí mismo y los otros.

Por su parte las actividades de la Modalidad propuesta por el ICBF, presentan un corte grupal, que, si bien pueden ser abordadas clínicamente, el enfoque de derechos se acentúa en la ocupación masificante y en el fomento de estrategias para enfrentar un anhelado reintegro y reinscripción social. El equipo interdisciplinario, plantea actividades que conforman en este caso, un diario vivir, en el que cada disciplina trabaja desde su formación los aspectos que considere necesarios y son éstos, los objetivos en los que trabajará durante el periodo de internación y el recorrido por cada una de las fases de atención descritas.

Se entiende mediante esto, que si bien, el objetivo del ICBF en tanto a suplir cada una de las necesidades básicas, es de gran beneficio; al camino que debería recorrer para ello, le convendría partir desde la realización de una caracterización psíquica de la población que está atendiendo y también debería entenderse que para

la realización de un trabajo sobre las barreras sociales que incapacitan a la población, inicialmente, se requiere que los usuarios puedan habitar su propio cuerpo.

Cabe resaltar, según lo establecido por el ICBF, que el modelo planteado, apunta a una estructura en atención de la discapacidad que el trastorno psiquiátrico acaece, un modelo de corte asistencial y de protección, que muchas veces puede leerse desde la minusvalía y la victimización. Partiendo de que reducir la cura al concepto de discapacidad y de trastornos “deja fuera al sujeto del lenguaje, inconsciente, de deseo sexuado” (Bruner, 2012, p. 46).

Lo anterior podría fortalecerse realizando un trabajo más específicamente desde la clínica del sujeto, y, además, sin esperar que la clínica médica, que debe ser cubierta por el área de la salud, sea solamente una responsabilidad suya, de esta manera podría plantearse una rehabilitación psicosocial en conjunto.

Así las cosas, también se puede conjeturar que mientras la discapacidad sea considerada como enfermedad:

Se atiende desde un modelo biomédico, contemplando su causa fisiológica, biológica, sin considerar lo social como un factor importante. Esto lleva a que la atención en salud se convierta en el centro de actuación, y a que los NNA algunas veces se saturen de citas médicas e intervenciones por diferentes disciplinas de la rehabilitación (ICBF, 2010, p. 38).

Sin embargo, cabe aludir, que las necesidades de los usuarios, exceden a las que el sector salud, está respondiendo en la actualidad.

De este modo, el internamiento se desligaría de la línea que los usuarios han transcurrido en su historia de vida, en la que deben alcanzar por obligación, un estado de tranquilidad, armonía y seguimiento de normas aparente, organizando y manifestando comportamientos de una “normalidad”, dejando silenciadas las vivencias que se configuran como puntos de fijación y que han consolidado estructuras psíquicas con un Self inmaduro que es incapaz de delimitar sus instintos, sin imágenes identificatorias o con la existencia de éstas, de maneras difusas que los reaseguren.

De igual manera, el Modelo existente, considera que la internación debe accionar tanto para el cambio de conductas heteroagresivas como para la instauración de la normatividad de los usuarios, considerando a su vez, que son modificaciones operantes que pueden trabajarse desde modelamientos, enfocándose en las problemáticas conductuales.

Conviene destacar que uno de los principios del Modelo de ICBF es la individualidad, buscando promoverse de la siguiente manera:

Que la atención se fundamente en el reconocimiento y respeto por la diferencia, en un contexto de igualdad, equidad y especialización en la atención específica de acuerdo con las situaciones singulares de cada niño, niña, adolescente, sus familias y comunidades considerando la dinámica compleja del entramado de interrelaciones. (Lineamiento Técnico del Modelo para la atención de los niños, las niñas y adolescentes, con derechos amenazados y/o vulnerados, 2019).

Sin embargo, el trabajo de dicha individualidad, es propuesto para que sea abordado por una bina psicosocial y en estos casos de trabajo de patologías graves, se requiere un equipo interdisciplinario, encabezado desde las especialidades de la Salud Mental y la clínica.

Evidenciándose así, otro de los principales aspectos por fortalecer del Modelo, por ejemplo: si bien, cuenta con el servicio de Psicología, es un profesional que debe atender a cincuenta usuarios con patologías graves, además debe realizar mensualmente intervenciones en crisis que se presenten, sumado a esto, debe realizar trabajo en grupo según un cronograma establecido, realizar el acompañamiento a las citas de Psiquiatría que la EPS asigna; así mismo, es el encargado de realizar acompañamiento en los traslados, cuando las crisis que se presentan en los usuarios requieren internación en un Hospital Psiquiátrico y a su vez, entre otras responsabilidades administrativas, también debe realizar los informes desde el área que están establecidos en los lineamientos del ICBF.

Responsabilidades que lo desligan del principio de individualidad expuesto, encontrándose que, si bien está planteado documentalmente, en la práctica, se dificulta su ejercicio. Y entre tanto, la figura del psicólogo juega un rol de cuidador, asistente, tallerista y que al igual que los demás profesionales, realiza una atención en crisis en tanto se requiera, sin embargo, el trabajo individual se reduce a una atención mensual o las que el limitado tiempo permitan con los casos de mayor severidad.

Así, se reduce el tiempo de intervención del psicólogo, tiempo que podría invertir en los interrogantes frente a la vivencia de cada uno de estos niños, niñas, adolescentes y jóvenes, y a las historias que atraviesan, en la que el ambiente facilitador, objetos de amor, de cuidado y sostén, que deberían ser la primera instancia de autorrealización y sentido de vida, les han sido desleales y, por lo tanto, continúa en devenir.

Teniendo en cuenta, que son instituciones que si bien hacen parte y cumplen objetivos de Protección, son aquellos lugares donde se han evidenciado practicas de asistencialismo, donde apartan a los usuarios de la sociedad y sus familias en el caso de tenerlas, aislándolos también, de ser seres sociales; lugares donde las institucionalizaciones suelen tornarse en tiempos infinitos; donde actúan mediante tratamientos que buscan implantar la norma sin un marco de fundamento claro y que dado el caso de obtenerse resultados mediante ésta práctica, que son aparentemente positivos, los mismos se enfrentarán a contextos y relaciones, donde demuestren que tan solo han sido superficiales, de ésta manera, los usuarios nuevamente tendrán un recorrido similar al descrito.

Mientras la institucionalidad en esta Modalidad nombrada como especializada, continué operando con estas prácticas y objetivos que pueden estar enmarcados en el asistencialismo, puede compararse con aquellas instituciones que precisamente organizaciones como UNICEF, en colaboración con el Comité de los Derechos del Niño y la Comisión Interamericana de Derechos Humanos (CIDH), buscan abolir.

Por dichos motivos, la UNICEF propone que los países deben emprender y orientar sus políticas hacia la finalización de este tipo de institucionalizaciones. Teniendo en cuenta lo descrito en el estudio realizado sobre “La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe” en el que se pueden evidenciar las siguientes consideraciones:

La atención no debe tener como centro únicamente el cuidado de las necesidades básicas y la protección de su integridad física (...). La permanencia de los niños en las instituciones les causa perjuicios, afecta su desarrollo, produce daños permanentes, pudiendo afectar su desempeño cognitivo y su condición física; además de exponerlos al riesgo de ser víctimas de violencia, abuso y explotación. La evidencia empírica y los estudios científicos son terminantes al exponer los efectos de la institucionalización en los niños, especialmente en el caso de los más pequeños y los niños con discapacidades, ya que requieren rehabilitación, terapia física u otros tratamientos especiales. (Palummo, 2013, p. 78).

En el mismo estudio, se evidencia lo importante que es para las instituciones, tener la claridad y especificidad de la población que se está atendiendo, así mismo, tal y como se ha expresado, se evidencia la importancia de un trabajo interdisciplinario

que puede entrelazar y establecer objetivos generales que apunten hacia la realización conjunta de un trabajo clínico pertinente a las patologías de base.

Con lo anterior se puede considerar que mientras tanto los servicios recibidos por los usuarios, se manejen aislados de la resolución de las dificultades a nivel de las sintomatologías clínicas y necesidades particulares y estas a su vez, sigan dejándose en responsabilidad del sistema de salud, se podrá encontrar una semejanza con la práctica asistencial, el mandato curativo y el control que ejercen las instituciones sobre las individualidades, asimilándose así, a un modelo institucional de corte manicomial, y con las características comentadas desde la UNICEF.

Conviene señalar que según el mismo estudio, se puede evidenciar que el ICBF es una institución reconocida por realizar un papel organizado y cumplidor de los elementos y acuerdos internacionales propuestos por las diferentes organizaciones que velan por los derechos humanos, de esta manera, la CIDH, UNICEF y el Comité de los Derechos del Niño, reconocen el papel desarrollado, denotando que en Colombia, por medio del ICBF se está realizando un acorde trabajo del derecho de la libre expresión; reconociendo que las AAC logran conocer sobre la opinión de los usuarios; adicionalmente al desarrollo las asistencias y visitas de dichas autoridades a las diferentes Modalidades; en el estudio mencionan que el ICBF utiliza otros medios de comunicación, los cuales han permitido que los usuarios sean escuchados, siendo uno de éstos medios el buzón de sugerencias existente en cada institución, situación de la cuál puede decirse que es una realidad y que lleva un debido proceso, sin embargo, se evidencia el canal de salida más no el de regreso, sin aporte a la individualidad.

En dicho estudio se reconocen como beneficiosas, a las supervisiones realizadas por los equipos de ICBF a cada Modalidad, no obstante, se puede admitir que, si bien son constantes y exhaustivas, los aspectos de relevancia son de corte administrativo y en este último caso, financiero.

En este marco de los procesos de las supervisiones, se puede realizar una observación del papel del psicólogo que supervisa, el que está supeditado a remitirse a las historias de atención (H.A) y verificar que éstas cuenten con todos los documentos que los lineamientos exigen, sin remitirse a realizar una supervisión clínica. Las H.A de atención, dan cuenta de documentos aislados que cumplen con una serie de requisitos administrativos y de descripciones de sus comportamientos de los usuarios, por los cuales han tenido que ser trasladados de un lugar a otro, pero no se evidencia una historia que dé cuenta de los usuarios.

Situaciones que también ocurren en otras modalidades, por ejemplo, en los Hogares Sustitutos, donde la bina psicosocial busca en el ejercicio de supervisión, revisar los documentos faltantes, de igual manera, puede señalarse cuando:

Se produce un deslizamiento por el cual los asistentes sociales se arrojan la tarea que los convierte muchas veces en policías que van a la caza de madres consideradas riesgosas para sus hijos; allí, lejos de trabajadores sociales, se convierten en agentes de control social (...) Así, el psicólogo a sabiendas y otras no, termina siendo instrumento de la industria de la farmacología, del amo institucional o del Estado sanitario y sus delirios de normalidad, prevención, etcétera. (Greiser, 2012, p. 26, 106).

Llamando la atención de estos procesos de supervisión, que además de su realización en un marco administrativo, vislumbran en el especial trato con los usuarios, encontrándose que la mayoría de los profesionales que hacen parte de los equipos de supervisión, en el momento de encontrarse con los usuarios, los esquivan y rehúyen en su camino, con expresiones de miedo, extrañeza y entre otras actitudes que incurren en la estigmatización. Situaciones que así mismo, podrían develar un desconocimiento de las diferentes poblaciones que el ICBF, siendo la Institución a la cuál pertenecen, está atendiendo. Un usuario no alcanza a contenerse en una carpeta con su H.A.

Con lo anteriormente resaltado, se puede profundizar en aquellas ofertas que delimitan los documentos del ICBF en tanto a esta Modalidad de atención especializada, denotando que la forma para el planteamiento de objetivos y su delimitación, se están realizando con base en una parte de las necesidades de la población, que son todas aquellas que involucran a la Protección y que la otra parte, se mantiene por fuera de esta necesidad, la que se evidencia rescindida.

En este mismo marco, pueden resaltarse las condiciones iniciales que requiere tener un operador de carácter privado para ser contratado por el aporte económico del ICBF, siendo que se delimita a un carácter administrativo y financiero, siendo que la solicitud técnica de un Modelo de Atención, se basa en que éste circunscriba con el cumplimiento primordial de las fases que el plantea, riesgos, indicadores, entre otros

aspectos, que dejan de lado el carácter clínico que requiere la población.

Sin embargo, cabe resaltar que también se perciben condiciones iniciales favorables, siendo que los operadores que buscan trabajar para el ICBF, deben contar con un aporte propio desde sus recursos y uno de ellos, es el talento humano adicional al que el ICBF plantea, de manera que se puede realizar un trabajo ampliado desde el punto de vista que el operador considere necesario implementar.

Transitando por el ámbito del protocolo, el lineamiento y la normatividad, se plasma que la historia de cada usuario, seguirá naufragante en islas de ideales que no son propios, islas con recorridos ya trazados para poder encontrar la salvación, pero en tanto, ningún recorrido y ninguna isla, serán reales, propios y originales y las aguas seguirán turbias y liosas;

Junto con el individualismo más feroz y autístico, la proliferación de identificaciones grupales que favorecen los fenómenos de masa; los sujetos se olvidan de lo más singular y excepcional que tienen favoreciendo así prácticas “normativizantes” y adaptativas, que se tornan ineficaces frente a su padecimiento. Este abordaje no quiere saber nada de lo incurable del sujeto, de la no relación de los sexos y de la ineficacia del protocolo cuando se trata de la subjetividad. Se considera más efectivo y económico uniformar a los sujetos y hacerlos olvidarse de sí mismos. Protocolos y manuales de autoayuda se complementan y aspiran a lo mismo. Se hablará de baja autoestima, y no del olvido de uno mismo, de su historia, de su manera particular de estar en el mundo; encontraremos jóvenes que no se sostienen en ninguna ilusión de cambio, nada puede transformarse, no hay futuro; de una sociedad del miedo y de la promoción de lo nuevo confundido con lo joven, que nos convierte en seres caducos y que no permite nada verdaderamente novedoso, etc... (Francisco, M. comunicación personal, 17 de septiembre de 2006).

Así las cosas, la población huérfana de Estado, sin política que los reconozca, continúa errante en el ciclo de ida, venida y sin fin, entre el sistema de Salud y el Sistema de Protección; así, continua siendo ajena del Estado, también continúa lejana aquella connotación manifestada por el Estado, como “sujeto de derechos”, continúa ajena de ello, porque en primera instancia, no puede concebirse como sujeto y en tanto a los derechos, se evidencia que tan solo cuenta con la existencia de ellos, pero

éstos son de papel.

Con lo anterior se denota que podría ser un importante aporte para el ICBF, el involucramiento de un Modelo en el cual se abarquen las necesidades de la discapacidad y, además, las del trastorno psiquiátrico, denotando un trabajo clínico que permita hacer terapéutico el Modelo. Así, las necesidades que pretende suplir el ICBF, se posicionarían en primera instancia del análisis del psiquismo de los usuarios, para ulteriormente, asumir los demás objetivos que se plantea.

Se busca, por tanto, describir un Modelo, que logre derrumbar esas estructuras que, en la práctica de internado, están fortaleciendo un falso Self, manejando que, en el control aversivo de límites, se ejemplifique el ideal para su Yo y que, al mutarse en él, les devolverá a los sujetos, la anhelada libertad.

Para el ejercicio de dicho emprendimiento, se manejó la claridad constante de la población a trabajar, teniendo en cuenta sus necesidades, que transitan en una infancia, adolescencia y hasta adultez joven, en una búsqueda incierta de respuestas, emociones, identidad, objetivos e historia propia. Una población de la que la sociedad ha esperado y espera aún, que realice y se desenvuelva por las diferentes áreas de actividad de la vida, cómo aquellos sujetos que han tenido una suerte de vida diferente, que les ha permitido un desarrollo evolutivo normotípico, pero que, al no alcanzar dichos estándares, debe estar trasladándose de un lugar a otro para que aprenda a hacer, a actuar.

Mientras tanto sus vidas se han envuelto en todo tipo de atropellos, sus condiciones de orfandad y desprotección, los han exhibido a ser objetivados, caminando por laberintos errantes de una constitución subjetiva que los ancle a alguna salvación.

Por lo cuál se intenta con este Modelo, realizar un práctica que asuma de manera más conjunta la atención, que abarque la práctica ocupacional propuesta por el ICBF y que a su vez, mediante el ejercicio clínico, sean abordadas dolencias propias de sus sí mismos y por lo tanto las patologías de los usuarios, siendo éste, un abordaje desde la clínica analítica, la que describe Greiser (2012) como una clínica del sujeto, exponiendo que no es el único tipo existente: "también están la clínica médica, cuyo objetivo es la cura, la jurídica y la policial. La analítica no esta regida por ideales masificantes ni de reeducación, como tampoco lo es por asistencialismo." (p, 8).

Descripción del Desarrollo del Modelo de Atención en Salud Mental desde la Subjetividad en el Proceso de Internación en la Modalidad de DMPs.

“Yo te sé de memoria. Dama enlutada.
Señora de mi noche. Verdugo de mi día.
En ti están las fuentes de mi melancolía,
Y del fervor de estos versos.
En ti circula un fuego ebrio de las montañas del
Líbano.
En mí vapores densos de tu delirio nublan mi
mediocre
Razón española.
Madre yo te perdono el haberme traído al
mundo.
Aunque el mundo no me reconcilie contigo.”

(Gómez, 2004, p 4)

Teniendo en cuenta dichas necesidades generales, se propicia el inicio de un camino de escuela y aprendizaje, en el que cada ponencia de los maestros del Instituto Universitario de Salud Mental cobra vida en el campo del ejercicio de la clínica, haciendo que los acercamientos teórico-prácticos brindados desde las diferentes cátedras de la Maestría de Psicopatología y Salud Mental mediante los diálogos realizados principalmente desde las teorías del Self, las teorías vinculares y por su puesto desde los preceptos Freudianos, entre otros, puedan ser conjugados con la necesidad que se despliega en esta realidad social enmarcada.

De esta manera, dichos diálogos se constituyen como los fundamentos para este trabajo clínico, teniendo en cuenta que conforman el lugar que permitió alojar, contener y entender como sujetos a los usuarios del Modelo. Así mismo, se permite la concepción de infundirse como Modelo, partiendo del decir de David Rosenfeld (1997), que es una creación, es algo útil y no una verdad.

Dicho camino logró gestarse en estos diálogos continentes y generosos, identificándolos con tal gratitud, como la descrita por Nemirovsky (2013) al referirse a la respuesta “accesible y convincente, de conjugar la nomenclatura psiquiátrica con los conceptos psicoanalíticos” (p. 23) que recibió, por Horacio Etchegoyen, al terminar una conferencia sobre alcoholismo. De igual manera, partiendo de la intención de Paineira (2007), al plantear:

Una visión del psicoanálisis diferente, centrada en la persona abierta al otro, porque la persona es otro de los factores personales olvidados; solo a la persona puede contribuir a este gran campo del intercambio soñado por Ricoeur, por Gadamer, por Habermas, por Vatimo, por Rorty, desde perspectivas muy diferentes entre sí, pero que coinciden en el punto de haber enunciado a la idea de poseer la verdad absoluta y en la necesidad de abrirse a los otros discursos, hasta agotar la comunicación posible. (p. 7)

De esta manera, en que logra leerse la calidez, apertura y entrega, como la que se alcanza a percibir en el 11vo Congreso Winnicottiano, cuando en la mesa redonda confluyen Paineira, Rotemberg, Zirlinger, Nemirovsky, entre otros, expresando la impronta y la gratitud que se gestó de cada uno de ellos en el otro, por ejemplo, al decir de Nemirovsky frente a Paineira, relatando que sus seminarios eran “alegres, con libertad, juguetones; efectivamente... no solemnes” evocando a un “Alfredo que recrea a Winnicott y que alude lo que él permite desde Winnicott que es “más que una forma de pensar (...) es un estilo de posicionarse frente al paciente y frente al psicoanálisis (...)”. (Paineira, 2007, p. 10 - 11).

Las experiencias de un ambiente cálido, continente de gratitud y total admiración que se gestan y permiten en IUSAM, están en todos sus contextos y que afortunadamente exponerlos sería un acto de infinitud, sin embargo, para ir al más próximo, se describe al develado por Daniel Glassernan presentando a Enrique Alba, en uno de los encuentros de formación para la clínica del Departamento de Niñez y Adolescencia, aludiendo a su encuentro como “una fiesta del pensar” (comunicación personal, 17 de noviembre de 2021); situaciones que se inscriben en las bases del Modelo para la Modalidad de Internado de DMPs, porque con éste mismo contexto facilitador, se pretende facilitar y permitir el reconocimiento y comprensión de las diferentes vivencias de los usuarios, como “vivencias subjetivas de objetos vivos” (Guntrip (1967); Home (1966); retomado en Paineira, 1997, p. 43 - 44).

Así mismo, se contempla la necesidad de un cuerpo teórico que sustente y reafirme el Modelo, para lo cuál se aloja, impulsa y es tejido desde el psicoanálisis, teniendo en cuenta que el mismo se ha conjeturado y permitido desde el diálogo y la escucha. Paineira demarca: “en los orígenes del psicoanálisis están instaladas la escucha y la palabra, nace como diálogo y continúa siéndolo cien años después, en una época, en que nadie escucha y priva el monólogo” (1997, p. 17).

A pesar de que el psicoanálisis es devaluado en el marco clínico y de salud mental colombiano, tildando su teoría y aplicación como “descontextualizada,

desactualizada y que necesita una renovación en sus planteamientos.” (Ordoñez, 2015), es el marco que profundiza en la verdad del sujeto, en aquella que niega, repliega, aborrece, teme y lo atemoriza y por tanto, es el eje fundamental del presente.

Por su parte, no busca cambios de pensamientos, comportamientos y cogniciones, sino que escudriña en aquello que está latente pero encubierto, que al decir de Heidegger: “las cosas se revelan a la conciencia solamente por medio de la frustración que causan, arruinándose, desapareciendo, comportándose de manera inesperada o traicionando su propia naturaleza.” (Bauman, 2015, p. 9) y siendo en ese punto, donde busca precisamente entrar por medio de la palabra y la escucha. “El psicoanálisis es una práctica de la palabra (...) la de la originalidad del escenario en el cual se manifiesta la singularidad subjetiva. Por lo tanto, el psicoanálisis no es una técnica, sino un discurso que anima a cada uno a producir su singularidad, su excepción.” (Laurent, 2006).

El diálogo con esa singularidad, el que sólo puede realizarse desde y con el sujeto, distingue al presente trabajo, como un Modelo planteado desde la subjetividad, manifestándose en aquellos discursos aprisionados, que son aquellos contenidos en el psiquismo, desenlazados de acontecimientos y experiencias individuales, que marcan una historia, y que tienen vida en tanto se realice una clínica del sujeto y no una clínica del control social. Así mismo, la consideración de la particularidad subjetiva, aparece en el Modelo, excediendo las consideraciones de los derechos humanos. (Laurent, 2000). El psicoanálisis puede intervenir con cualidades totalmente diferentes a cualquier otra intervención, “puede producir el efecto posible de una espera, puede preservar el producto de un anhelo, aun en los seres aparentemente más desahuciados (...) podría poner en movimiento a ese sujeto respecto de una búsqueda” (Cohen, 2015, p. 23).

Permitiéndose ser, este Modelo desde el psicoanálisis, se constituyen entre sus claridades, el no pretender manipular conductas ni estados de ánimo, ni disipar sufrimientos con pastillas, no confundir la sugestión con la magia, no esperar que la misma solución sea aplicable para todos; se desliga en su práctica clínica de los ideales del bienestar, el asistencialismo, la prevención, el progresismo, los ideales de buenas intenciones y los protocolos de normalidad. Distinguiendo las relaciones entre psicoanálisis y asistencialismo desde Jacques-Alain Miller (2009), retomando que:

“El psicoanálisis logra la salvación por la vía del desecho, entendido como aquello que no entra en el lazo social. En cambio, el asistencialismo se

arroga el lugar de salvador del sujeto por la vía del ideal del bienestar y las buenas intenciones.” (como se citó en Greiser, 2012, p. 27).

De esta manera, se pretende desafiar una realidad, tribulando con la teoría del psicoanálisis y su aplicación. Permitiendo la narración de cada uno de los usuarios, permitiéndoles construir una historia que los albergue. Actuando con estos cimientos que al decir de Bettelheim, fueron concebidos en medio de:

La decadencia política y al final, el aniquilamiento del antiguo imperio de los Habsburgo obligó a la élite cultural vienesa a descubrir y apropiarse de un dominio muy diferente y nuevo, el de la vida interior del hombre, el del inconsciente, el de los procesos mentales hasta allí ignorados. La expresión y las revelaciones más radicales y más espectaculares de ese proceso se encuentran en la locura. En consecuencia, parece natural que haya sido Viena y en ese periodo, que Freud nos diera una interpretación totalmente nueva de los procesos mentales, tanto de la gente normal como de los individuos mentalmente perturbados” (como se citó en Nemirovsky, 2013, p. 32).

Momento en el cuál Freud, permite a la histeria un lugar en sociedad, así, logra el tratamiento de sus pacientes, salvándolos incluso, de aquellas contratransferencias ignominiosas a las que eran sometidos por los médicos tratantes, utilizando técnicas como la amputación del clítoris, situaciones que hasta el día de hoy se evidencian en otras presentaciones de mayor sutileza, pero en las que la violación del ser es tal, que queda expuesto a graves asaltos de su intimidad. Dialogando con sus pacientes, Freud logró el encuentro interpersonal, poniéndose en disposición del dialogo de su atención flotante; tiempo después se encuentra describiendo a la transferencia; otorgando a la sexualidad su papel primordial; descubriendo el funcionamiento del psiquismo inconsciente y dándole el papel a los sueños. Logrando así que su trabajo, se encuentre presente como cuerpo teórico de las teorías que sostienen a las terapias vigentes, encontrándose tanto en la cultura como en las vinculaciones familiares, *aunque los agoreros de turno anuncien su muerte.* (Painceira, 1997, p. 20).

Hoy en día, se encuentra al Psicoanálisis actuando en medio de instituciones donde se operan los delirios de normalidad, la prevención y el asistencialismo, sin embargo, se sostiene firme en el análisis de las estructuras psíquicas y el tratamiento de pacientes severamente perturbados, con una clínica que permite explicar las formaciones psíquicas de pacientes esquizoides y borderlines, nutriéndose y

evolucionando con los aspectos que cada época atañe, contemplando nuevos agentes coadyuvantes en el psiquismo como son la “organización familiar y social –a lo ambiental- como factor necesariamente interviniente.” (Nemirovsky, 2013, p. 33).

En este sentido, cabe recalcar que el Modelo proporciona las respuestas, por una parte, a las demandas del sistema impartidas por el discurso del ICBF del Estado y del Código de Infancia y Adolescencia y al mismo tiempo, funciona desde el trabajo de la clínica, posicionándose en responder a las necesidades del sujeto de atención. El lugar del Modelo, cobra el lugar que el Psicoanálisis ha logrado en las Instituciones, inscribiéndose en la extraterritorialidad del campo de la Salud Mental, siendo “una creación por fuera de la organización administrativa aunque esté contenido en ella.” (Rivas, 2003, citado en Rojas, Miari, Paturianne & Rodríguez, 2014, p. 508).

Se encuentran, por tanto, discurso de la Institución y discurso clínico estableciendo tensión y operando en su actividad de manera proporcional, “los principios analíticos se encuentran, o más bien se des-encuentran con la demanda de las instituciones, del estándar, de la normalización y del protocolo” (Ordóñez et al., 2018, citado en Osorio, 2021, p.23), no obstante, trabajan sin ser excluidos entre sí. Teniendo en cuenta a Rojas et al., 2014, al decir que: “las instituciones se organizan bajo la égida del discurso del amo instalando su posición dominante” y a la institución, se le introduce “la dimensión subjetiva que va más allá del empuje a la objetivación -al que tiende toda institución- para que aparezca la dimensión singular del sujeto” (Esqué, 2003, citado en Rojas et al., 2014, p. 508)

Siendo este Modelo atendido en un medio institucional, se permitió extender la teoría de la clínica analítica y mediante ella, procura la consideración de dicho medio como dispositivo que permite el análisis, teniendo en cuenta que la piedra angular, es el trabajo con una clínica que “para cada estructura se reinventa, caso a caso, por el acto del analista y por el sostenimiento de su deseo.” (Oliveira, Rinaldi & Ferreira, s.f).

La consideración del medio institucional como dispositivo de análisis, se reviste en los postulados planteados por el *Hijo Ilustre de Reus*, como lo nombra García (1992) en su artículo; en el mismo, realiza un encuentro a través del recorrido teórico-práctico realizado por Tosquelles, hijo de aprendizaje de Vilaseca y Mira. Reconoce a Tosquelles, por sus aportes fundamentales, permitiendo la entrada del Psicoanálisis en España, esbozando la clínica analítica de los Estados Límite y una enorme contribución a la Terapéutica Institucional.

Tosquelles demuestra un lugar ineludible en el contexto de la Psiquiatría Catalana, con un conocimiento psicoanalítico anudado al compromiso ético y sociopolítico, que se interesa por extender en el ámbito terapéutico más allá del diván,

para lograr aplicarse al tratamiento grupal e institucional, denotando la importancia de la relación con el contexto familiar y cultural. Transmitido en el contexto de los movimientos de humanización de los Hospitales Psiquiátricos, en 1935, publica un caso clínico en una revista de medicina, caso que fue tratado a través de la teoría y técnica psicoanalíticas, que recién eran conocidas en los contextos psiquiátricos y médicos, buscando entrever un debate científico-médico. (García, 1992).

El entramado epistemológico de la Psicoterapia Institucional se ve atravesado por:

“Su articulación con otros ámbitos del saber, aspecto representado por Mira y López. La teoría de la Gestalt, representada por W. Wolff, que concibe la Institución como un conjunto de conjuntos, como una estructura cuyos elementos componentes son interdependientes (de forma viva, móvil y no estática, de ahí que en desarrollos posteriores se aplique a este concepto el término Gestaltung). Y las teorías psicoanalíticas, representadas por el propio psicoanalista de F. Tosquelles, Sandor Eiminder". (García, 1992, p. 198).

La Institución logra ser pensada como un conjunto, con cada parte constituyente que enmarca un todo, entendida como sistema terapéutico, dado que puede abrir su escucha e intervención para que se conciba como campo psicoanalítico. Mediante dicho trabajo clínico analítico de abordaje de las Psicosis y de algunas psiconeurosis, trabajo en el que presenta y es denominado por García, como psiconeurosis pre-edípica con afectación del narcisismo, que ulteriormente se denominan como Organización límite de la Personalidad, que “presentan unos mecanismos de escisión o clivaje, que podrán beneficiarse de la posibilidad de análisis y articulación del transfert escindido, que posibilita la Psicoterapia Institucional.” (García, 1992, p. 201).

Con estos aportes, se nutre al Modelo, que provee un ambiente facilitador, convergiendo entre la postura de Tosquelles, otorgándole a la Institución el carácter de aquel lugar donde el psicótico hace presencia cuando toma la palabra o expresa sus silencios, considerándolo así para todas las patologías severas atendidas; enlazado con la consideración gestaltista de W. Wolff, entendiéndose a la Institución como una herramienta terapéutica y a su vez, acudiendo a Miller (2009), con la instalación de un psicoanálisis móvil, susceptible de desplazarse a nuevos contextos, particularmente a instituciones (citado en Rojas, 2014, p. 508).

En base a estos aspectos fundamentales y partiendo desde la Subjetividad, se realiza un análisis de los rasgos característicos de las familias de los usuarios, sus dinámicas y vínculos, así mismo, se realiza un análisis para describir la incidencia de dichas configuraciones familiares en las características de los usuarios, para lo cual, se describen a continuación éstos primeros aspectos con los cuales se construyó y aplicó un modelo para su atención.

Caracterización de las familias de los usuarios

“Tres en una
Va Catalina
Viene Catalina
Llegó Catalina
Junto a mi pecho como un gorrión
Como una hermana una abuela o una amiga
Su melena calienta mi corazón
No quiero que se vaya
Si es tan tierna
Si parece que tuviera en vez de huesos
plumas
En vez de voz puro aliento
En vez de amistad un pleno amor
Catalina vale un millón de besos en poemas
Catalina es un corazón de viento
y el viento quisiera serlo yo.”

(Gómez, 2004, p. 38)

Estos usuarios, en la generalidad, hacen parte de familias, cuya tipología se evidencia de corte monoparental, con hogares con jefatura femenina, las mujeres son quienes se encargan de la supervivencia de sus dependientes. Por lo general, realizan trabajos independientes e informales para proveer los ingresos y, además, se encargan del trabajo doméstico. Aunque en algunos casos, se presentan familias poligenéticas, constituidas por una pareja en la cual uno o ambos adultos están casados por segunda vez y tienen hijos de su relación anterior.

Se evidencian familias tendientes a la desescolarización. Además, presentan dificultad frente a la resolución de conflictos y su comunicación no es asertiva, la figura materna, quien atiende a las necesidades, no ejerce la autoridad, por lo que se

presenta dificultad en pautas de crianza adecuadas para sus hijos, lo que repercute a su vez, en la dificultad de claridad de roles materno filiales y demás parentescos.

La figura paterna, generalmente es ausente y en caso de evidenciarse, no representa una figura de sostén y autoridad. En general, en la dinámica familiar se evidencia vulneración de derechos, existiendo en muchos de los casos pobres vínculos afectivos y carencia de vínculos de sostén y cuidado, situaciones que en los niños, niñas y adolescentes se ve manifestado en sus comportamientos hipersexuales, autoagresivos y heteroagresivos.

Se encuentran en menor medida familias, que al decir de Moguillansky (2013), corresponderían a la categorización de familias Mesiánicas;

Viñeta Clínica Uno.

P es hijo único, vive con su madre y su padrastro, pertenecientes a la clase obrera, de los que se puede observar, que están en casa por lapsos cortos; ninguno de los dos representa alguna figura de autoridad y control, mucho menos su padrastro, quien se evidencia más bien ausente.

P, a sus 11 años, llega con Historia de Atención (que se escribirá más adelante solamente como H.A), donde se evidencia que está diagnosticado con Trastorno Opositor Desafiante y Perturbación de la actividad y de la atención, tiene un historial delictivo, múltiples robos en la unidad residencial que vive, a pesar de que no le hace falta nada material y que su madre suple cada una de sus necesidades y caprichos; ha robado en múltiples ocasiones, aparatos celulares de alta gama, computadores y dinero. De su discurso se cita: “me pasé de balcón a balcón en el piso 13 y no me daba miedo... y abrí la puerta del balcón con un desarmador”.

Realiza ingresos a los departamentos de sus vecinos, ingresando por los balcones, incluso por la puerta principal, haciendo un estudio minucioso, muy racional, de los tiempos en los que los ocupantes de los departamentos se encuentran en sus actividades fuera y dentro del mismo. Relata que en algunas ocasiones ingresa para jugar con las consolas de sus vecinos, dejando “todo igual y sin robar nada”. P, demuestra un excelente manejo y destreza en la utilización de la tecnología.

La madre, justifica algunas de sus actuaciones y está altamente preocupada por que sus vecinos interpondrán acciones judiciales y determinan que su hijo, representa un peligro para la comunidad. De esta manera, se moviliza su angustia y acude al ICBF para que le realicen un tratamiento y así, evadir cualquier tipo de acusación legal para él.

En el corto tiempo de internación, se evidencian quejas de la madre, llamadas repetitivas en cada jornada, irrumpiendo la normatividad de las mismas. Las llamadas, se realizan en un determinado día de semana, situación explicada a la madre desde el primer contacto que tuvo con la Modalidad, de igual manera, se le explicó, que la normativa establecida, hacía referencia a que en un primer periodo de adaptación, las llamadas serían menos frecuentes; sin embargo, sus exigencias aumentaron en demasía, al igual que su ansiedad e inseguridad, demandaba día e incluso noche, dado que de alguna manera, obtuvo los contactos personales del equipo interdisciplinario, exigiendo que le pasen a su hijo vía telefónica; las demandas, continuaron siendo en todo momento, sin importar la actividad terapéutica que su hijo se encontrara realizando.

Cómo consecuencia frente a los llamados insistentes y en proporción a los mismos, del aumento al tono con el que se refería con el personal de la Modalidad, fue llamada a las instalaciones de la Modalidad para establecer y al mismo tiempo, exponerle nuevamente los objetivos, accionar terapéutico y los respectivos compromisos que se esperaban de su parte. La madre de P, asistió y fue atendida por el equipo psicosocial. Sin embargo, la separación con su hijo, hacía que se evidenciaran altos niveles de ansiedad, un manejo del discurso con juicios de valor en contra del proceso de internación, exponiendo: "tienen a mi hijo cautivo, no sé qué le están haciendo", denotando así, una gran dificultad para entender lo referido al proceso, negando toda la necesidad que su hijo pudiera tener y así mismo su propia necesidad.

De igual manera, expuso que él no puede estar todo el tiempo haciendo lo que le digan, porque es quien impone las reglas en el hogar, puesto que permanece en casa y la mayor parte del tiempo, está solo. Ella expuso que es trabajadora de tiempo completo y también, se evidencia que maneja en ciertos momentos actitudes de sumisión, permitiendo que su hijo, realice cada idea que se le ocurra, sin ningún miedo a consecuencias por faltar a las reglas, debido a que no se han establecido en el presente de esta configuración familiar.

La madre maneja un estilo adolescente, según su relato, ha sido carente de poder, con imposibilidad para ejercer su rol dentro de la familia, al contrario de esto, es P quien la domina, engaña y controla.

Considerándose de esta manera, una familia cuya constitución puede enmarcarse dentro del tipo de "familias Mesiánicas" (Moguillansky. R y Nussbaum. S 2013), como se explicita, dado que se evidencian características de difusa normatividad, cortos lazos de comunicación, el engaño puede entenderse como fuente

de organización y homeóstasis negativa, mantenimiento el vínculo, situaciones que, a su vez, revelan las inconsistencias vinculares existentes.

Por su parte P, se evidencia tranquilo, exponiendo cada uno de sus actos con total normalidad, ausente de culpa, sin admirarse por la irrupción que realiza de la privacidad de sus vecinos, sin denotar consecuencias de su accionar delictivo. Se evidencia, “como si” no existiera un error en su actuar, una comprensión de los límites que esta irrumpiendo, ni tampoco de los límites en general de la sociedad, su relación con los objetos, carece del valor de sujetos de los mismos, constituidos en el vínculo establecido con una madre que ha cohibido la presentación de un mundo externo adecuada, porque parece vivir bajo aquella “enfermedad esquizoide” planteada por Winnicott y siendo normal, en aquel proceso de constitución del self, permitido por el despliegue de las potencialidades.

De manera ilusoria, la madre considera que frente a su hijo y su dinámica familiar, “todo es normal”, y que por su parte, los demás están equivocados, juzgando los actos de su hijo, sin entenderlo. La emocionalidad de la diada no evidencia una madre proveedora de un sostén, consistencia de seguridad y confianza, evidencia en tanto, una madre de exagerada preocupación, como si quisiera que P, fuera una parte de ella, una prolongación de sí misma, totalizante, sobreprotectora y que sufre la separación con extrema ansiedad, con terror al derrumbe, con miedo a dejar de existir. La madre de P, ha influido con su idealización, relación sin límites y diferenciación, en la conformación de un falso self, cuyo discurso es una repetición, una alienación, encarnación del primer Otro (Greiser, 2012): “quiero lo mejor para mi madre, quiero dejar de hacer cosas malas”, sin existir la connotación de sus actos, con una emocionalidad fría, plana, escalofriante e impropia.

P, es tranquilo, es un seductor, carente de juicio y culpa. Con un historial delictivo que actúa en llamado de urgencia a una madre que le proporcione sostén y límites para sentir vida propia. La relación simbiótica, pareciera evidenciar la culpa de una madre ausente emocionalmente en los primeros años de vida, que quiso remediarlo en el tiempo, en medio de su ansiedad, evadiendo toda organización normativa en P, sin embargo, escudriñando un poco más, puede pensarse que a pesar de ése tiempo de separación física, pareciera estar fijada, al decir de Winnicott, en el vínculo de “identificación primaria”, buscando así, satisfacer las necesidades primarias, mediante “la preocupación maternal primaria” expresada por Paineira (1997) como aquella que:

Constituye un estado especial de replegamiento de la madre, que se desconecta del medio y se centra en su bebé, ya en los últimos meses del embarazo, constituyendo ese estado una "enfermedad esquizoide normal" de la cual la madre se va recuperando gradualmente, a medida que el bebé necesita que comience a fallar, proporcionando una adaptación mas laxa, que permita la expansión del hijo. (p. 69)

Evidenciándose con ello, que esa recuperación expresada, aún no ha sido experimentada y por el contrario, se puede vislumbrar latente la "introyección masiva del medio ambiente patológico", aquella que ha encarnado el Falso Self de P, con un "intelecto desencarnado" a su vez, con vida falsa, con una vida artificial. (Painceira, 1997, p, 64)

Pese a la necesidad de un tratamiento conjunto y la orientación expresada a la madre, para que acuda y solicite asistencia psicológica por parte de su EPS, ella actúa guiada por la negación y la obstinación de tener a su hijo cerca, a su alcance; así, interpone frente al tratamiento de internación, cualquier cantidad de quejas, expresadas a la Autoridad Administrativa Competente (AAC) de ICBF, quien decide evitar problemas y así, P, es retirado por voluntad de su madre de las instalaciones.

La separación fue sentida por la madre con tal desesperación, que podría pensarse como la configuración de la "patología de la ilusión", que la llevó a buscar las vías y acciones necesarias para que su hijo vuelva a su lado, siendo él único lugar donde ella considera que P está bien, siendo ése, el campo ilusorio "absoluto", sin permitir un orden ajeno; constituyendo así, una configuración familiar con dificultades en su constitución narcisista, "que está centrada en el lugar del hijo", siendo éste el organizador de la familia.

A su vez, los dos carentes de identidad propia, siendo P, como aquel alimento que da sustento necesario para la existencia de la madre, que sufre a la desfragmentación, al vacío a la inexistencia de vida psíquica. Una existencia mutada, que no ha permitido que se realice separación y límite y que por tanto, P, busca en el extremo del peligro, la instauración de la norma, alicientes para sentirse vivo, lugares donde encontrarse a sí mismo, donde se diferencie de la madre para emprender su propia existencia.

Sin embargo, P, tiene una madre que quiere seguir siendo el ambiente, de manera totalizadora, sin permitir que su diferenciación dé vida psíquica propia a P, a pesar de que éste, lo pide a gritos. Lo que también puede pensarse desde Lacan, en tanto ubica al Otro materno, como madre agente de lo simbólico cuando por su ausencia le posibilita el llamado del sujeto, constituyéndose en ese momento, la

localización a otro mediante dicho llamado. Según sea la respuesta de la madre a dicho llamado, si bien responde con el objeto de la necesidad o por su parte, oficia como agente simbólico introduciendo la falta necesaria para que el sujeto se inserte en la dialéctica simbólica de los dones y el intercambio; desde tal escena, todos los objetos serán signos de su amor, en tanto el amor consiste en dar lo que no se tiene. Cuando la falta funciona a nivel de objeto real y no permite sustitutos, sin entrar en el juego simbólico del intercambio, cuando el sujeto reivindica con demanda de exigencia, hay frustración a nivel del goce (Greiser, 2012). Lo que puede leerse desde una madre que no alcanza con su respuesta a insertar el juego simbólico originando frustración a nivel del goce y así:

En una clínica los pasajes del acto que van desde la anorexia y la bulimia a la drogadicción y los pasajes al acto delictivos pueden ser leídos desde la reivindicación del derecho al goce. Se trata de sujetos que consideran que no han recibido el don del Otro (...) Los pasajes al acto delictivos dan cuenta de una repetición, en la cual el sujeto no encuentra un anudamiento que regule ese imperativo de goce imposible de frenar. (Greiser, 2012, pp11-12).

De igual manera, se evidencian las familias restantes, con una configuración que carece de sostén, marco social, económico y emocional, situaciones que no les permiten contener ni tramitar las emociones, así que tampoco cuentan con capacidad para procesar los conflictos familiares, sentirse parte de una ilusión, sentirla y vivir en la familiaridad. Se evidencian en estas familias, vínculos inestables, precariedad para sostener a los hijos, incapacidad para retenerlos y responsabilizarse de su destino. (Moguillansky et al, 2013). La familiaridad se ha perdido.

Viñeta Clínica Dos.

C, tiene trece años, llega trasladado de un Hogar Sustituto, en los documentos de su Historia de Atención (H.A), se evidencia que desde hace cinco años se encuentra con un PARD que denota frecuentes cambios de modalidad, debido a que se evade de todas las instalaciones donde lo han ubicado. Se evidencia diagnosticado con: Discapacidad intelectual con deterioro del comportamiento, Trastorno del comportamiento y Otros trastornos hiperquineticos. Ha sido trasladado de modalidades iniciales a internados de vulneración en dos departamentos del País, de los cuales ha huido y próximo a esto, ha sido encontrado por Policía de Infancia y Adolescencia.

La AAC de ICBF que lleva el caso, la que actúa en la Defensoría de Familia, expone que “no sabe donde ubicarlo, porque de todas partes se evade, la Policía lo

identifica sin problema", lleva aproximadamente tres hogares sustitutos de donde se ha evadido. Expone también, que C, hace parte de una familia reconstituida, tiene hermanos y vivía con la pareja de su padre; de su madre se sabe que vive en un departamento alejado, quien abandonó a C, a sus hermanos y a su padre hace aproximadamente nueve años, y que es una madre a la que no le interesa saber nada de sus hijos y mucho menos establecer un contacto.

Así mismo, se relata que desde la apertura del PARD, se ha enviado gran cantidad de mensajes desde los distintos medios de comunicación a su padre, sin embargo, él no ha dado respuesta a ninguno, le han expuesto que C, está próximo a ser declarado en Adoptabilidad, porque tampoco se evidencia familia extensa o red vincular alguna. Sin embargo, su padre se torna ausente.

Siendo esa, la historia con la que llega C, sus recuerdos, pasan a ser los que existen es su historia clínica, contenidos a su vez en la H.A, los mismos dan cuenta de sus evasiones, medicamentos y diagnósticos, sin embargo no se encuentra el material clínico de los equipos interdisciplinarios que lo han atendido, no se conoce acerca de su psiquismo, de las intervenciones psicológicas que ha recibido, se sabe que sus madres sustitutas y el profesional han firmado una asistencia. No se sabe de su historia, su biografía parece borrada, no hay rastro de subjetividad, situaciones que no sólo se evidencian en C, son encontradas en cada usuario.

Por su parte, C, es ansioso, constantemente busca el espacio y lugar apropiado para evadirse de las instalaciones de la modalidad, no establece contacto visual, expone querer irse, estar aburrido y ser incomprendido. En su discurso repite constantemente querer volver a su hogar, sin embargo, al preguntarle en donde está su hogar, responde de maneras diferentes, algunas veces, nombra a las madres sustitutas que se han hecho cargo de él, porque le preparaban alguna comida rica, otras veces, hace referencia a algún internado donde alguien le "caía bien", en otros momentos, expone que quiere estar a lado de su padre, y así, cada vez, que tiene un recuerdo, sea un abrazo, alimento o gesto, expone que quiere volver a ése lugar donde alguien se lo facilitó.

Con lo anterior, puede decirse que no se evidencia que C, Vive en la extrañeza, no presenta ningún arraigo, ningún vínculo fuerte y de sostén, no se evidencia sentido de pertenencia, de identidad, su ser mantiene errante, queda instalado precariamente en cada lugar, lo que sostiene la condición para las futuras partidas, queda atrapado en el devenir de lo que hagan con él, a fin de hallar algo en otro sitio, sin saber donde se siente a gusto, sin saber qué parte de su historia es la que él ha vivido como protagonista, sin confianza en su entorno ni en las personas a su alrededor.

Durante aproximadamente seis meses, realiza constantes evasiones de la modalidad, accionadas de diversas maneras, algunas de ellas son llevadas a cabo en compañía, motivando a algún otro usuario o grupo de ellos o así mismo, siendo motivado por alguno de ellos. En muchas ocasiones, se torna heteroagresivo, dentro y fuera de la modalidad mientras se encuentra evadido, ha sido agresor de la Policía Nacional y de diferentes trabajadores de la modalidad, situaciones que en conjunto, han preescrito medidas de contención mecánica y así mismo, traslados a Hospitales Psiquiátricos.

Sin embargo, se siente incompleto, inconforme, sin entender lo que pasa en su realidad, queriendo salir de ella a como dé lugar, buscando algún afecto, sin saber de qué se trata, confundido, avergonzado por una homosexualidad latente, sin dimensión del tiempo, ni límite entre lo bueno y lo malo. Sin porvenir, sin reaseguro, con vivencia de estados emocionales terroríficos que lo abruman. Con una identidad "como si", que le permite por momentos muy cortos sentirse alguien para alguien de su entorno, sin embargo, la amenaza frente al vacío, lo envuelve constantemente y no hace más que huir para poder sentirse existente.

Después de un año, las evasiones han disminuido, ha logrado establecer cierto vínculo con el personal de la modalidad y sus compañeros. Por su parte, en terapia, ha logrado expresar situaciones familiares y se ha permitido contar experiencias, sueños, motivaciones y miedos. Se logró un vínculo transferencial, en medio de su agresividad y otras veces, de su emocional plana, dicho vínculo se tornó aliciente para que inicie un proceso de pertenencia, que le orientara a saber, conocer y estructurar sobre su verdadero self y ha alejarse de aquel C, que la historia había construido.

C, pasó de sentirse cómo el estigmatizado, pasó de ser el personaje al que no querían recibir en ningún hogar sustito o fundación, debido al miedo por su evasión o agresividad, a contemplarse como un ser que tenía miedo a la soledad, un C, que salió de casa y huyó de ella, por el maltrato proporcionado principalmente por su madrastra y además, por necesidades básicas que su padre, no podía suplir. Comprendió, que mientras no se sintiera perteneciente y fuera contenido, iba a seguir huyendo y que el principal motivo de huida, era porque prefería esto, en lugar de permitirse sentir el gran dolor que dejó la partida de su madre y seguido, al dolor que sintió, cuando después de contarle a su padre sobre los castigos que recibía por la pareja de éste y él, no se inmutará y tomará una acción protectora para su hijo.

Con el transcurrir de su tratamiento, si bien se propendieron en C, el darse cuenta, el historiarse, el permitirse sentir y descubrir su verdadero Self, también se vio abatido por un constante pasaje al acto, episodios de evasiones, heteroagresividad y

en menor frecuencia, de hipersexualidad. El vínculo, tuvo que soportarlo para poder llegar a esos lugares que requerían elaboración. Sin embargo, cada vez, alcanzaba mayor interiorización, evidenciando un proceso de resignificación de sus experiencias, introyección, el entorno le otorgó la familiaridad que le habían arrebatado, el vínculo transferencial que lo contuvo frente a la constante huida, permitió encontrar reaseguro y se expresaron también en cambios conductuales.

De igual manera, cabe resaltar el lugar que ocupa C para el Otro materno, dada la situación que atañe para su constitución subjetiva, teniendo en cuenta la repetición de sus pasajes al acto de evasión, una madre que lo evade trazando su destino.

Al cumplirse aproximadamente dos años de internación, su familia no fue encontrada, por lo que la AAC, lo declaró en adoptabilidad, situación que derrumbó emocionalmente a C, llevándolo a una gran confusión, miedo e incertidumbre, nuevamente el vacío lo encontró, sin embargo, fueron situaciones que fueron recibidas y afrontadas por un psiquismo más fuerte, lograron debilitarlo por un tiempo y amenazarlo, vivenciando nuevamente, profundas crisis de ira, desconcierto y comportamientos de evasión...

Con este caso, se puede evidenciar una configuración familiar, incapaz de proveer contención, sin estructura propia, con una falla en su constitución, signada por el déficit de un zócalo narcisista, incapaces de mantener una ilusión que dé fundamento de pertenencia. (Moguillansky, 2013). Configuraciones que se evidencian existentes en el momento de ingreso de los usuarios a la modalidad y que por los pobres vínculos y demás características, van perdiendo el poco contacto que existe y así, los usuarios son declarados en adoptabilidad.

Situaciones y configuraciones, que se evidencian también, en los usuarios que al ingresar a la modalidad, ya hacían parte del grupo de los llamados: *hijos del Estado*, cuyas familias, carentes de ilusión de pertenencia y por ende, de ideales y estructuras familiares, fueron desapareciendo, desatendiendo a su responsabilidad y renunciando a cualquier vínculo que haya podido constituirse. Dejando en los usuarios, huellas mnémicas y puntos de fijación de gran repercusión en su constitución psíquica.

La repercusión se asienta, sabiendo que “es en el seno de los vínculos familiares en donde surge la dimensión inconsciente del sentimiento de identidad personal” (Rotemberg, 2016, p. 177), teniendo en cuenta ese papel primordial de la familia en la constitución del psiquismo, siendo la base para la conformación del vínculo con lo cotidiano, con la delimitación del mundo interior y exterior, permitiendo

el conocimiento y desarrollo en el ambiente, regulando sus leyes mediante identificaciones delimitantes, permitiéndole al Yo naciente, ser dueño de sí mismo.

Se establece así, la dependencia existente entre los vínculos familiares y la identidad; situaciones con las que se puede realizar un esbozo sobre las características de los usuarios y su identidad naciente desde la familiaridad, siendo para ellos, una familiaridad perdida, que ha acotado los referentes confiables, que no les ha permitido reconocerse a sí mismos como protagonistas de su historia, que no les ha permitido percibir continuidad en el devenir, sino por el contrario, les ha desencadenado amenaza al sentimiento de identidad.

Provocando a su vez, que la conciencia, la que también otorga basamento al sentimiento de identidad, posea un entramado dificultoso para la vivencia del mundo y del sí mismo. Consiguiendo una inestabilidad constante en estos seres, ligados al dolor, al terror, a la angustia, al espanto, a lo *siniestro*, conciencia, con la que deben asumir los cambios existenciales, sintiéndose un el borde en la desestructuración, con percepciones del entorno que no ilustran confiabilidad.

Así, la afectación ha sido tal, que en los usuarios puede denotarse en los trastornos del Yo que sostienen, vinculados al sentimiento de lo siniestro, siendo aquellos que para Freud (1919) "Consisten aquellos en una regresión a la época en que el Yo aun no se había demarcado netamente frente al mundo externo y al prójimo" (citado en Rotemberg, 2016, p. 185). Manteniendo un Yo, que no es dueño de sí, que no tiene límites entre lo bueno y lo malo, que está envuelto en el pensamiento transivista y que tal y como se ejemplifica en C, no encuentran argumento familiar vincular que instale un lugar de referencia o marcas constitutivas, sintiéndose errante en cualquier lugar que se encuentre, al borde de la desfragmentación, demolición y no existencia.

Caracterización de los Usuarios

“De lo que soy

En este cuerpo
En el cual la vida ya anochece
Vivo yo
Vientre blando y cabeza calva
Pocos dientes
Y yo adentro
Como un condenado
Estoy adentro y estoy enamorado
Y estoy viejo...”

(Gómez, 2004, p. 99)

Los usuarios, principalmente se encuentran diagnosticados con diferentes patologías psiquiátricas, en mayor medida: con Trastorno de la conducta y del comportamiento y Trastorno disocial de la Conducta. Con menor frecuencia, pero igual de importantes, son los trastornos de ansiedad, depresión y esquizofrenia que cursan, entre otros. Dichos trastornos, se encuentran establecidos según criterio especializado, evidenciando también, que en su mayoría, existen comorbilidades psiquiátricas; el 90% de los usuarios presenta a su vez discapacidad intelectual y otros trastornos del neurodesarrollo.

A pesar de que la población perteneciente a la modalidad, está delimitada por el ICBF en su caracterización, el mismo, ordenó ingresos de usuarios con patologías que requerían otro tipo de internación, tal como: Internado de Enfermedad de Cuidado Especial y también, Internado de Discapacidad Intelectual; que para dichos internados, se evidencian delimitados también los diagnósticos y caracterización, teniendo en cuenta, los objetivos de cada tratamiento.

Sin embargo, en el momento que se da apertura a la modalidad, el ICBF, realiza ingreso de usuarios, por ejemplo, con diagnósticos de Discapacidad Intelectual (DI) Profunda- Otros Trastornos Mentales Especificados Debido a Lesiones y Disfunción Cerebral- Enfermedad Física - Trastorno Generalizado del Desarrollo.

Viñeta Clínica Tres.

Dicho diagnóstico, corresponde a B, un usuario que requiere asistencia constante debido a su dependencia severa para realizar las actividades básicas de la vida diaria; de igual manera, las disfunciones cerebrales que presenta, evidencian repercusiones en el lenguaje, solamente, emite sonidos guturales, monótonos, gritos y ecolalia, sin función pragmática aparente; repercusiones en la marcha, la que debe ser asistida la mayor parte del tiempo por las imposibilidades locomotoras que presenta, con su cuerpo presenta un balanceo constante, que aumenta en presencia de personas desconocidas, requiere además, acompañamiento constante debido a su auto y heteroagresión.

Se le dificulta presenciar en un espacio cerrado a otros usuarios que realicen mucho ruido, que conversen o se muevan demasiado, en esas ocasiones también se balancea y puede hacerlo tan fuerte que busca golpearse con las paredes, situación por la cuál, requiere un escenario que le brinde mayor tranquilidad para su estadía y manejo de sus comorbilidades. En un principio, la compañía, incluso del personal de la Modalidad, parecía molestarle, a diferencia del hospedaje, parecía sentirse amenazado.

Así mismo, debido a su lesión y disfunción cerebral, requiere atención constante con los especialistas tratantes, por lo cual, tiene que ser trasladado múltiples veces y contar con personal del talento humano, el que ya tiene actividades agendadas con la población objetivo de la modalidad, incidiendo así, en la operación de las actividades programadas.

Sin embargo, a pesar de las limitaciones del espacio, la privación sensorial evidenciada, las dificultades en sus habilidades sociales y el cuadro diagnóstico; B, logró reconocer a los usuarios con los que comparte instalaciones, compartir su espacio, reconoce al personal que está bajo su cuidado, disminuyendo su ansiedad y evitación frente a la compañía, realizando intercambios de expresiones emocionales, disminuyendo su auto y heteroagresión, manteniendo estabilidad frente a su diagnóstico de glaucoma maligno, que había hecho que perdiera visión de uno de sus ojos, situación anterior a su ingreso a la Modalidad.

Pese a la gravedad de su DI, de manera proporcional a los cuidados, sostén y establecimiento de un coloquio de relación afectiva con el personal de la modalidad y los demás usuarios, mediante el tacto, el sonido de la voz y el ritmo, entre otras actividades de estimulación y reaseguro, se evidenciaron también, de manera progresiva, una mejoría en la alimentación, el sueño y vigilia y cierto tipo de habilidades y conductas motoras que denotan estabilidad-movilidad, como son, las

habilidades motoras rudimentarias, básicas y generales, por ejemplo, en la marcha, la que pasó de un inicio, en el que sus brazos arrastraban la totalidad de su cuerpo, a un proceso de desplegamiento paulatino de su tronco y extremidades, logrando postura bípeda, caminata y luego, a grandes velocidades y con un característico, parado en puntas de los pies, el advenimiento de la carrera.

Así mismo, emitió un repertorio de palabras claras, no mayor a diez, que si bien, podían ser producto de la repetición, las manejaba consecuentes al contexto, palabras como: mamá, bebé (haciendo alusión a sí mismo), carro, agua, papá, papa, niño, entre otras. Se lograron conocer mediante sus gestos, los gustos en la comida, aceptando o negándose a probarla y también, sus gustos musicales, repitiendo las palabras finales y frases y realizando movimientos con su cuerpo, demostrando un baile. Estableció respuesta al llamado a su nombre y en general, se evidenciaron grandes y satisfactorios logros en su desarrollo psicomotor y psíquico.

Así como este caso, que logró un ingreso, a una modalidad que ofrecía diferentes servicios a los requeridos, se evidenciaron otros casos más, con las condiciones similares; la justificación de ingreso por parte de la AAC, exponía que los hogares sustitutos que habían estado a su cargo, requerían esos cupos para que otros usuarios ingresaran.

A pesar de sus condiciones, éste grupo de usuarios, que requerían apoyos personalizados para el desarrollo de las actividades de la vida diaria, que presentaban grandes dificultades de adaptación al entorno y que a su vez, requerían cuidado constante, por ser vulnerables al abuso, manipulación y posiblemente, a ser víctimas o correr cualquier tipo de riesgo, frente a la población de DMPS, fueron internados en la modalidad, denominándoseles: Grupo de usuarios Dependientes, que a su vez, pertenecía al gran grupo de usuarios en situación de adoptabilidad, que ya habían alcanzado la mayoría de edad y sobrepasándola en casi todos los casos.

Para estos casos, por ejemplo, que llevan aproximadamente con un mínimo de ocho años a la espera de una familia, se infiere y conoce, que por su condición, la esperanza de adopción se mantendrá bastante lejana. A pesar, de que los procedimientos implementados por la Subdirección de Adopciones fueron diseñados e implementados, de manera específica para esta población, denominándosele población con necesidades especiales, siendo una categorización que abarca a todos los usuarios que presentan condiciones de discapacidad mental, intelectual, sensorial, comportamental, raza, edad o pertenencia a un grupo de hermanos; se sabe que son situaciones que complejizan el encuentro de una familia adoptante. (Lineamiento Técnico Administrativo del Programa de Adopción, 2021)

Así, pese a la especificidad de las acciones, cabe tener en cuenta, que la discapacidad dentro del Programa de Adopciones del ICBF (2021), es considerada una condición que genera discriminación, así mismo, disminuye las posibilidades de adopción, evidenciando la dificultad para familias se encuentren en lista de espera para esta población. (pp. 28, 36).

Si bien, en muchos casos, se desconoce el motivo de abandono de los usuarios, tanto de los que presentan necesidades especiales como de los demás, que hacen parte del grupo de discapacidad, se puede inferir sin dificultad, que las condiciones fueron de extremo conflicto y carencias, siendo que estuvieron expuestos a ellas, desde su edad más temprana.

Con lo anterior, se realiza una caracterización, que tiene en cuenta que cada una de las vivencias, por su singularidad y huella mnémica fijada, realizó una constitución psíquica diferente, alcanzando un tipo de estructuración determinado. Teniendo en cuenta a Freud, en tanto considera “que en todo sujeto hay una oscilación constante entre las cargas narcisistas y las objetales, lo que los diferencia es el tipo de estructuración narcisista alcanzada por cada sujeto” (Citado en Rotemberg, 2016, p. 114). De esta manera, el Yo del narcisismo adquiere diferentes características y le concede a su vez, un papel diferente al objeto, así, puede encontrarse en un estadio del Narcisismo Primario, Secundario o Complejo de Edipo.

Por su parte, los usuarios presentan relaciones con el objeto muy precarias, denotando así, ansiedad, sufrimiento y amenaza constante, presentan dificultades en la configuración de su identidad, carácter y también, en la delimitación entre interno y externo, lo que conforma perturbaciones serias en su contacto con el mundo exterior.

Según los datos del SIM, se puede conocer que los motivos de ingreso de los niños, niñas y adolescentes en situación de adoptabilidad son: “condiciones relativas a sus cuidadores (24%), abandono (16%), maltrato (13%), omisión o negligencia (13%), abuso sexual (6%), situaciones de amenaza a su integridad (4%) y desnutrición (3%)” y el restante del porcentaje, abarca situaciones desde la “vida en calle (expósito), violencia intrafamiliar, huérfanos a causa de la violencia armada, hasta presunto consumo de psicoactivos, etc.” constituyendo un 21% de la población de los 5.467 usuarios del ICBF, que se encuentran actualmente en situación jurídica de adoptabilidad. (Lineamiento Técnico Administrativo del Programa de Adopción, 2021).

Así como este grupo de usuarios dependientes, ingresaron también, usuarios que manejaban un historial ya conocido en las otras modalidades existentes del ICBF, en mayor medida, de Hogares Sustitutos y también, en los Hospitales Psiquiátricos, que presentaban una sintomatología de heteroagresión, oposición, disrupción,

impulsividad, hipersexualidad, hiperquinesia y en su mayoría, presentando comorbilidades a DI de tipo leve y moderada.

Cabe recalcar que todas estas situaciones por las cuales los usuarios han ingresado al ICBF, desencadenaron en ellos, dificultades en el desarrollo e incidieron a su vez, en integraciones precarias de su psiquismo. Dichas dificultades en el desarrollo, ocasionan:

Pautas irregulares de funcionamiento mental, guarda cierta relación con la génesis de estados patológicos del carácter (...) en ellos sucede que lo que el self ha percibido como amenazas a su integridad fue generando en forma progresiva cierto grado de estímulos, parálisis emocional y fenómenos de apego patológicos. (Ortiz, 2014, p. 159).

Los usuarios, presenciaron una falla primordial en las funciones que provee la diada madre-hijo, de tal manera que la protección que tuvo que ejercerse para proteger la identidad de su si mismo, la organización de su personalidad y carácter se presenta frágil e inestable.

Las edades de los usuarios, se comprenden entre los siete a veinte años de edad; siendo aquellos que presentaban mayoría de edad, los que se mantenían bajo la protección de ICBF, teniendo en cuenta que estaban en situación de adoptabilidad. Encontrándose también, que un porcentaje del 38% de los niños, niñas y adolescentes, contaban con vinculación en el sector educativo, con un 62% restante de usuarios sin vinculación educativa previa y sin información al respecto.

Para el manejo del diario vivir de los usuarios, se organizaron dos subgrupos más, teniendo en cuenta la presentación de la DI, así, una mayor parte del personal, presentaba las ayudas requeridas al grupo B, de DI moderada y mientras tanto, la otra organización de talento humano, atendía las necesidades de los usuarios con DI Leve o sin ella, que hacen parte del Grupo A.

Como característico de los beneficiarios, se evidencia la dificultad para respetar el espacio del otro, en algunos casos, es tal la indiferencia que por ejemplo, pueden caminar sobre uno de sus compañeros, a su vez, la respuesta de éste que ha sido pisado, será de agresión o en otros casos, pasar por desapercibidos; tienen dificultad para establecer límites físicos, emocionales, de cuidado y amor propio, pueden expresar sentirse vivos, si se encuentran al lado de cierto compañero, queriendo fusionarse, buscando mantenerse pegado a su piel, sintiéndose uno con el otro.

En otras situaciones, la relación es de rivalidad constante e irritabilidad, evidenciando incomprensión desde lo que denota la espera por un turno, de formar

una fila, sea para recibir su medicamento, alimentación o para ingresar al baño, entre otras. Cabe resaltar también, la impresionante necesidad de atención, las relaciones de dependencia y apego o por el contrario, la necesidad de soledad o retraimiento.

Dichas respuestas de inhibición o de hiperactividad y agitación, son características de sujetos que han presentado estrés agudo, situaciones a las que los usuarios, han estado expuestos durante su vida. Lo que también genera "movilización de la agresión y las fantasías de venganza, cuyo abordaje, además de una función de descarga catártica, permite lo que podríamos llamar la metabolización psíquica del trauma y logra destrabar el desarrollo evolutivo que a veces se detiene o altera en algunos sectores." (Ortiz, 2014, p. 161).

Por su parte, se evidencia en este aspecto, la paradójica realidad nombrada anteriormente, paradoja que involucra a la institución que los cobija y a su vez, vela por el restablecimiento de sus derechos, manejando como eje fundamental que se propenda la instauración en los proyectos de vida, la ideología de percibirse a sí mismos como seres de derechos y seres sociales en primera instancia, siendo una ideología que debe constituirse en su psique, en la medida que están alejados de la sociedad, en la medida que no pueden establecer vínculos seguros, en la medida que su Yo no ha logrado identificación, límites o existencia que lo contenga sin amenaza.

Los usuarios también se caracterizan, por la esperanza que mantienen día a día; algunos, manejan una esperanza de que, en la distancia, la persona encargada jurídicamente (perteneciente a la institución) de sus procesos de restablecimiento de derechos, quien es la persona que el Estado ha determinado como defensora y representante, les realice una visita, por lo menos, una vez por año.

Siendo esta persona la AAC, quien dirige el accionar legal y por lo tanto, dictamina el lugar en el que cada usuario debe residir, mantienen la esperanza de que los visite y encuentre un hogar. Sin embargo, en la mayoría de los casos, es una figura ausente.

Cada uno de los usuarios, tiene una AAC y con esta figura, una bina psicosocial y un profesional de nutrición a su cargo, conformando un equipo interdisciplinario, quienes deberían estar en contacto constante, realizando periódicamente visitas y estudios de caso, junto con el equipo interdisciplinario de la Modalidad. El objetivo de los estudios de caso es evaluar los avances y en los casos en los que el usuario se encuentra en situación de adoptabilidad, tiene el objetivo de desarrollar evaluación de manera proporcional al cumplimiento de objetivos, y así, buscar una modalidad, como lo es hogar sustituto, para que el usuario tenga un lugar, una familia en la que pueda reintegrarse, sin embargo, algunos de los beneficiarios,

así mismo como conocen a su AAC, tampoco conocen a su equipo interdisciplinario, siendo éstas figuras de autoridad competentes, las que por ausencia se han convertido en figuras idealizadas que algún día llegarán.

En otros casos, se evidencia que el defensor de familia asignado, por motivos legales ha sido trasladado a otra instancia dentro del ICBF, siendo así, que los procesos de los usuarios, quedan en manos de otra persona, quien lo retomará. Y mientras todas estas instancias se reincorporan, conocen y hacen un encuadre, los usuarios continúan en el devenir.

Algunos usuarios, cómo son, los que manejan una situación jurídica de adoptabilidad, están a cargo de las mismas personas. Este equipo interdisciplinario, en la mayoría de los casos, son las únicas personas que realizan visitas a los usuarios durante su internación. Con suerte, reciben tres visitas al año.

Por otro lado, cuando realizan la variación de la situación jurídica, cambiando de vulneración a adoptabilidad, deben realizar un duelo, de unos personajes, los que como se ha mencionado, ni siquiera son conocidos por los usuarios, sin embargo, es una situación más, de desamparo e incertidumbre a la que se ven enfrentados.

Para los usuarios que manejan cuadros de DI, en medida proporcional a su complejidad, se les dificulta más o menos, entender sobre qué trata el cambio de medida, situación jurídica o AAC, sin embargo, cuando saben que se les generará algún cambio, se evidencia en ellos una gran carga emocional, miedo a la desfragmentación, advenimiento del vacío y entonces, estallan en rebeldía, impotencia, conductas heteroagresivas y evasión. De igual manera, se presentan un abanico de comportamientos que pueden pasar desde la ausencia, el silencio rotundo, el letargo y por el contrario, pasar a tal impulsividad, donde vuelven acto, los amotinamientos y evasiones.

Con lo anterior, los sentimientos de desesperanza de esta población se acentúan, aumenta el desasosiego y al contrario de realizar un proceso en el que se asuman como seres sociales, hace que los interrogantes frente a su presente y futuro aumenten, provocando que sus comorbilidades psiquiátricas fortalezcan su cronicidad y que se sientan cada vez más aislados del mundo de los adultos.

Los pocos usuarios que cuentan con familia y que ésta, vive cerca de la ubicación de la modalidad, reciben una visita más seguida, siempre y cuando, éste familiar sea de su núcleo familiar. En los casos, de tener una familia extensa, pueden recibir una visita con periodicidad de seis meses. Sin embargo, la mayoría de los usuarios no reciben ningún tipo de visita.

Por su parte, esta mayoría de usuarios, mantienen la esperanza de poder ser aceptados por algún hogar sustituto, algunos, según sus patologías, alcanzan a comprender que este tipo de configuración familiar sustituta estará a su cargo, siendo la ocupación laboral de la misma.

Otra parte del grupo de usuarios, presenta mayor dificultad para comprenderlo, confundiendo entre familia sustituta y adoptante; a pesar de esto, anhelan hacer parte de alguna familia, tener mayor privacidad, pertenecer a un lugar, a una historia, contar con cuidados, cariño, confianza y que la suerte de su devenir termine en algún momento.

Así, la estancia de los usuarios, se asemeja a la exclusión vivida por los leprosos en la Edad Media, lugar heredado para las enfermedades venéreas en el mundo clásico y más tarde, en el Renacimiento, confrontado a la figuración simbólica de la “Nave de los locos”, aludiendo a los barcos que transportaban entre las ciudades a los locos, quienes vivían errantes, expulsados y confiados a los barqueros y marineros; algunos otros, prisioneros, alojados en los lugares de peregrinación y en cualquiera de los casos, exiliados, evitando que se encuentren bajo los muros de las ciudades, manteniéndolos lejos y prisioneros de su propio viaje. Foucault, M. (2009).

A pesar de que los tiempos están plasmados documentalmente para la Modalidad de Internado de DMPS, se forja una brecha distante en la realidad de los usuarios, siendo los que accederán a un confinamiento eterno, en principio acaecido al grupo de los usuarios Dependientes.

Por el contrario de estas situaciones, los casos a cargo de AAC, que incurren en extremados manejos del tiempo de cada una de las fases de internación, que incluso, sin tomar en cuenta, a los tiempos que las mismas expresan en tanto al caso a caso, siendo los tiempos que la Ley determina siempre y cuando, exista la necesidad del caso, así, excede a los tiempos determinados inicialmente, convoca a la realización de estudio de caso y así, conceder los tiempos según la justificación debida. (Ley 1878 de 2018).

Sin embargo, dichas AAC, actúan dejando de lado, las necesidades subjetivas de cada proceso terapéutico, encasillándolo en tiempos administrativos de entrega que deben cumplirse a cabalidad, cómo si no se tratase de seres humanos. Situaciones tales, en los que la AAC, determina egreso, aún, conociendo los riesgos de recaídas y demás situaciones que pudiesen presentarse, actuando en el afán, bajo su voluntad, autoridad y por ende, responsabilidad.

Teniendo en cuenta el aislamiento de la sociedad, los usuarios, vivencian su internación como el encierro, el lugar que los somete a una rutina, a una normatividad

totalizante que los agobia, a un escenario en el que deben adaptarse y los obliga a desenvolverse de manera símil a una máscara para su *sí mismo*, donde la “normalidad”, será el encajar con los acuerdos del día a día sin denotar un comportamiento diferente a los demás, silenciando la historia que requiere ser expresada y así, tener la esperanza de no seguir viviendo en una privación de su libertad.

En tanto a ésta última, se puede decir que los usuarios, manejan en sus demandas continuas, querer salir de la Modalidad y ser libres, porque además de sentirse excluidos de la sociedad, sin sentirse parte de ella, sus traslados a las instalaciones fueron llevados a cabo de manera sorpresiva, a pesar de que las Fases de Internación están delimitadas, en tanto a objetivos y accionar, tal y cómo, se describió en anteriores líneas fundamentadas en la Ley 1098 y modificadas por la Ley 1878, donde se explicita que los cambios de Modalidad, llevan consigo todo un proceso de preparación, para que éstas situaciones no sean asimiladas como situaciones traumáticas, no obstante, estas delimitaciones se quedan expresas en el documento, siendo situaciones que se encuentran en las diferentes instituciones, de las cuales la UNICEF (2013) asiente y concluye que “se ha observado una importante brecha entre la norma y las prácticas institucionales”.

Encontrándose que algunos usuarios, se encontraban en Hospitales Psiquiátricos, tras haber vivenciado una crisis comportamental o alguna manifestación clínica propia de su diagnóstico, por lo tanto, al lograr estabilidad de la sintomatología, fueron enviados directamente a la Modalidad, sin conocer sobre este proceso. Por otra parte, otros usuarios, se encontraban en Hogares Sustitutos, algunos de ellos, ya habían vivenciado algún proceso de adaptación y se encontraban tranquilos; sin embargo, su cupo ya había sido aprobado por los encargados en ICBF y su traslado tenía que realizarse a cabalidad.

En otros casos, se presentaron traslados, manejando un discurso falso para los usuarios, les dijeron que iban a ser llevados a una cita al Hospital Psiquiátrico o de alguna especialidad médica, o a realizar una visita o un paseo. Otras instancias de traslado, fueron realizadas utilizando los camiones de la Policía Nacional, bajo las restricciones que presentan estas autoridades. En todos estos casos, la justificación del traslado y del proceso de internación no fue conocido por los usuarios.

Frente a ese desconocimiento, se vulneró el debido proceso de información y preparación que expone la Ley, poniendo nuevamente a los usuarios en el lugar de víctimas, exponiéndolos a situaciones traumáticas, obligando a que sus duelos sean silenciados y guardados, sin permitirles un lugar de elaboración.

Lo anterior confluyó en una compleja Fase I de IDENTIFICACIÓN, DIAGNÓSTICO Y ACOGIDA, experimentada con crisis comportamentales, melancólicas, de pasaje al acto, de ira, destruyéndolo todo a su alrededor, también a sí mismos, sin encontrar salida a su presente y por lo tanto, presentando repercusiones en el proceso de internación en general. Y lo que es más complejo, es que siguen presenciando ataques del ambiente y por lo tanto en su, sí mismo.

Al ser llevada esta situación de la manera descrita, pone al proceso de internado en un lugar diferente al que se plantea el ICBF, en el que los servicios que aspira proveer el Estado por medio del mismo, se tornan insuficientes para trabajar las dolencias, historias y subjetividades.

Así, la Modalidad, podría incurrir en la atmósfera que continúa tornándose insalubre y en la que los usuarios continúan expuestos a amenazas externas y así, sumarse a las fallas, que al decir de Massud Khan, actúan como un *trauma acumulativo*, que consolidan una especial vulnerabilidad o rasgos patológicos de carácter:

Surge como resultado de las brechas, las grietas en el papel de la madre como escudo protector en el curso del desarrollo desde la infancia hasta la adolescencia, básicamente en aquellas áreas de la experiencia en las que el chico continúa necesitando a la madre o el medio parental como un yo auxiliar para sostener y complementar sus funciones yoicas aun inmaduras. (...) deriva de la tensión y el estrés que el chico experimenta en el contexto de su dependencia de la madre. Estas fallas se cristalizan progresivamente en una estructura patológica del carácter, de modo que las fallas tienen valor de estrés patogénico (como se citó en Ortiz, 2014, p. 160).

Viñeta Clínica Cuatro.

S, tiene ocho de edad, ingresa con diagnóstico de trastorno de hiperactividad con déficit de atención y trastorno de la conducta no especificado, institucionalizado desde los seis años en diferentes Modalidades del ICBF y departamentos del País, incluso también ha transitado en internación en IPS, derivado por el sector Salud, donde atienden un gran abanico de patologías graves, consumo de sustancias psicoactivas, sin especificar edades por pabellones o espacios separados, todos los pacientes manejan un mismo cronograma y organización de actividades grupales.

Así mismo, estuvo en diferentes hogares sustitos, que comentan sobre sus comportamientos disruptivos y de una gran carga de heteroagresión, siendo uno de estos motivos, los que dictaminaron ingreso a la Modalidad. S, hurtó, destruyó dinero, golpeó a los habitantes de los hogares sustitos, en algunas ocasiones lo realizaba mientras éstos dormían, también utilizó otras formas de maltrato, daño de pertenencias y de espacios del hogar. Ocasionando gran cantidad de daños materiales y miedo en la familia sustituta, motivos por los cuales devolvieron a S a la AAC, para que analice el caso y el "peligro" que representaba para estas familias.

S, es un ser encantador, atento a todas las situaciones de su contexto, las cuales discierne, entiende con facilidad y muchas veces las utiliza a su favor. Así mismo, puede comprender los gustos de una persona y para llamar su atención, los utiliza a su favor; de ésta misma manera, también cree lograr algo de afecto; utiliza su perspicacia, para poder dar seguimiento a un tema de conversación y hasta, decir, lo que la otra persona quiere escuchar. Estas personas a las que trata de atraer, son solamente, adultos. Sus muestras de acercamiento corporales son constantes, siempre está en la búsqueda de una caricia.

Teniendo en cuenta características de hipersexualidad de los usuarios, la confusión que traen consigo en tanto al cariño, la emocionalidad, el maltrato, las recompensas recibidas por no poner límites en su cuerpo a los demás para ser abusados sexualmente, entre otras situaciones, fundamentaron para que dentro del Modelo, toda aquella muestra de cariño, sea expresada en palabras, con lenguaje corporal que no requiera acercamientos del cuerpo, como lo es en un abrazo, permitiéndose solamente juntar las manos, como por ejemplo, ejemplarizar con las manos un corazón, tocarse el pecho en el lugar del corazón como señal de gratitud o de cariño; colocar una mano de una persona encima de la otra y apretar fuertemente, simulando un abrazo, entre muchas otras formas y simbologías más, tanto de creación esporádica, como algunas que ya tienden a volverse un patrón, generando significados nuevos y abiertos.

Por su parte S, infiere olvidar este lenguaje incorporado y la mayor parte del tiempo, sorprende a los adultos, abrazándolos por detrás, o de frente, colgándose de su tronco y estas son escenas que busca repetir con las personas adultas que no refieren un límite o autoridad para él, es así, como puede buscar a los adultos encargados de los servicios generales para hacerlo, siendo menos frecuente con los profesionales que lo tratan. Así mismo, S, a sabiendas que algunos adultos del personal de aseo y del personal de servicios generales, manifiestan que es un ser al

que le falta afecto y cariño, los distingue y son las personas a las que el más busca. Cabe destacar que no son acercamientos en los que utilice la fuerza.

Se evidencia también, que en los momentos que alcanza a presenciar una escena en la que los adultos se encuentran en contrariedad de discursos y más aún, siendo desenmarañada por su accionar, se jacta y sonríe.

Se conoce de la historia familiar de S, que existe una madre joven, que lo abraza y emite una gran cantidad de caricias y que en los momentos, donde se siente contrariada, descarga su fuerza contra S, sin medida alguna. Tal es el maltrato, que S, tiene una gran cantidad de cicatrices en su cabeza, relata que su madre lo golpeó con un ladrillo después de amarrarlo a un poste de luz, porque no quiso comer lo que ella había pedido a domicilio.

En otras ocasiones, lo ha golpeado con cables, látigos y en general con cualquier objeto que encuentra, sometiéndolo, amarrado de sus extremidades, dejándolo por un largo tiempo. Situaciones que fueron sabidas por los vecinos y familiares y que fueron los motivos de ingreso al PARD.

Así mismo, son las descargas de ira y rabia de S, cuando no consigue lo que quiere, cuando se siente confrontado; cuando su letargo es tal, que le impide realizar una tarea; incluso, es quien induce en pleitos a sus compañeros más prestos para esto, sin importarle el daño que puedan causarle, coincidentalmente, con estos compañeros con los que busca pleitos, que son mayores que él, ha compartido internación en otras Modalidades y con quienes presuntamente pudo haber compartido alguna experiencia sexual.

Sus crisis comportamentales y agresivas, parecen mostrar un ser totalmente diferente al que se muestra en otras ocasiones, sin ninguna característica de límite frente a las consecuencias, sin miedo ni culpa, sin empatía, dejándose dominar por la agresividad, en momentos, solicita que le “peguen”, que lo castiguen, como buscando cercanía corporal de alguna manera.

Se puede evidenciar en la viñeta, como el objeto de amor y cuidado, realiza con su polaridad de accionar y forma de transmitir afecto e implementar una idea de norma mediante el castigo, una inconsistencia en los principios ordenadores del aparato psíquico de S, que pueden verse manifestados en una identidad proteiforme, sobreadaptada a las situaciones que el medio le presenta, para poder eludir cualquier amenaza. Así mismo, para poder aprovecharse del mismo medio, sin temor ni evitación.

Estructura psíquica que se dilucida con el planteamiento de Rotemberg (2016, p. 34): “Hay una captación realista de los valores que ese medio posee y el paciente, a

partir de esto, amolda su persona de acuerdo a los valores imperantes. El Yo de Realidad sostiene el Yo del Narcisismo." De igual manera, dentro de esta caracterización, Rotemberg, presenta que se pueden delinear estrategias conductuales, donde una de las identidades sea la que configure el reaseguro frente al acechante vacío de identidad, situaciones tales, que se pueden leer en la configuración a la que S, está apuntado.

Así mismo, se puede considerar que está operando lo que Fonagy llama como pérdida de la mentalización, que corresponde al gran dolor que desencadena pensar en la persona abusadora que puede ser la figura parental:

Los traumas tempranos, asociados a la experimentación de amenazas sostenidas a la integridad personal, promueven una hiperactivación de los sistemas de apego que llega incluso a la búsqueda de proximidad con la persona abusadora (...) El efecto a largo plazo es que estas fallas en la mentalización conspiran contra la posibilidad de desarrollar un self cohesivo que pueda sacar provecho de las relaciones afectivas en vez de aterrarse o eludirlas (Ortiz, 2014, p. 167).

Dicha estructura, es la que se presenta en mayor medida en los usuarios, con tal polimorfismo sintomal y caracterológico, representándose en múltiples escenas de escisión, de sobreadaptación y miedo al vacío de identidad, confluyentes de experiencias traumáticas arcaicas, encubriendo fallas severas, precoces y lastimosamente, repetitivas en sus vidas, presentadas en los diferentes escenarios que han tenido que vivir, iniciándose, en el seno familiar.

Siendo otro de los rasgos predominantes, se enmarca su forma de presentarse tan sensibles e inestables frente a situaciones que pueden leerse sencillas, pero que para los usuarios constituyen amenazas extremas, en contra de su integridad, lo que fue ocasionado por las fallas del ambiente que tuvieron que atravesar. En ocasiones pueden traerles avatares con los mínimos cambios en alguna actividad, por ejemplo el cambiar una celebración de cumpleaños a otro día, debido a una cita médica o a alguna otra actividad que requiere primacía, lo que genera que los usuarios con esta caracterización, se tornen totalmente irritados, que se desaten en ellos crisis emocionales y comportamentales, entendiéndolas como peligros, cómo si estuvieran jugando con ellos o traicionándolos.

Situaciones similares a las que pueden presentarse cuando ocurren fallas en el análisis de pacientes Borderline, desencadenando fenómenos de *transferencia*

negativa, situación de la que explicita Rosenfeld (1978), se presentan con este tipo de pacientes que han sido personas altamente traumatizadas en su primera infancia. (Retomado de Rotemberg, 2016, p. 110).

En términos Freudianos, podría pensarse que una característica de los usuarios, son los eventos traumáticos vividos en el momento que su Yo, se encontraba en una etapa de reconocimiento de objetos, así mismo, vivenciando la angustia frente a la amenaza de pérdida del objeto, siendo la etapa de conformación de la base caracterológica: el Narcisismo Secundario. Encontrándose que son pacientes severamente perturbados, los que presentan formas de descendida vinculación con el otro, o que se evidencian ausentes. De igual manera, presentan áreas no transferenciales más significativas.

Teniendo en cuenta esta forma en la que ha resurgido el objeto en su realidad psíquica, en el que el núcleo que lo reconoce no es estable, los intercambios entre el sujeto-objeto no son apropiados, no se evidencia que las articulaciones con las experiencias son suficientemente placientes o sustentadoras para que tengan un Yo estable, una identidad sólida y un aparato psíquico que provea dicha organización.

Así, la gran parte de los usuarios pueden concebirse con personalidades “como sí” de Deutsch, mutables, mimetizadas con el ambiente, con un aparato psíquico que ha constituido lugares de resguardo frente al caos desorganizativo y amenazador y por tanto, tienen una identidad y existencia que se ven amenazadas constantemente por el vacío. “Los referentes clínicos más difundidos para referirse a estos fenómenos son la “ansiedad de fragmentación”, la “angustia de desintegración” (Kohut) y el “temor al derrumbe” (Winnicott). (Ortiz, 2014, p.35)

Otro de los rasgos particulares de los usuarios, es su dificultosa capacidad para crear; en el juego, evidencian una imposibilidad para simbolizar, fantasear e imaginar, por lo tanto, sus “juegos” son repeticiones del juego de aquellos usuarios que logran un movimiento mas recreativo. Las muñecas son utilizadas para cambiarles la ropa o para realizarles peinados; por su parte, las invenciones de escenas, discursos y dramatizaciones son muy poco ejemplarizadas. Los dibujos libres, no son algo diferente, es una repetición de aquel dibujo de algún usuario que ha logrado plasmar algo, por su parte prefieren los trazos, en el momento que tienen una plantilla o que su profesor o profesional con el que estén trabajando, realice una muestra para poder copias.

De todas formas, los momentos en los que se sitúan frente al papel, al juego, al canto y en general frente a la realización de un producto mediante improvisación, prefieren evitar el espacio, lo evaden, algunos en silencio, sin embargo, se muestran

molestos; para otros, la incapacidad resulta agobiante, manifiestan su ira, de la manera que prefieren, mediante la destrucción. Siendo esta última, la manera en la que se les facilita la expresión, principalmente la de su corporeidad y seguida a esta, la de su emocionalidad, sin embargo, es una vía que les causa dificultad, un camino de entrada, trayecto y salida conflictiva.

Principalmente dichas conflictivas pueden enmarcarse en aquellas dificultades existentes de los usuarios, para sentirse dueños de su propio cuerpo y así mismo, de su historia. Resaltando las vivencias iniciales con la madre, refiriéndose precisamente a aquellas en las que la madre responde a las diferentes necesidades de su bebé, que pueden ser, tanto instintivas como del ego, las que son necesidades planteadas por Winnicott y que son las mismas, que la madre es capaz de suplir. Siendo *madre medio ambiente*, actúa mediante los cuidados necesarios, con el *handling*, el gesto adecuado, la conexión empática, el *holding* y contribuyendo con esto, a la constitución del Self y por tanto, a la encarnación del bebe, de su propio cuerpo.

Situaciones con las cuales, pueden esbozarse los primeros momentos de la vida de los usuarios, que si bien se desconocen fácticamente, pueden rearmarse desde la teoría. Así, puede evidenciarse como otra de las características, que aquellos cuidados y acciones mencionadas, no fueron suficientes para la constitución de la *unidad psicosomática*, y por lo tanto, al decir de Laing, vivirán su cuerpo "como un objeto en un mundo de objetos y van a vivir desencarnados" (Retomado en Paineira, 1997, p. 53). Las situaciones carentes del gesto adecuado, en el momento y lugar adecuado, constituyeron una precaria organización de aquellas *unidades de sentido* que permitirían hacer sentir como propias a las sensaciones corporales.

Viñeta Clínica Cinco.

A, es uno de los usuarios que tiene mayoría de edad, en todo momento se encuentra temeroso, se le dificulta estar en un salón prestando atención, sin importar la actividad que se esté desarrollando; con el paso del tiempo ha aprendido conductas disruptivas de sus compañeros, manifiesta en momentos la gran inconformidad de estar en la Modalidad y su deseo de evadirse, en ocasiones, se esconde o se ubica en lugares donde puede ser visto por sus compañeros y por el personal de la Modalidad, de donde puede gritar su desconcierto y exponer su odio a todos en ese contexto, manifestando también, su deseo de quitarse la vida, son lugares en los que puede ponerse en peligro, pero también sabe que puede ser rescatado.

Algunas ocasiones, los detonantes de éstos episodios son inconformidades por alguna situación que para otros pasaría desapercibida y sin prestarle mayor

importancia, sin embargo para él, adquiere un carácter intenso, por ejemplo, un llamado de atención menor por llegar tarde a las actividades o por el contrario, se sitúa como protagonista del padecimiento de alguno de sus compañeros, sea un dolor o una situación, despersonalizándose, sintiéndolo como propio, viviendo aquel conflicto de manera apasionada, ubicándolo en su cuerpo o su historia. De igual manera, puede desencadenarse una crisis, en momentos que lee alguna noticia, por ejemplo sobre una catástrofe natural de otro tiempo o lo mismo sucede si la escucha en la radio o por algún comentario de pasillo del personal de la Modalidad, siendo detonantes de crisis de pánico, ideas paranoides, preocupaciones bizarras, estallidos de ira o lo que haya a lugar en ese momento.

En algunos apartes de su historia de atención, exponen diagnóstico de Depresión Mayor, sin embargo, con las manifestaciones que evidencia, el cuadro nosológico se encuentra en estudio, porque también puede pensarse que requirió algún medicamento que estaba prescrito por vademécum farmacológico aprobado por el MinSalud para dicha patología y por tanto, tuvo que recetarse, situaciones descritas anteriormente, puntualizadas en tanto a la atención por EPS.

A, ingresa a la Modalidad con diagnóstico de Retraso mental moderado con Alteración significativa de la conducta, requiriendo atención y tratamiento, además, con antecedentes de Epilepsia, en la actualidad cursa alteración del ritmo sueño-vigilia y presenta visiones hipnagógicas. A, actúa con indisposición la mayor parte del tiempo, aqueja dolores constantes en su cuerpo varias veces al día, ubicándolos en lugares diferentes y siendo la mayoría de éstos calmados con placebos, de igual manera, mediante sus quejas, evade las actividades y se lo puede ubicar fácilmente, rodeando y deambulando alrededor de la estación de enfermería.

Su discurso es tendiente al llanto, puede estar manifestando su dolor corporal, expresar estar muy contento o tan solo saludar, con la presencia de un llanto que aparece en seguida comienza a hablar. Se evidencian en él, una diversidad de formas subclínicas denotando su angustia y desorganización de su self.

Por otro lado, A, es un buen lector, gusta mucho de la poesía, la que también la escribe sin dificultad y la declama en las actividades grupales, celebraciones o las entrega como muestras de regalos mediante cartas; maneja periodos de buen estado de ánimo, en los cuales realiza estas acciones y dedica tiempos más largos de su día para leer y escribir. Sin embargo, sin dificultad pasa de manifestaciones de hipertimia a la distimia, con desaliento, pesimismo, cansancio, inhibición a excitación tímica, ideática y motora, lo que puede expresar mediante la exposición de una frase corta, puede tener llanto por felicidad y en segundos de tristeza o ira.

En los momentos de ira, expone su deseo de ser *hulk*, quien es “un superhéroe verde que aparece en los cómics estadounidenses publicados por la editorial Marvel Cómics” (Marvelesa, s.f), expresa querer convertirse en dicho personaje para destruir la Modalidad y a todos los adultos que se encuentren en ella, siendo tan fuerte y tan enojado que no le importen las consecuencias, manifiesta también, que se identifica con *hulk*, porque él también tiene en sus genes, mutaciones de sustancias que heredó de sus padres, de los que se sabe que tenían serias dificultades con el alcohol y además, que vivían en extrema pobreza, A, manifiesta recordar que en su biberón, sus padres colocaban alcohol para lograr que se durma o para dispersar el hambre o alguna otra necesidad que lo hacía llorar sin control, situación que también padeció su hermano menor.

Luego de esos momentos de ira, A, entra en un periodo de llanto incontenible o en algunas otras ocasiones, su letargo aumenta en cada actividad motora, estableciéndose como si estuviera desconectado del contexto y son sus dolores corporales los que le permiten nuevamente posicionarse en su realidad y también establecer contacto con los demás a su alrededor, en estos momentos, expone que la Modalidad es buena, expresa estar arrepentido y exalta cada una de las actividades que se llevan a cabo, como si fueran las mejores, comenta que cada uno de los cuidados que le prestan son excelentes, que se siente “muy bien atendido” y así mismo, a las personas a las que quería destruir, les escribe cartas de disculpas y también, emite sus disculpas, mediante su discurso atravesado por el llanto.

Con esta viñeta, se pueden evidenciar entre muchos otros aspectos, que la particular atención y cuidado de las necesidades primarias de los usuarios, conformaron un precario proceso de localización de la psique tanto en el cuerpo como en su interior, resaltando el decir de Winnicott y Laing, expuesta por Paineira (1997) que: “la patología mayor suscitada por fallas tempranas del medio materno se caracteriza por una radical perturbación a nivel de la constitución misma del sí mismo.”(p. 63)

Con estas acepciones descritas, de las que principalmente se pueden apreciar panoramas de fluctuaciones, vivencias de permanente retorno a lo traumático en distintas escenas, se pueden denotar las altas carencias, fallas en el ambiente y necesidades a partir de las cuales, se organizaron herramientas terapéuticas para poder convenir una familiaridad a los usuarios con tal finura que posibilite un ambiente facilitador que provea reaseguro, sostén y una existencia verdadera.

Herramientas Terapéuticas

“Descifro mi dolor con la poesía
Y el resultado es especialmente doloroso
Voces que anuncian: ahí vienen tus angustias
Voces quebradas: pasaron ya tus días.

La poesía es la única compañera
Acostúmbrate a tus cuchillos,
Que es la única.”

(Gómez, 2004, p. 99)

Inicialmente conviene destacar que el Modelo se plantea desde la connotación de su atención a los niños, niñas, adolescentes y jóvenes, que por sus desafortunadas vidas, se encuentran en los niveles más frágiles de una estructura psíquica, en las que se evidencian sin salida en diferentes puntos de quiebre, arremetidos por una alta problemática social y familiar, que se evidencia en los síntomas que han configurado. Con la convicción de que si en su momento, partiendo de Lacan, los usuarios no contaron con:

“La palabra, la mirada, los abrazos, las caricias del Otro, en las primeras dependencias para un bebe, son indispensables para su crecimiento. (...) Dejarse mecer por la voz, responder una caricia, solicitar el abrazo, ¡jugar con una parte del cuerpo de la mamá son tareas para poder vivir!”. (citado en Bruner, 2012, p. 92)

La opción de instaurarse, en otro momento de su vida, podrá de alguna manera satisfacer sus necesidades psíquicas y así mismo, encontrar un gesto, que les permita habitar, sabiendo con certeza que en ellos aún hay esperanza y que en este mismo sentido, buscan ser y vivir y están en pleno derecho de ello.

De esta manera, se han tenido en cuenta sus padecimientos de miedo y alerta constantes, y que como resultados de la interrelación de “desamparo-opresión-libertad” (Cohen, 2015, p. 31) que se ha repetido en sus vidas, desencadenar patrones de impulsividad, hipersexualidad, búsqueda del dolor y demás riesgos que pueden suscitarse en los pasajes al acto, de tal manera, se instauró la necesidad de requerir

elementos adicionales a los contenidos en las recomendaciones y necesidades del ICBF y la normatividad vigente, para gestarse inicialmente, un ambiente físico que pueda mitigar los riesgos.

Sin embargo, a sabiendas de que las formas para evadirse, causar daño al otro o a sí mismo, pueden variar dependiendo de quien las organice para luego efectuarlas, se establecieron diferentes estrategias, de igual manera, la videovigilancia se convirtió en un utensilio fundamental para estos riesgos y a su vez, para que el sueño de los usuarios se permita tranquilo, en tanto ellos tienen la seguridad de que están siendo cuidados y observados por personas a quienes les concierne su bienestar.

Ante dichos riesgos, se funda también la necesidad de conocer sobre su génesis, así la herramienta terapéutica se concibe en la lectura continua de la correspondencia existente, con aquellos actos que permiten estimulación y que pueden aparecer de manera compensatoria a estados afectivos depresivos o de angustia, siendo los mecanismos que McDougall llamó como “técnicas de supervivencia” (citado en Ortiz, 2014, p. 20) y describió en el paciente desafectivizado cuando el sujeto “intenta compensar el hueco que padece en su vida emocional”. De esta manera, se presentan como los mecanismos a los cuales acudir para encontrar su valor como estimulantes afectivos y sensoriales, con los que el sujeto puede transitar en los límites que los llevan de la apatía a la euforia (Ortiz, 2014, p. 29).

Así, las características del ambiente facilitador también convinieron ser pensadas desde los aspectos físicos, como son los locativos, que podrían parecer tan imperceptibles; de tal manera, se intentaron aplicar las premisas posibles, establecidas por Rudolf Steiner, desde los principios de la arquitectura antroposofica, convirtiendo el espacio en una metáfora de una casa, con impulso creativo y que generen el sentimiento de libertad, conservando así, que “ser libre es ser capaz de pensar los propios pensamientos: no los pensamientos meramente corporales o de la sociedad, sino pensamientos generados por nuestro ser más interno y profundo, más original, más esencial y espiritual, nuestra individualidad”. (Steiner, citado en Folch, 2017).

Inicialmente para la búsqueda del espacio, se tenía la premisa de que fuera un lugar que pueda transmitir un alto sentimiento de apropiación, hogareño, que brinde acogida y seguridad, con los espacios acordes para las actividades de esparcimiento, pedagógicas, de juego, entre otras, buscando que el área central sea abierta y que el área construida se extienda a su alrededor, favoreciendo así, la acogida; también se buscaba que los espacios para dormir, fueran lo más próximos a una casa de habitación y no a un hospital, en la medida de lo posible se consiguió un lugar con

tales características y para lo requerido, se realizaron modificaciones y adecuaciones en general.

Se sabe que los aportes de Steiner son aplicados en la pedagogía Waldorf, inicialmente cuando los trabajadores de la fábrica de cigarrillos con este nombre, solicitaron al director, la creación de una escuela para sus hijos, situación por la cual Steiner fue convocado para ser su guía. Hoy en día, no sólo son aplicadas sus premisas en la pedagogía y arquitectura, sino que los contextos son múltiples y continúan en expansión, (Estefanía, 2014), como surgió también en el presente Modelo.

Se encuentran construcciones y reformas de las mismas, con carácter antroposófico en viviendas unifamiliares, edificios de viviendas, oficinas, bancos, espacios para la salud, como lo es la escuela de enfermería de la clínica Filderkliniek, que además de las clases, imparte terapias de arte para estudiantes y profesionales de medicina y enfermería, y cuenta con un huerto biodinámico en el centro de su construcción. (Folch, 2019).

De esta manera, se conciben apropiarse varios aspectos como son: la armonía entre las artes, para la cual se tiene en cuenta que en el espacio institucional, se exhiban las manifestaciones artísticas realizadas por los usuarios; la presencia de la naturaleza y el trabajo con la misma, que para éste contexto se aplica desde un marco terapéutico, adicionando “la agricultura ecológica, llamada en Alemania biodinámica” (Folch, 2019); la iluminación natural; la concepción alejada de las nuevas tecnologías; la flexibilidad, premisa que se aplica, teniendo en cuenta el carácter dinámico de las actividades, por lo tanto, los utensilios y logística, deben ser ligeras para poder moverlas. (Migliani, 2020). En tanto al color de las paredes, se difirió del efecto Lazure, teniendo en cuenta la utilización de un fondo plano; en este aspecto, fue necesario adicionar a la solicitud de ICBF en tanto a la decoración, la cuál se adecuó de tal forma, que no genere hiperestimulación, principalmente en las habitaciones, con estrategias y dibujos que demarcaran tranquilidad y calma.

Otro aspecto de los fundamentos de Steiner, es la importante representación del espacio institucional como una comunidad externa, aspecto que se retoma con relevancia, pensando en la intención y necesidad de inscribir a los usuarios en la cultura. Así mismo, Folch (2019) expuso que era posible plantearse desde la perspectiva de la antroposofía, “una ciudad hipotética junto a un río, por ejemplo, en el que el centro adquiere (desde el punto de vista sobre todo administrativo y económico) la mayor importancia”, situación que fue adoptada para delimitar espacios, sin embargo, se realizaron de manera simbólica.

Por su parte, en el marco de las consideraciones administrativas, se realizó un proceso documental y de gestión para lograr licencias de funcionamiento, habilitaciones en salud y demás, en un lapso de alrededor de nueve (9) meses, tiempo durante el cuál se gestaron y se articularon cada uno de los aspectos necesarios con los que se estaba a la espera de la llegada de los usuarios.

Entre tanto la cercanía de la llegada de los usuarios, se percibió la necesidad de crear adicional al cargo de Coordinación, según lo retomado en el Cuadro No 1, un cargo de coordinación terapéutica, que al mismo tiempo cumpliera funciones administrativas, el mismo cargo, se creó con la urgencia de realizar entre las funciones mencionadas en líneas anteriores, la función primordial de selección de talento humano, teniendo en cuenta que se requiere de un equipo interdisciplinario, en el que la capacidad de escucha y empatía sobresalgan, así mismo como el entusiasmo y pasión con la que desarrollen su profesión.

De la misma manera, se consideran imprescindibles las características de un equipo interdisciplinario (en adelante conferido como E.I) que mantenga la apertura de su conocimiento, para así permitir la conjunción con prácticas de otras disciplinas; también es de gran relevancia que dicha apertura se realice sin prejuicios, de manera que le sean posibles a cada uno, alojar desde el entendimiento, una postura que deberá asumir, postura que requiere que el E.I, entienda inicialmente, sobre las fallas en el ambiente concebidas en las historias de vida de los usuarios y asumir que por dichas fallas, los usuarios se encuentran en una constante rebelión con los adultos a su alrededor, asumiendo a su vez, que no se acota a una falla personal, de su trabajo en sí o se su propia competencia.

En el mismo marco, se realiza un trabajo inicial en la etapa de entrevista clínica, con cada parte del E.I, en la que se puede reconocer la apertura y disposición de cada uno frente a las realidades sociales de los usuarios, con el fin de identificar su posibilidad de reconocer la vulnerabilidad sin someterlos a prácticas de revictimización y asistencialismo. De igual manera, se contempla un breve periodo de acercamiento con los usuarios, en el que se permite el desarrollo de alguna actividad desde cada área, con el fin de realizar una labor de observación clínica de las características del postulado y a su vez, de la recepción de la población.

La importancia trasciende, dado que el personal y en más, cada uno de los profesionales del E.I, en la dinámica del día a día, operaran como aquellos objetos del self que permitan el tratamiento de los usuarios, facilitando con su lugar que se lleven a cabo las experiencias que fueron fallidas o que no fueron proporcionadas por los ambientes en los cuales se desarrollaron.

Por tal manera, durante dicho trabajo inicial, también se buscan conocer las percepciones frente a las patologías graves, principalmente desde los prejuicios, con actitudes irracionales y enjuiciadoras que pueda acaecer en los profesionales entrevistados, siendo el prejuicio que más que se evidencia, frente a la psicofarmacología en niños y adolescentes, la que ha adquirido una connotación depreciada y de conflictiva referencia en el ámbito de la Protección. De tal manera, que al manejarse ciertos prejuicios, como el del caso comentado, en el que se devalúa la acción del fármaco, se estaría en contra de un manejo necesario con la población a trabajar. Por tal motivo, la entrevista clínica con el personal, se considera también una herramienta en el Modelo.

Se realiza principal alegoría a la psicofarmacología, teniendo en cuenta que el Modelo adhiere el servicio de psiquiatría dentro de él; de ésta manera, concibe también, el diálogo con la neurobiología; comprendiendo así, a la neuroquímica y los neurotransmisores, sus aportes de la neuroplasticidad del cerebro y el rol que ejerce el ambiente en la misma, permitiendo que las conexiones sinápticas se modifiquen y así mismo, la mielinización requerida en la madurez cerebral (Roselli, 2002), entre otros procesos.

En este sentido, asintiendo a la necesidad de tratamientos de psicoterapia y farmacología, se instaura esta práctica conjunta y siendo que la farmacología está prescrita por el psiquiatra, se puede decir que se está efectuando, una “modalidad separada” (Ortiz, 2014, p. 181) y que asume así, el papel de herramienta terapéutica.

El diálogo entre la neurobiología y el psicoanálisis, se gestan en la historia y pueden retomarse desde los planteamientos de Freud (1920), contemplando el advenimiento de respuestas y explicaciones desde la biología; encontrándose una cantidad afortunada de concordancias y puntos de encuentro que posibilitan al entendimiento de muchos procesos que se ponen en escena, como por ejemplo:

Freud se planteaba en “Lo inconsciente” la existencia de una doble inscripción en la naturaleza del determinismo psíquico, la inconsciente y la consciente, para las que hoy se postula un posible substrato neurobiológico. En su comprensión resulta fundamental el estudio de los procesos de la memoria, campo que está aportando numerosas líneas de convergencia entre ambas disciplinas. (Ribé & Martin, s.f)

Considerándose la enriquecedora “interacción entre los sistemas de significación del psiquismo y los circuitos neurosicológicos de la biología” (Ribé &

Martin, s.f), el Modelo establece la interdisciplinariedad como una herramienta que posibilita el intercambio para encontrar las respuestas y manejos apropiados en los tratamientos que tienden su base en la psicopatología del self, para su operación dinámica del día a día, considerando que “el estudio de la mente, el cerebro y el ambiente psicológico constituye el fundamento de una psicopatología del self que resulta necesaria para la práctica clínica, junto al paciente, su entorno social y su mundo interior (Ortiz, 2014. p, 20).

Se puede conjeturar con el decir de Bruner, frente a:

“Las investigaciones actuales sobre neuroplasticidad cerebral nos dan la pauta de que el Otro, al incidir sobre el sistema nervioso central y especialmente en los primeros tiempos, “diseña” el cerebro y es condición para el completamiento de las estructuras nerviosas que acceden prematuras a la luz del día, entre otras de sus funciones primordiales” (2012, p. 45)

De esta forma, partiendo de dicha interacción se gestan los procesos de intercambio y conjunción entre cada parte del E.I. Por su parte, el desarrollo de la consulta psiquiátrica, se realiza en presencia del psicoterapeuta o la coordinación terapéutica, la dirección del servicio farmacéutico y un representante del servicio de enfermería, para alcanzar principalmente tres objetivos: por una parte, para permitir que la información requerida pueda ser administrada por cada área, y así, se transfiera el conocimiento al E.I; así mismo, para que el psiquiatra, tenga una información óptima y personalizada sobre cada usuario, adicional a la información que cada uno de ellos suministra en su consulta y de igual manera, para que procesos que requieren ser precisos, siendo de gran relevancia los procesos diagnósticos, puedan realizarse como explica Paineira, “adentrándonos como en la vieja psicopatología en el sentido de los síntomas y vinculándolos con la historia vivida. (Ortiz, 2014, Prólogo, p, 16), “en donde entre en juego además lo que Ricoeur llamaba *identidad narrativa*” (citado en Paineira, 2007, p. 160).

Considerando la prioridad del diagnóstico, teniendo en cuenta que es la clave para determinar el abordaje y además que es fundamentalmente clínico, debe indagar las dificultades y leer el síntoma en su individualidad, alejándose de la objetivación del sujeto.

Al darse a la tarea de estudiar la génesis del síntoma, se permite abordar lo sintomático y no solamente la base descriptiva del síntoma, contemplando la estructura personal, situación personal, su circunstancia, alteraciones del psiquismo,

considerando los aspectos formales del pensamiento, su ritmo, contenido, tono de la voz, sus inflexiones, su estilo comunicativo, la mirada, su actitud, su postura, su estado de ánimo (Painceira, 2007, p. 167).

Sin embargo, pese a la crítica, al estar inmersos en una cultura, se entiende que deben conjugarse también, con los saberes de los manuales que unifican la información descriptiva desde los síntomas, que se explicitan en criterios basándose en modelos médicos, además, que es una necesidad para estar en concordancia y podría decirse, un lenguaje universal. No obstante, cabe la salvedad, que antecede a esta necesidad, y es "la lógica inconsciente que sustenta la información de los síntomas (...) el síntoma habla si lo sabemos escuchar" (Cohen, 2015, p. 50-81)

Así las cosas, el detalle y la cautela del primer contacto en entrevista, se realiza también, teniendo en cuenta que cada uno de los profesionales del E.I son las únicas personas con quienes se desarrollarán en primera instancia los intercambios de los usuarios, siendo éste su entorno social y que son los que sostienen los vínculos y las necesidades de los usuarios, estos vínculos deben ser espontáneos, verdaderos, disponibles y empáticos.

Al admitir a la institución en procesos continuos y dinámicos y así mismo, en la postura de vivenciarse como una comunidad externa, la interdisciplinariedad adquiere un valor transversal en la función y fundamentos del Modelo, dado que dichos fundamentos, redimen la importancia que Tosquelles concedió, a las otras 23 horas del día que se viven en las instituciones (García , s.f), horas en las cuáles la capacidad de escucha debe propiciarse, horas en las que la experiencia de los vínculos denotan la importancia de dar respuesta a las necesidades de los usuarios de manera constante.

Principalmente, se advierte sobre el valor de la escucha y la palabra en la etapa inicial con el E.I, porque radica en la demanda constante de la dinámica institucional de las mismas, así, se consolida como una herramienta terapéutica permanente. Partiendo y conviniendo con el decir de (Painceira, 1997, p. 12) que "la primera acepción de la palabra CURAR era CUIDAR... y en ese caso escuchar es curativo porque el hablar es curativo (Ortiz, 2014, Prólogo, p, 16).

De esta manera, las necesidades de los usuarios van tejiendo respuesta en un continente facilitador. En primera instancia, sirviéndose de un trabajo con el Programa de Economía de Fichas (PEF) como herramienta terapéutica, cada profesional y demás partes del E.I, reconoce el trabajo y logro de los usuarios.

Para el planteamiento del mismo dentro del Modelo, se han aplicado varias modificaciones al PEF conocido desde el aporte conductual. Teniendo en cuenta que:

La economía de fichas ha sido ampliamente utilizada como una alternativa de tratamiento, rehabilitación y educación a nivel comportamental, en el que se incluye una importante escala de programas de evaluación y comparación, aplicada en una gran variedad de rangos de población, escenarios y problemas y con la obtención de resultados favorables de acuerdo con sus principios fundamentales. (Soler, Herrera, Buitrago y Barón, 2.009, p. 379).

Por lo tanto, a diferencia de las búsquedas principales de moldeamientos o entrenamientos conductuales, los objetivos primordiales de la aplicación del (PEF) radica en la importancia que refieren el reconocimiento, la aceptación y la confirmación en general de las fuentes de confirmación del self, así mismo, se permita apoyar en el trabajo de instauración de la norma, ofreciéndole el valor de la misma en la sociedad. Así, mediante estos objetivos se inicia un trabajo transversal mediante la inscripción de los usuarios como seres sociales.

Del primer momento de establecimiento de línea base del Programa, en el que se identifican las conductas deseables y no deseables mediante un análisis funcional de la conducta, se reemplazaron estos aspectos con la realización de una reunión del E.I, que se concibe como Estudio de Caso (E.C), en el que se establecen los objetivos de cada programa en función de cada usuario. De esta manera no se realiza un ideal estándar conductual ni normativo, sino que se plasma desde la subjetividad de cada usuario, siendo éste otro aspecto que denota el desligamiento del Modelo del corte asistencial.

El E.C, se ofrece como herramienta terapéutica, al ser el espacio donde se propicia el diálogo de las diferentes disciplinas, siendo el lugar donde se entretajan las diferentes miradas de cada uno de los usuarios desde cada campo, denotándose en este aspecto la importancia de manejar un eje conceptual que permita la articulación de cada saber, así mismo, se manifiesta la necesidad de conceptualizar adecuadamente lo que cada disciplina ofrece al atender a los usuarios. (Cohen, 2015, p. 12).

Para ICBF, deben realizarse ciertas reuniones de E.I, con frecuencia inicial, con el objetivo de realizar el planteamiento del Plan de Atención Integral; seguido de reuniones trimestrales para la elaboración de informes que den cuenta de los avances a cada A.A.C. y una reunión final, cuando se avecina el egreso del usuario, para lograr realizar la construcción del informe de egreso. Sin embargo, para el Modelo, la

necesidad de realizarse los E.C constituye en esencia, la necesidad de realización de una reunión con frecuencia semanal y con objetivos que se extienden, hasta una consideración psicoterapéutica.

La escena de los E.C tiene un núcleo de transmisión del conocimiento, que opera en el análisis realizado desde la psicoterapia con orientación psicoanalítica, que mediante los procesos transferenciales de la misma relación, expone la guía para el trabajo desde las demás disciplinas en torno al vínculo, las necesidades al servicio del self de cada usuario y el establecimiento del soporte que se percibe necesario. Las demás disciplinas, a su vez, relatan sus vivencias y experiencias con cada usuario.

En respuesta a un funcionamiento integral, cada disciplina, otorga una ficha simbólica a cada usuario, en tanto se visibilicen avances o posibilidades de los mismos, buscando en conjunto las maneras para otorgar las respuestas para las necesidades especulares o de espejamiento, aludiendo a Kohut.

De la misma forma, mediante el objetivo de trabajo del PEF en tanto a la norma, se tiene un especial cuidado en los E.C, en tanto a la posibilidad de inmersión de la culpabilización y no de la culpa.

En este sentido, puede referirse el estudio de Polanco y Moreno (2015), quienes realizaron un trabajo en tanto a la responsabilidad subjetiva, ofreciendo una descripción de los contextos de institucionalización de niños, niñas y adolescentes en tanto a la culpa y la responsabilidad, observando que se presenta en estos escenarios, interés de acallar todo aquello que para el sujeto resulta insoportable, que mediante la visión de un Estado culpable, empujado a reparar los derechos vulnerados, des-responsabiliza a los usuarios de sus propios actos, con un proceso de atención que no les permite hacerse responsables como agentes activos.

Ante esto, cabe agregar, remarcando a Paineira, (2007), en tanto considera a la culpa como un sentimiento autentico, que posibilita el cuidado y el lugar del otro, y así mismo, la responsabilidad por las propias acciones, que a su vez, configura una moral autentica, mientras que la culpabilización opera como una reacción frente a la acusación del otro, no nace del interior y se incorpora sin ningún entendimiento, de tal manera que se adquiere como algo extraño que ha sido impuesto (p. 197-202).

De esta manera, el PEF, busca que la norma, sea entendida y no agregada, por lo tanto se permite su desarrollo en cada uno de los talleres y experiencias del día a día. Resaltando también desde este punto, que el programa, es transversal a cada usuario y leído desde su individualidad, por lo tanto, en el espacio de E.C, se abordan todas las situaciones que experimenta cada usuario, en función de su sí mismo, destacando que al ser un Modelo que se inscribe en el psicoanálisis, en sus prácticas

“no hay vía de la normalidad ni de la masificación. Porque siempre apuntamos al sujeto y no a la masa y porque al preservar la particularidad del síntoma, nunca lo incluimos en la norma.” (Greiser, 2012, p. 43).

En este marco de acción, pueden leerse los logros a nivel de cada disciplina y así mismo los desaciertos, pueden leerse en tanto aporten o no a la identidad, a la responsabilidad, a las habilidades sociales, a las respuestas a compromisos, a la vivencia del afecto, del vínculo con sus compañeros, del interés real en las actividades y en sí mismo, cambios en el discurso, en la mirada, la creatividad en cada espacio que pueda concebirse, entre una variedad de aspectos más, que cada usuario permite denotar y que a su vez, permiten leerse y percatarse a nivel de posibles recaídas, búsquedas de riesgos, ideaciones suicidas, de lesiones autoinflingidas, estados confusionales, proyecciones de evasión, amotinamientos, y también de dificultades contra la normatividad que giran en tanto al respeto, etc.

Después de la elaboración conjunta de estas respuestas, se sistematiza la información en un formato de registro, con los datos cualitativos, adicional con la asignación de ficha de cada área; información que se consolida junto con los objetivos terapéuticos a proseguir, conjuntamente con cada usuario, que se plasma en un acta de estudio de caso, siendo dos instrumentos claves de esta herramienta. La sistematización, consolida las fichas otorgadas por cada disciplina, y son expuestas por medio de su lectura, en un espacio grupal con la totalidad de usuarios y representantes de cada disciplina, haciendo un reconocimiento especial a los logros alcanzados por los usuarios.

Durante los espacios de reflexión y análisis que se plantean en los E.C, también se elabora un espacio de contención grupal, una supervisión necesaria, teniendo en cuenta que la población transita en vivencias caóticas, angustiantes, desesperanzadas, vacías, sin sentido y estás a su vez, se instalan en el E.I, y se reflejan en el ambiente de la Modalidad, el que se siente caótico de igual manera. Requiriéndose del espacio de análisis institucional, el cual fue instaurado en principios, por Tosquelles, exponiendo “un lenguaje que también requería de escucha.” (García, 2007)

Se presentan situaciones que generan gran frustración e incertidumbre, de manera que advierten la necesidad de esclarecer el ambiente, reencontrando salidas, marcando nuevos recorridos, acercando las crisis grupales e individuales como advenimientos de necesidades de movimientos, de ampliar caminos de búsqueda para encontrar respuestas, de repensarse los límites que se están trastocando; de consolidar nuevamente, objetivos terapéuticos, “este es un punto esencial para

entender que hay que escuchar para favorecer alguna resolución más adecuada que otra en cada sujeto y estar atento que esta no implique un sometimiento" (Cohen, 2015, p, 17) y además, de resonar que es un recorrido que trae turbulencias constantes.

Es necesario de esta manera, reconsiderar las veces que sea necesario, que el reflejo de la patología grave en:

El equipo terapéutico dibuja caóticas vivencias contratransferenciales y un clima de estrés y desesperanza que por añadidura muestra parte de las vivencias tempranas del propio paciente. Situaciones de abuso infantil o tempranas relaciones objetales patógenas producen en el paciente un self sub o sobre-estimulado, que tarde o temprano será experimentado, como vacío o como descontrol por el propio terapeuta (Ortiz, 2014, p. 68).

Siendo vivencias que entre cada parte del E.I, son experimentadas y por lo tanto, requieren elaboración y transformación.

Ante esto, cabe resaltar la exposición de Quaguelli (2021), al presentar el material clínico de un caso de psicosis en un niño de seis años, manifestando que la experiencia de discontinuidad, la ansiedad, las marcas en la psique de forma sensorial, las inscripciones proto-afectivas, crudas e indirigibles, la vivencia del vacío, envuelven al tratamiento en la ellas, vivencias de la que relata:

Tenía la sensación de haber agotado toda mi energía, mis recursos, el cuerpo entero y mis emociones (...) aunque todavía no podía pensarlo desde una perspectiva teórica y a pesar de que la mayoría de mis interpretaciones imprevistas habían sido intrusivas y no lo alcanzaron. Era demasiado pronto para hablar, debíamos aprender a jugar juntos primero. (p. 1-7)

Exteriorizando también, que son vivencias que requieren una continuidad psíquica, de un continente capaz de apropiarse de su experiencia, siendo el lugar de la transferencia al que es llevado el analista. "La función fundamental de su destructividad era un intento desesperado de construir la alteridad del otro y, por lo tanto, crear un vínculo" (Quaguelli, 2021, p. 8).

De esta manera, Quaguelli manifiesta, la necesidad de una sobrevivencia creativa, que requiere de interpretación de lo terrífico, el sujeto solicita una madre-medio ambiente que lo contenga, que enfrente consigo la turbulencia, que lo soporte. Expone la necesidad de acompañamiento psíquico del sujeto, el que está reactivando

elementos de quiebre que ocurrieron en el comienzo de la vida psíquica, “la identificación proyectiva trasladó material unido a sensaciones aún más arcaicas, sin forma, a estados corporales (...) Estaba depositando la devastación de su espacio psíquico interno en el tratamiento, en el analista” (p.13).

Quaguelli, refiere a Winnicott (1969), exponiendo que la destructividad puede servir como una función de comunicación a pesar de lo paradójal que pareciera. (p.13). Afirmación que se reactiva en la experiencia clínica con los usuarios y que el desarrollo del Modelo, ha vislumbrado que también, es evocada en otras constituciones psíquicas con sus propias manifestaciones de turbulencia.

Estos espacios, estas vivencias, se experimentan en medio de la intervención psicoterapéutica, donde la mayoría de veces, las defensas maniacas salen a flote y cobran protagonismo. Reconocer la crisis y empoderarse de la contención en el análisis, posibilita que mediante la perspectiva analítica, se desarticule la inclinación reversiva del usuario. “El analista, al contener con su actitud y sus formulaciones, se diferencia de ese objeto amenazador, engolfante y fragmentante, origen de la dinámica de la reversión de la perspectiva en el analizando” (Greiser, 2012, p.128). Sin embargo, los territorios alcanzados, aún se hallan atravesado vicariamente, conducen un retorno tumultuoso que será experimentado también, fuera del espacio de terapia.

En otros contextos, en otros casos, el sujeto se retira del consultorio, sus padres lo contienen o vivencian estos espacios que se han recorrido estando en el hogar de cada uno; sin embargo, en estos casos, inmediatamente, los usuarios terminan su sesión, vivencian la separación aún con las sensaciones más arcaicas y en seguida, el contexto que los recibe, es el mismo del que no han salido y les han interpuesto.

Requiriendo que el ambiente institucional les genere contención; en ese momento, esas 23 horas que Tosquelles resaltó, requieren toda la importancia, requieren un E.I dispuesto, que esté cerca, que se conciba como accesible, que privilegie el sostén, que los contenga y escuche.

La necesidad de este continente que ejerce el E.I, es requerida tanto en los usuarios con psicosis, en usuarios con cuadros borderline, antisociales y en general con los usuarios con patologías que evidencian graves perturbaciones del self y fallas graves de la identidad, exigiendo al máximo a sus familias como objetos del self, que en estos casos, la familiaridad es asumida con los E.I y demás partes de la institución.

Sin embargo, ese llamado, no se presenta de una manera pasiva, se presenta con furia, con oposición, con defensas maniacas, con destructividad, requiriendo

contención y en tanto ésta se evidencie al servicio de la empatía, con disponibilidad emocional frente a la confrontación, manteniéndose en la solidez, acertadamente posibilita de una cierta unificación y sostén. La confrontación del usuario-adulto, es la búsqueda de un límite personalizado, que busca ser leída por alguien a quien le importe, buscando el rostro que no encontró en el ambiente familiar, buscando que sea escuchada y que sea capaz de contenerla y abrir el camino de la esperanza, abriéndoles el camino a una existencia creativa (Painceira, 2007, p. 162-163).

De esta manera, se está dando respuesta a las necesidades de oposición que requieren de confrontación constante a un continente que se mantenga firme, a un continente que logre reconocer el auxilio que piden los usuarios.

La puesta en escena de la agresividad, actúa como un reclamo y una reivindicación, actúa para recobrar lo que ha sido robado sin razón y sin la existencia de oposición de un límite, "porque al fin y al cabo esos niños deprivados, a los que se les arrebató el entorno humano necesario para su desarrollo pleno, y que con él se les arrebató también el límite personalizado que un padre debe poner como representante de la realidad", reclaman mediante un gesto agresivo, porque en él "late una esperanza", que mientras se albergue, no se consolidará en venganza. (Painceira, 2007, p. 160).

Fuera del consultorio de psicoterapia, se presentan también vivencias, que toman valor fundamental, teniendo en cuenta que los usuarios, en su mayoría están atravesando el campo de la adolescencia, lugar que requiere admitir las transformaciones propias de la época, la necesidad de confrontación constante con el mundo de los adultos, los movimientos de duelo en el psiquismo, de diferentes momentos de desintegración, del advenimiento de funcionamientos mentales arcaicos, inestables y fluctuantes. Además, "proporciona diferentes resoluciones en relación con lo que quedó a la espera en la latencia" (Cohen, 2015, p. 73).

Entre tanto, se tiene en cuenta que la crisis adolescente en sí, implica una transformación de la identidad, del cuerpo y las funciones vitales, de los procesos de mentalización que incluyen el estado de humor y los problemas de la acción, el paso al acto (Ortiz, 2014, p. 27), siendo determinantes de búsquedas de placer inmediatas, estas búsquedas en la Modalidad, se realizan mediante conductas de riesgo y desde intentos de acceso a la sexualidad, a las que debe prestarse especial atención.

A su vez, estos movimientos y transformaciones, no solo se develan en los usuarios que transitan la adolescencia, sino que son vividos en usuarios que presentan un self precario, que no se encuentra armado y así, la situación de la adolescencia trasciende, se evidencia que la angustia se acentúa, así mismo como la

furia, los reclamos de los objetos que les han faltado, los han abandonado y les han vulnerado a los usuarios, se presencia en todo su desenfreno.

Todo esto, requiere un análisis con cautela, delineando con finura aquellos vínculos que se pretenden entretejer, conformando una lectura de los límites que pueden esbozarse, con el fin de no caer en la omnipotencia de la manipulación, de la posesión, dado que es la forma cómo los usuarios han aprendido ha relacionarse y que debido a la dificultad que resulta en ellos la simbolización, depara con un pasaje al acto constante, “el objeto es tratado como remedo de objeto transicional, como una posesión no-yo del sujeto” (Painceira, 2007, p. 161).

De esta manera, al transitar por estos terrenos, deviene la aplicación de una clínica delimitando los espacios que le corresponden a las diferentes manifestaciones subclínicas, se presentan aquí, una cantidad de dudas e incertidumbres de la competencia de cada profesional y técnico, suponiendo fallas en la clínica institucional aplicada, por la frustración que puede generar un ambiente caótico, situaciones que exceden la aplicación de protocolos y manuales, éstos no logran apaciguar la angustia y ésta se aventaja mientras se pretende lograr la respuesta y gesto requerido, y así:

Son en estos impases, en las dificultades de conducir el trabajo con determinados sujetos que una apertura se instaura, lo que es especialmente importante para impedir el inmovilismo tan frecuente en las instituciones. Un vacío de saber se abre y es en esta brecha en la que se puede insertar la novedad que el psicoanálisis trae: de que hay saber inconsciente, o sea, saber no-sabido, que está al lado del sujeto y no del lado de los técnicos. Es al tomar el riesgo en cuenta cuando pueden suceder desplazamientos discursivos que posibiliten la elaboración, en el ámbito del equipo, de nuevos saberes, siempre no-todos. (Oliveira et ál. s.f, p. 5).

Manteniendo la necesidad de una capacitación y formación constantes; la retroalimentación y así mismo, el diálogo con otros saberes para el análisis, investigación, estudio, continua supervisión y revisión teórica, se plantea desde el Modelo un espacio semanal para dichos fines.

A partir de éstas transmisiones y movimientos del conocimiento, que al conjugarse con la práctica clínica, se permiten visualizar situaciones que se presentan a merced de las necesidades de idealización y necesidades gemelares o de alter ego, que de igual manera requieren un trabajo minucioso y de atención con los límites que se esbozan, se tiene en cuenta que en las diferentes fluctuaciones y crisis que se

presentan, entran en conjunción las búsquedas de los usuarios por aquello que les ha sido arrebatado, cobra tal significancia que conforman el eje de su actual momento, sentirse victimizadas de la interrupción de la trama familiar, de lo que han podido constituir en algún momento y que de manera cíclica vuelven a arrebatarse, es un movimiento constante, los usuarios retornan permanentemente a lo traumático.

Por su parte, la disponibilidad emocional o sintonía afectiva que remite Ortiz (2014), que son puestas en la escena transferencial, también denotan consolidarse en el espacio institucional y en tanto, estas necesidades que requieren la existencia de objetos a los que admirar, se manifiestan estableciéndose desde un canal de unión con el E.I. Así mismo, con el tiempo compartido, los usuarios experimentan sentimientos de fraternidad y entra en el interjuego una suerte de identidad grupal (p.60-62).

Los usuarios, buscan identificaciones que les permitan reaseguro, así éste sea momentáneo e incierto. Por lo tanto, se evidencian en una búsqueda constante entre ellos, antes de permitir un lazo con el mundo adulto, esto, debido a todas las vivencias que han asumido. Se les dificulta establecer nuevamente contactos profundos y confiables, como lo expresa Cohen (2015), los distintos vínculos precarios que establecen apuntan a la prosecución de organización subjetiva, por momentos solidarios pero insuficientes. (p. 29).

Por tanto, los usuarios establecen coaliciones, alianzas y se entrelazan en búsqueda de la elaboración de un fin, que puede ser el establecimiento de un plan de huida o un amotinamiento, ayudarse entre ellos para tener un acercamiento sexual con su pareja del momento o para idear la manera de robar algo de la despensa, entre una cantidad de opciones más.

Sin embargo, cabe resaltar que son vínculos idealizados, con relaciones superficiales, se puede entrever que pueden establecerse desde la cosificación y la omnipotencia de la manipulación; pueden ser relaciones parcializadas en tanto a una necesidad material en otras ocasiones, buscando ser hijos de alguna manera y buscando una familia; por otro lado pueden ser relaciones cuasiafectivas o desde lo sexual; o por su parte, pueden ser totalizantes, absorbentes, de gran apego y perjudiciales, hasta tal punto que el precario self pueda consagrarse con tal de sentirse incluidos; la trama de la emocionalidad puede ser realmente apasionada o al contrario totalmente evitativa.

La particularidad de sus vínculos, alude a su vulnerabilidad narcisista y son movimientos que también requieren de la disponibilidad constante del E.I, siendo que puede desembocar serios conflictos, como cuando se gesta un self grupal

fragmentado, del que “se puede esperar la emergencia de las pulsiones en su estado más primitivo (Ortiz, 2014, p. 189). En el ambiente del Modelo, el ruido de que: cualquier cosa puede pasar, merodea constantemente.

Dichos vínculos, que obedecen a las situaciones de estrés a las que han estado sometidos, a los traumas acumulativos y a duelos que también han ido acumulando en silencio y que denotan la necesidad de elaboración, confluyendo de esta manera en que los “conflictos intrapsíquicos y fallas ambientales pueden determinar la persistencia de vínculos con objetos del self arcaicos que van a teñir las relaciones del sujeto. (Ortiz, 2014, p. 140).

En el duelo, definido por Freud como “la reacción frente a la pérdida de una persona amada o de una abstracción que haga sus veces, como la patria, la libertad, un ideal, etc.”(citado en Apolo, 2014, p. 34-35) refiere un profundo dolor, un movimiento que devine desde el psiquismo y que requiere un camino de elaboración para que libido pueda ser puesta en otro objeto.

El trabajo del duelo, requiere inicialmente del examen mental, para poder salir de la negación que se funda; la elaboración psíquica, puede verse estancada en un síntoma o en alguna manifestación fenoménica, cuando no dispone de los recursos necesarios para transitar. En tanto, cuando el sujeto, sabe que perdió, pero no lo que perdió, estará atravesando por estados depresivos, obedeciendo a una regresión de la libido al narcisismo temprano. (Apolo, 2014, p. 41-60). Frente a lo que puede retomarse de Ortiz (2014), cuando expone lo denominado como duelo traumático, presentándose en el niño una represión de todos los pensamientos y recuerdos del objeto perdido, por lo terroríficos que resultan “de tal modo, se pierde al objeto y se aliena una parte del self ligada a él” (p. 164-165).

Teniendo en cuenta que tales eventos traumáticos, se presentaron en las etapas iniciales de la vida de los usuarios, el efecto perturbador de la afectación que repercute en tanto a los procesos evolutivos y en la forma de establecer su vinculación con el otro que devienen de los mismos, difieren de gran importancia, los movimientos psíquicos que representan los duelos no elaborados a los que han sido sometidos, duelos que tuvieron que silenciar, que ocasionaron serias dificultades en su self y su comportamiento.

Dichas perturbaciones psíquicas y comportamentales, pueden leerse desde el combate que ha producido la pérdida, sin embargo, en estos casos, adicionalmente se han atravesado otras situaciones, haciendo más complejo, extenso e interrumpido el proceso de elaboración. Trayendo al diálogo a Derrida (2001), lo expresaría:

Sus lamentos son quejas; no se avergüenzan ni se ocultan, porque todo lo malo que dicen de sí mismos se refiere en realidad a otras personas, y se hallan muy lejos de testimoniar, con respecto a los que los rodean, la humildad y sometimiento que correspondería a tan indignas personas como afirman ser, mostrándose, por el contrario, sumamente irritables y susceptibles y como si estuvieran siendo objeto de una gran injusticia. Todo esto sólo es posible porque las reacciones de su conducta parten aún de la constelación anímica de la rebelión, convertida por cierto proceso en el opresivo estado de la melancolía. (p.6)

Por su parte, estos duelos silenciados, que no tienen respuesta, se pueden conjeturar con los personajes que ha elegido Cohen (2015), que expresan en gran sentido la trama de los usuarios, exponiendo que permiten “pensar en la fragilidad de lo humano cuando queda expuesto a una violencia para la cual no tienen respuesta posible, la búsqueda de los orígenes, la construcción de un relato autobiográfico y la creación” (p. 23).

Inicialmente describe la historia del personaje de Laila, retomado de la novela el pez dorado, de Le Clézio. “una niña marroquí, sufre diversas peripecias a través de las cuales queda expuesta- más que otros niños- a conductas abusivas. Sobrevive en terrenos marginales, con curiosidad y una penetrante mirada que indaga el mundo adulto que la rodea” (Cohen, 2015, p. 22).

El relato muestra las diferentes búsquedas de su historia, sin saber claramente que busca ni como se llama, narración que se atraviesa entre encuentros y desencuentros vinculares, la mayoría de ellos precarios. Busca conocer su sí mismo, mientras es presa de una cantidad de eventos traumáticos y violencia, la orfandad la tiende vulnerable ante la sociedad, “la condenan a pérdidas permanentes con enlaces rápidos y nuevos”. El punto de partida de su historia y al que regresa constantemente, es el rapto traumático que vivenció, recordando solamente unas manos de un hombre que la arroja en el fondo de un saco y adicional a esto, recuerda de su historia, aquel accidente del cual fue víctima, mientras jugaba en una calle, siendo atropellada por una camioneta, que le ocasiona golpe en su oído izquierdo, que fractura a al punto de ocasionarle la sordera. La música aparece en un desenlace salvador. (Cohen, 2015, p. 21-60).

Así mismo, se retoma la historia más desafortunada del personaje de Bertito, del cuento “Enroscado” de Antonio Di Benedetto, que desarrolla con la escena de pérdida de su madre a causa de una enfermedad, relata a Bertito buscando

respuestas en las paredes inicialmente, una respuesta que espera durante todo el cuento. Su tía lo observa y lo tilda de parecer un "animalito", antes de tener que partir con su padre a una pensión "camina, el hombre solo, con una figurita muda tomada de la mano, y tampoco pronuncia palabra". El transcurrir muestra vivencias que no pueden ser asimiladas por el niño, ante las que se retrae, se aísla y se esconde. Su miedo hace que las personas de la primera y segunda pensión en las que se mudan, se alejen de él, la presencia de ellas solamente traía gritos de desespero. Pasa sus días encerrado en la habitación a la espera de su padre y de respuestas.

Sin embargo, su padre no puede responderle y ante sus conductas de retracción, se torna hostil y lo violento. El maltrato se acentúa, el niño rechaza al padre, se enmarca en lo antisocial, el padre con rencor por que el niño no es como los demás, lleva a mujeres a la cama. Bertito permanece alerta, encerrado en el miedo, la duda y el desconcierto, pierde la alegría, la satisfacción, el destello que le quedaba en su mirada para reclamar respuesta. Perdió a su madre, perdió a su padre y no encontró respuesta que lo salve" sin acceso a lo narrativo, frente a lo inasimilable de la pérdida, el niño queda condenado a ser un animalito. (Cohen, 2015, p. 61-100).

Las dos desventuradas historias, son un ejemplo de las violentas situaciones que sufren los usuarios en orfandad, atravesando una y otra vez, los oscuros designios de la fragilidad y la soledad, sin encontrar respuestas ante sus duelos, viviéndolos en cascada, sin terminar de elaborar tan solo el primero mientras atraviesan uno más; las acciones desencadenadas en ellos ante la incertidumbre, ante soportar la extrañeza de cada lugar ajeno, con el dolor inenarrable, siendo conductas inadecuadas para sociedad, no son más que sus formas de expresar lo siniestro de sus vivencias.

Se puede entrever también en las dos historias, el desenlace distinto que toman los rumbos, siendo favorable aquel en el que hay una libertad, una mano que sostiene, una persona dispuesta a escuchar, a darle un lugar en su historia, a prestarle importancia y fortalecer aquella búsqueda de una respuesta propia que logre situarse y emanar la subjetividad.

De esta manera, se sitúan cada una de las personas que conforman el E.I y a así mismo, a cada uno de los que conforman la Modalidad, siendo aquellos que ayudan a soportar la fragilidad, cada uno hace parte de la ilusión de familiaridad. Cada uno de los adultos, intenta sostener y proveer una respuesta atinente, cada uno, desde su área, intenta aportar recursos para que, en el entramado del Modelo, los usuarios logren adquirirlos desde lo simbólico, para que accedan y se permitan entablar

relaciones empáticas, de reaseguro y así mismo, elaborar un necesario trabajo de duelo.

Partiendo de estas necesidades, se articulan en el Modelo, un trabajo desde los llamados, Comités, los cuales se conforman con una o dos personas del E.I y un grupo de usuarios, teniendo tres objetivos inicialmente, que sean una congregación en torno a un ideal o de un gusto, por ejemplo, comité de lectura, comité de medio ambiente, comité de convivencia, comité de deportes, entre otros; dicho ideal, será desarrollado, construido y alcanzado conjuntamente, teniendo en cuenta la importancia que tiene para los usuarios, darse cuenta de una de sus habilidades y aplicarla en la cotidianidad, todo lo que confluye en aportes al sí mismo de cada uno, incidiendo en sus propios procesos de sostenimiento.

Al mismo tiempo, se desarrolla la premisa de acceder a vínculos a partir de un ideal que aporte al contexto, con lo que los usuarios de manera paulatina adquieren habilidades y recursos para el establecimiento de sus nexos y de sus relaciones interpersonales. Permitiéndoles acceder un sentir que aporte vigor, a la integración de su self. Con esta contribución, se realiza a manera de escala, una constitución social de los usuarios, donde ellos mismos puedan elaborar sus conceptos de socialización, norma, habilidad social, comunidad con lo que se parte para la inscripción social.

De igual manera, con el objetivo de establecer un abordaje personalizado, para que las interrelaciones entre los adultos-usuarios sean de acceso, disponibilidad y privilegiando la cohesión. Se realiza un trabajo a manera de microsistemas dentro del sistema continente que es la modalidad y esta a la vez, inmersa en la cultura como Macrosistema en términos Bronfenbrenner, en la que se encuentran los marcos ideológicos y que tienen una importante afectación transversal en todas las áreas de actividad y, por lo tanto, en los sistemas de menor orden. (Linares et al., 2002). De esta manera, se desarrolla el trabajo desde los Grupos Focales.

Si bien se parte de la premisa de que los grupos focales son una técnica de investigación cualitativa de metodología constructivo-interpretativa que es "particularmente útil para explorar los conocimientos y experiencias de las personas en un ambiente de interacción, que permite examinar lo que la persona piensa, cómo piensa y por qué piensa de esa manera" (Hamui y Valera, 2013, p. 56). El Modelo adopta de ella, la posibilidad de consideración del sujeto en su singularidad, considerando que el trabajo se extrae a través de las subjetividades.

De igual modo, se retoma en tanto es un proceso dialógico y que privilegia el habla, ofreciendo la función narrativa, y que se desarrolla buscando una atmósfera que exprese confianza, de esta manera, se adquiere su valor, en tanto permite poner en

palabras cada historia y otorgar el contexto adecuado para crear. Y, por otra parte, difiere del planteamiento inaugural en tanto, se desliga del carácter de entrevista, de realizarse en contextos tipos cámara de Gesell y la utilización de protocolos, guías y demás instrumentos estandarizados.

Los Grupos Focales a merced del Modelo, se estructuran en tanto al desarrollo de la terapia de juego, en un ambiente libre y a partir de gestos espontáneos. Se consideran dos factores primordiales en su desarrollo, primero, que son de carácter investigativo en tanto el juego confiere detectar ambigüedades o aspectos claves de cada usuario y por su parte, que se permite a través de la dialéctica del juego.

En su desarrollo principalmente participan las áreas de terapia ocupacional y psicoterapia, realizando al final de cada sesión una transcripción del contenido, material que se expone en los E.C, siendo abordado en el ambiente clínico, organizando un primer nivel de trabajo desde el E.I y un segundo nivel, en el que las aportaciones del espacio de Grupos Focales se tienen en cuenta como material de apoyo para el análisis de la psicoterapia.

De esta manera, se concibe como herramienta terapéutica, en tanto a la base que la consolida, que es el juego, convocado a su papel fundante en la constitución subjetiva y así mismo, en la apropiación que el juego permite del mundo simbólico, articulando lo real y lo orgánico, permitiendo estructurar el lenguaje y sus leyes. El juego es la herramienta fundamental para el abordaje del psiquismo.

Siendo imprescindible la función narrativa dentro del juego, tanto en los casos de mayor aislamiento del Otro, como en aquellos que están impregnados de agresividad, y en general, en el universo de posibilidades que se pueden presentar; es la narrativa, la que permite el acceso al juego, el contacto entre los sujetos presentes. La función navarrita, permite rescatar los objetos, los movimientos, los silencios y cada uno de los elementos puestos en la escena de juego, los cuales, mediante la palabra, son tejidos en función del nacimiento de un sujeto.

Tal como relata Pereira en el Protocolo de Investigación Psicoanalítica de Señales de Mudanza en Autismo (PRISMA), relatando su experiencia clínica de un niño que inició su análisis a los 2 y 11 meses con trastorno del espectro autista, logrando interactuar con él, rescatándolo de su encapsulamiento, construyendo un dentro y fuera, un contorno de un continente que logró contener sus vivencias y darles sentido, estableciendo una cooperación dialógica, construyendo significados y permitiendo, por ejemplo, que su carro de juguete, llamado McQueen, que era un objeto de apoyo con función sensorial, logre un creativo rol protagónico en un juego.

El habla poco a poco logró instaurarse en la función intersubjetiva y las sensaciones corporales lograron transformarse en experiencias psíquicas, se fundó la construcción de la subjetividad (comunicación personal, 6 de octubre del 2021). De esta manera, citando a Silva, “he observado en la clínica, incluso con pacientes adultos, es que la función narrativa expande el entramado asociativo, ofrece contorno y continencia al mundo mental, así como la capacidad de pensar en los sentimientos y convertirse en uno mismo. (citado en Pereira, 2021, p. 132).

Se adopta de esta manera, la función narrativa y el trabajo de la herramienta terapéutica de grupos focales, teniendo en cuenta la dificultad expresada anteriormente en la caracterización de los usuarios frente al juego, su postura de repetición y no de creación, teniendo en cuenta que no es una repetición de una escena propia, sino de el juego de otros usuarios, siendo una alerta en la constitución de su psiquismo, considerando que lo traumático triunfa con un retorno constante en ellos. Al permitir el desarrollo del juego, se buscan encontrar aquellos puntos de fijación que infieren y reprimen su capacidad de crear.

Si bien se puede inferir mucho, del niño que cambia el juego (Alba, comunicación personal, 17 de noviembre de 2021); del que no puede jugar, se encuentra mucho por decir de igual manera y será esta escena la herramienta indispensable para transformar al goce. Las cuestiones de el lugar del Otro y las diferencias versiones que en los usuarios juegan, es imprescindible para plantear el abordaje en la clínica, teniendo en cuenta que, en los casos de tal ensimismamiento, que dirá Levin “la dificultad para jugar está ligada a la identificación imaginaria cuando ésta invade toda otra posibilidad del sujeto” (Bruner, 2012, Parte II, p. 85-90.)

El escenario que provee el juego, es posibilitado mediante otro que lo ayude a transitar, “en el juego y al jugar un niño introduce los significantes primordiales a “su historia”, y, en consecuencia, si no hay juego no hay historia, ni infancia. (Bruner, 2012, p. 17). La apuesta clínica en estos casos, radica en el favorecer las condiciones para volver a situar a los usuarios sobre el escenario del juego. Citando a Marrone (2002) “El juego no es posible si la función de sujeto está en ausencia. Sin deseo no hay juego” (Bruner, 2012, Parte II, p. 92.)

Para proveer este escenario, se tienen las consideraciones en tanto no todos los usuarios son niños, sin embargo, los grupos focales, se arman teniendo en cuenta la afinidad mas que la edad y el lazo de confianza e intimidad que puedan tenerse entre los usuarios con quienes van a compartir el escenario, de manera que sea provechoso.

Sin embargo, cabe recalcar que se tienen en consideración las reflexiones de Flesler, en tanto los tiempos en la estructuración del sujeto, en tanto en ellos, se producen estancamientos que equivalen a la ausencia del juego. Dichos tiempos no son evolutivos, siendo tiempos de lo Real, del lenguaje, que van desde el lenguaje a la palabra y de palabra a su articulación en discurso. Y que tienen dotación de progresivos, en tanto evolucionan en la posibilidad recreativa, siendo la recreación de una falta y la diferencia que esto conlleva lo que posibilitará la localización donde el sujeto no ha sido recreado como respuesta (Bruner, 2012, Parte II, p. 73-77.)

Por lo tanto, el juego posibilita el despliegue necesario aún en estas patologías que aborda el Modelo, porque es el escenario que permite elaborar los catastróficos excesos de pulsión y mediante la función narrativa permite la instauración de la metáfora, de las marcas simbólicas y otorga a los usuarios un lugar en el que toma posición y así mismo sitúa sus fantasmas, fantasías y deseos y, en consecuencia, de la posibilidad de historiarse. Es asó, que se tienen la consideración de que un usuario que llama al juego, llama al diálogo.

De igual manera, la función narrativa cumple un rol imprescindible en el desarrollo del Modelo, siendo transversal a cada actividad planteada y en general, del accionar de los usuarios, establece mediante su función, que la norma valide su importancia, y esto se realiza en la medida que se desarrolla el entramado de cada una de las herramientas terapéuticas, logrando la asignación de un lugar en la estructura psíquica de cada usuario. Así mismo, mediante la función narrativa, se realiza la interconexión de las herramientas terapéuticas y las mismas van cobrando importancia, al evidenciarse el valor propio en función de las demás mediante la complementariedad de sus objetivos y es a partir de la función narrativa, que cobran sentido en el Modelo y, por lo tanto, la norma también se valida.

Para la realización de los fines establecidos en tanto a la norma, se establecen reuniones que permiten la socialización y la coconstrucción de un Pacto de Convivencia, en el mismo, la opinión de los usuarios en tanto a las normas, se implementa y en la medida del desarrollo de las reuniones, se modifica y fortalece. También la función narrativa, ejerce un papel primordial, en tanto permite la expresión de opiniones de aquellos que no logran expresarla claramente como otros usuarios.

La función narrativa, también es la fundante de los llamados Grupos de Expresión, los cuales se desarrollan en varios tiempos durante todos los días, posibilitando el encuentro a partir de la palabra de todo el E.I, y los usuarios, en el que se describen sucesos del día anterior, la noche, se aclaran situaciones, se realizan reconocimientos y también los llamados de atención que se puedan gestar en este

espacio. Por otra parte, se realiza una minuciosa revisión de la presentación personal de los usuarios, que porten sus prendas completas y en buen estado y demás realizaciones propias de sus actividades instrumentales, siempre en pro de su autonomía e independencia.

La movilización de las experiencias a nivel grupal, genera gran aprendizaje, el reconocimiento grupal posibilita con su aporte a la respuesta de las necesidades de sostén y narcisistas en general y de igual forma, convocan a un espacio de compartir, que devela la disponibilidad y sintonía del E.I. De la misma forma, se facilita la expresión de cada uno de los usuarios, en la que pueden narrar su sentir, incomodidades, miedos, pesadillas, sueños, logros, etc. y esto a su permite una visión al E.I de su emocionalidad, gestándose en la totalidad de los discursos un posible avistamiento de lo que será el ambiente de cada día. Así mismo, se entrelazan aspectos importantes que deberán retomarse en la terapia individual, principalmente, cuando se evidencias estados difícilmente verbalizables.

Durante el encuentro de la mañana, se realiza también una organización del día a día, se disponen los grupos pequeños con cada profesional, se posibilita que los usuarios, reconozcan la actividad que van a realizar y con esto, han logrado también organizarse en tanto a los tiempos, espera para la organización, manejo de impulsividad, entre muchos otros aspectos.

Durante la realización de las actividades, cada profesional, cuenta con uno o dos auxiliares para su compañía en el desarrollo, teniendo en cuenta los riesgos que pueden presentarse, aún en pequeños grupos, el desarrollo de las todas las actividades obedece a unas recomendaciones como constantes, como por ejemplo, el conteo de los elementos que se facilitan a cada usuario, dado que un lápiz, un cepillo dental o un color, pueden convertirse en un objeto cortopunzante, de igual manera, que los usuarios porten los materiales o los lleven a sus habitaciones en la noche, siendo que pueden comerlos, introducirlos en cualquiera de sus orificios corporales o en general causar o causarse daño. Así mismo, la posibilidad de retiro de un usuario al baño, puede desatar una situación conflictiva con otro usuario o de igual manera un acercamiento sexual. Dichas recomendaciones constantes, se han convertido en parte del discurso entre los E.I, manteniéndose alerta, en tanto permiten el desarrollo de actividades con menores eventos desafortunados.

El encuentro del medio día, radica en la organización de los grupos para el almuerzo, teniendo en cuenta que debieron armarse en tanto a la necesidad de apoyos para su realización y las capacidades de cada uno para encontrarse en uno u otro grupo, de manera que puedan supervisarse con atención por parte del E.I.

De igual manera, el encuentro para finalizar el día, se gesta en función del diálogo, se permiten expresiones del sentir, del accionar y da cierre al funcionamiento dado de cada día, se realiza una organización de grupos, para ingreso a las habitaciones y el debido acompañamiento por parte del E.I para que los usuarios tomen posesión y descanso.

El entramado de inmersión que fomenta la función narrativa, provee un potencial tranquilizador y apoya a que los usuarios se sientan en un ambiente facilitador, en el que se encuentren con la sensación de estar siendo comprendidos, lo anterior, con la finalidad de que poco a poco, puedan sentir mayor familiaridad y con esto, se busca permitir que el desarrollo del día a día, cada vez posibilite mayor disponibilidad afectiva, expresión de sentimientos de libertad que permitan movimientos de expansión de sí mismos, que poco a poco, vayan sintiéndose dueños de sí, de su vivencia y de sus posibilidades para crear, imaginar e historiarse. Ante este objetivo por el cual se adquiere a la función narrativa, se puede entender que:

La vida biológica se va haciendo vida personal y se va haciendo historia. Pero, para hacerse historia, debe ser interpretada por el sujeto, debe ser narrable, y todo esto exige de un desarrollo posterior en que las secuencias elementales puedan ser ordenadas dentro de un tiempo vivido, los acontecimientos vayan adquiriendo un sentido, t el lenguaje permita configurar todo eso en una narración (Painceira, 1997, p. 54)

De igual manera, se complementa un día a día, que incluye en su cronograma desde el aporte del área de Educación física, mediante sus microsistemas, en los que desarrollan las actividades de hidroterapia y actividades físicas, que biológicamente, contribuyen con su carácter neuroquímico y a la vez, desde lo catártico y desde la aportación ineludible frente a la apropiación de su cuerpo y la toma de posición del mismo. Winnicott dirá que "las fronteras del cuerpo serán también las de la psique, convenidas en la salud". (Citado en Painceira, 1997, p. 53). Por lo tanto, se pretende un aporte para esta construcción.

Así mismo, se desarrollan trabajos de bailoterapia, incluyendo repeticiones coreográficas, construidas con base en el desarrollo del funcionamiento de los procesos psicológicos superiores, son espacios que requieren de concentración, atención, memoria y una puesta en escena de funciones psicomotoras y visoespaciales para su desarrollo y con las mismas aportar para que poco a poco evidencien la posesión de su propio cuerpo.

Con el aporte desde la terapia ocupacional, se gestan actividades que van desde el desarrollo visomotriz, habilidades construccionales, organización cinética de movimientos, manejo del espacio gráfico, corporal, habilidades metalingüísticas y así, un desarrollo hasta el trabajo con las funciones ejecutivas, favoreciendo la fluidez, la planeación, organización, y su regulación y control.

Con estos trabajos, con el aporte desde la psicoterapia y de las herramientas terapéuticas, también se prepara una base integral para la escolaridad, inicialmente, mediante el trabajo pedagógico institucional, mediante el área de docencia se gestan los espacios, llamados de Refuerzo Académico, siendo espacios en el que los usuarios aprenden y adquieren un conocimiento escolar. Se buscan así mismo, mediante el incremento progresivo de tiempos y complejidad de aprendizajes, la preparación para su inclusión escolar.

Para que pueda realizarse el trabajo en engranaje entre este microsistema y el área de Educación, se realizaron una serie de encuentros con la Institución Educativa del contexto, porque a pesar de la existencia del Decreto 1421 de 1997, desarrollado en el marco de la educación inclusiva, los ajustes, planes individuales y esquema que propone, aún se encuentran lejos de ser adquiridos y aplicados. De esta manera, el E.I, trabajó en enlace, con el cuerpo docente y de rectoría, brindando capacitación y acompañamiento frente a la caracterización de los usuarios y el trabajo con ellos. Ante situaciones de desconocimiento del sector Educativo, mientras los usuarios se encuentran en la Institución Educativa, se encuentra también presente parte del personal del E.I.

Los enlaces con diferentes contextos de la comunidad, fueron imprescindibles y se llevaron a cabo mediante capacitación y acompañamiento, debido al desconocimiento de la población. Por tal motivo, para lograr que obtengan un lugar en la sociedad, se realizaron acercamientos, llevados a cabo desde el inicio del planteamiento del Modelo, acercamientos con cada contexto, en el que los usuarios son nombrados, se expresan las necesidades en cuanto a darles su lugar e importancia y se exige que los demás la adquieran y así, se presenta a los usuarios poco a poco en sociedad.

Su presencia en la sociedad, paulatinamente cobra el lugar que les pertenece, lastimosamente aún pueden vivenciarse estos intercambios, el atravesamiento del estigma, la victimización o por el contrario, en afortunados espacios de empatía. De esta manera se realiza el encuentro con distintos escenarios, con el desenvolvimiento de su derecho a la educación; mediante la participación de eventos culturales, en los que también se expone su elaboración y creatividad en diferentes presentaciones,

como son bailes, poesía o presentación de su arte manual en ferias, entre otras; así mismo, asisten a la escuela de fútbol y a actividades de corte informal como son salidas recreativas, de piscina, cine, deporte, entre otras. Y que se espera que sean muchas más.

En la medida que se exponen las diferentes actividades realizadas en el Modelo, se puede expresar la función del tejido narrativo, mediante el enlace que se realiza en cada desarrollo, siendo que se parte del tejido interno, desde el papel principal que cobra el trabajo inicial de la sintonía afectiva y emocional, la elaboración de duelos, de lo traumático, la contención de angustias y la disponibilidad de respuestas atientes, y en general la facilitación de un medio ambiente que provea sostén y cuidado, para poder lograr de esta manera, el asentamiento paulatino de una emocionalidad que aporte en la adquisición de conocimiento y el desarrollo de los hitos del desarrollo y los procesos cognitivos, otorgándole el carácter y valor a la afectación en el aprendizaje, la atención y la memoria, por una parte, cuando los psiquismos perturbados interrumpen el desarrollo de las áreas de actividad. De la misma manera, el entramado posibilita que el desarrollo dentro de la Modalidad, permita el encuentro con la sociedad. De esta manera el entramado responde al desarrollo integral.

De la misma manera, que se busca estimular el sustrato biológico mediante el aporte de una estructuración del psiquismo, los resultados que se evidencian en tanto a las apropiaciones del aprendizaje, también aportan a las necesidades del self, por tanto, se puede referir el momento cuando el usuario C, caso expuesto anteriormente en la viñeta 2, logró mediante la adquisición del lenguaje, escribir y leer su nombre, fue tanto el agrado, la emocionalidad por él vivida en el momento, que encontraba satisfacción una y otra vez mientras leía y mostraba su nombre escrito por él mismo, dicho acto, configuró en él, una impronta subjetiva de mucha significancia, constituyó un enclave simbólico que funcionó en tanto a proveer con la organización, logró cobrar un espacio protagónico en su vida.

Los diferentes aprendizajes que adquieren los usuarios, toman un valor primordial en su subjetividad, en tanto les permite la opción de creación propia, darse cuenta que su creatividad les permite un producto elaborado por sí mismos, es un movimiento que aporta en la estructuración de su sí mismo. Teniendo en cuenta esta labor imprescindible de la creatividad, se configura un trabajo complementario a la terapia de juego, que corresponde a las actividades realizadas desde Arteterapia.

En los escenarios de Arteterapia, se busca facilitar la elaboración imaginativa, para lo cual se realiza, trabajos manuales que van desde un plano material, buscando trascender a un trabajo en un plano simbólico. La realización de los movimientos en

cada plano y la elaboración de los productos, es guiada por la función narrativa, en este escenario, al igual que los demás, como son los de Refuerzo Escolar, el lenguaje del adulto es el que posibilita el desarrollo y adquisición de capacidades, hasta que logra realizarse en un plano simbólico (Quintanar et ál. 2011). Se resalta en este espacio, las actividades de adquisición desde Refuerzo Escolar, teniendo en cuenta que también se realizan en tanto la función narrativa, siendo la que permite la movilización en los diferentes planos hasta lograr simbolización y apropiación de la organización que provee lenguaje, lo que se evidencia por ejemplo en la adquisición de la lectoescritura.

El escenario de Arteterapia, tiene funciones imprescindibles en la estructuración del self de los usuarios en tanto provee a su integración e impulsa el desarrollo personal. (Ortiz, 2014, p. 189). Partiendo del planteamiento de Deleuze, admitiendo que el verdadero objeto del arte es crear agregados sensibles (citado en Cohen, 2015, p. 17). De igual manera, su base se asienta en el deseo, considerando al deseo como el motor imprescindible para la constitución de sujetos, siendo un pilar estructurante; el deseo logra la subjetivación.

El espacio se desarrolla, teniendo en cuenta la capacidad creativa y para crear de los usuarios, al mismo modo interrelacionada con la terapia de juego, en tanto a las represiones que se evidencian, al decir de McDougall et al (2010), la creatividad no es una actividad libre de problemas, es portadora de violencia extrema, que viene acompañada de angustia, conflictos psíquicos y culpabilidad (p. 12)

La creatividad en una existencia cada vez más verdadera, dará las posibilidades de apertura de lo interno de los usuarios; así, se evidenciará en el desarrollo de estos dos espacios y mediados por la interrelación de cada herramienta entre sí, también son vislumbrados en los demás escenarios, teniendo en cuenta que se busca permitir el despliegue que conlleva a una existencia verdadera. "la creatividad es el hacer que nace del ser" (citado en Paineira, 2007, p. 163)

El arte, tiene un valor que es catártico, sublimador, y que también otorga cohesión mediante su elaboración, además pone en escena el mundo interno para poder acceder a él y traducirlo. De esta manera, se elabora un trabajo de aquellos bloqueos frente a la creatividad, de los cuales puede advertirse la constante exposición de los recuerdos traumáticos de los usuarios y los cuales amenazan con resurgir, "en consecuencia, podemos comprender fácilmente que los sentimientos de humillación, de cólera o incluso de rabia que puede sentir aquel que crea algo tienen una gran importancia porque mantiene su vitalidad y creatividad" (McDougal et al., 2010, p. 27).

En este contexto, puede decirse que aquellos bloqueos frente a la creatividad, aparecen como un constante, más no en tiempos determinados y frente a esta imposibilidad instaurada, se desarrolla el escenario de Arteterapia, para posibilitar la vía que fue truncada para el encuentro de una existencia verdadera.

La creatividad, se presenta en un gesto que puede evidenciarse en cada punto del desarrollo, desde aquel momento que el bebé siente propio a un movimiento que ha hecho con su cuerpo; desde que el bebé se apropia de un objeto, lo dota de significado, lo crea y lo manipula (Painceira, 1997, p. 47-57), hasta cuando "crea un mundo de fantasías que toma muy en serio y que invierte ampliamente en el plano emocional" (Freud, citado en McDougall, 2010, p. 11).

Painceira (1997), agrega que, tanto en la obra de Bergson como de Winnicott, la vida y la creatividad son medulares y desde Winnicott, resalta que la existencia creativa que posibilita el sentirse vivo, advierten una existencia saludable. "El existente, como verdadero sí mismo, nace pues de una doble experiencia: la experiencia de existir y manifestar esa existencia mediante un despliegue espontánea, y el registro elemental de esa experiencia, mediante el cual me la apropio, la vivo como mía." (p. 47).

Entendiendo dichos postulados, se implementaron actividades que permiten crear, de las que se especificó anteriormente, que obedecen a un movimiento de planos que, mediante la interpretación de la realidad, se irá desarrollando un punto de vista personal que aportará paulatinamente para la adquisición de una existencia creativa.

Por lo tanto, el docente de artes, desarrolla talleres que inicialmente son dirigidos por él, realizando constantemente la orientación necesaria para la construcción del producto, mediante su voz. Mediante el plano material, desarrolla talleres guiados como son la construcción de máscaras, marionetas y diferentes manualidades y esculturas que permiten manipulación de diversos materiales.

También se desarrollan talleres que requieren de narración, escritura e historia, en el que el papel protagónico, juega un papel fundamental, al igual que son ineludibles las metáforas y apropiaciones de la simbolización, la transmisión de experiencias subjetivas y de estados tortuosos, por tanto, el área psicoterapéutica realiza acompañamiento frecuente, por ejemplo, se desarrollan talleres de construcción de historietas, flipbooks o minicuentos, cuentos, diarios personales, entre otros, en los cuales mediante dibujos o palabras, se ponen en escena aspectos personales, que al decir de Chanti (2021), creador de la historieta Mayor y menor,

evidencia mediante su historieta que “todo está centrado en la identificación y los chicos van proyectando sus propios problemas, su propia vida (...)”.

Las potenciales poco a poco van siendo desarrolladas, en la medida que la realización de sus trabajos requieren apropiarse del manejo de una técnica y darle a ella, su dotación personal; la creación que realizan, les permite darse cuenta de sus capacidades creativas, y cada vez, sus productos llaman a la elaboración, mediante sus propias inferencias, necesidades y gustos, condescendiendo que su imaginación se expanda, permitiéndose vivenciar la confianza en sus propias capacidades y de vivenciar también, la creación de algo propio, con lo que puede tomar contacto con el mundo, haciéndose dueño de ese espacio en la realidad como una parte de su historia, su continuidad, buscando a su vez soporte para su identidad al buscar el reflejo de la mirada del lector (Ortiz, 2014, p. 110-112), llegando muchas veces estas construcciones, en la confianza del espacio psicoterapéutico. De igual manera, aludiendo a lo descrito por Freud, “un escritor se conduce como un niño que juega, es decir, que crea su propio mundo.” (citado en McDougall et al. 2010, p. 11).

Mediante la escritura, se adentra en el mundo objetual de los usuarios y se adquiere visibilidad sobre la función que está adoptando la creatividad, diría, Ortiz (2014) sobre la escritura del adolescente, que es uno de los medios sublimatorios a la sexualidad y violencia, que aportan al fortalecimiento del self, de su continuidad evolutiva, mediante el que se logra disipar el subyacente temor al derrumbe. Adicionando que para Freud, se desarrolla mediante este acto, una ganancia de placer, que varía dependiendo de la estructura dominante. (p. 107-120)

De esta manera, en lo escritos de los usuarios, se descubre desde un self fragmentado hasta uno evolucionando a la integración progresiva, vivenciando fluctuaciones, con la presencia de momentos de cierto equilibrio, miedo, intranquilidad, fluidez o empobrecimiento creativo.

Se desarrollan también talleres de cineforo y cuentoterapia, por su parte, los cuentos utilizados son la mayoría de veces cuentos de hadas, los que “aportan importantes mensajes al consciente, preconsciente e inconsciente, sea cual sea el nivel de funcionamiento de cada uno en aquel instante (...) el cuento es en sí, una obra de arte” (Bettelheim, 2015, p. 12-18). Las historias hablan al yo, estimulan su desarrollo mientras liberan al preconsciente y al inconsciente de sus pulsiones.

Los talleres, enriquecen la vida interna de los usuarios, mientras las pulsiones inconscientes, pueden reordenarse, al fantasear con los elementos significativos de las historias y con su contenido. Se realizan identificaciones que imprimen huellas.

Las historias que se presentan, sean mediante el cine o cuento, son estudiadas por él área de psicoterapia, de manera puedan estar dotadas de un contenido al alcance de elaboración de los usuarios, que sea un espacio con los procesos internos, de igual manera, que permitan que sus escenas, los encuentren en su emocionalidad y los conecten a sus recuerdos y necesidades, por lo tanto los usuarios son retomados durante la presentación y así mismo, al final del espacio mediante la función narrativa, teniendo en cuenta que avocinan gran sensibilidad y tristeza.

Cada usuario dota de un significado a la historia, aludiendo a Bettelheim, situaciones que se dan "como en todas las grandes artes" (2015, p. 18), retomando así, cada usuario una identificación con una escena o personaje que le aporte para dar respuestas, o por su parte para dotarlas de incertidumbres que, mediante la exploración y narración alcanzada, deben elaborarse en el cierre del espacio. Así mismo, serán asimiladas en su propia vida y, de hecho, pueden ser utilizadas para historiarse, se escuchan citadas en sus narraciones en otros escenarios. Por tanto "el cuento es terapéutico porque el paciente encuentra sus propias soluciones mediante la contemplación de lo que la historia parece aludir sobre el mismo y sobre sus conflictos internos, en aquel momento de su vida" (Bettelheim, 2015, p. 31).

Los procesos inconscientes, pueden hacerse comprensibles mediante las imágenes que hablan directamente a su inconsciente y es un material que puede ser accesible a la elaboración consiente. De esta manera las diferentes historias ofrecen materiales de fantasía, de forma simbólica que apoyan a la integración del self, que al decir de Bettelheim, "una fantasía que pueda flotar libremente, que contenga mil formas imaginarias que también se encuentren en la realidad, será una inagotable fuente de material de trabajo para el yo." (p.134).

De esta manera, los talleres han permitido, trayendo nuevamente al espacio, al usuario C, de la Viñeta 2, quien estalló en llanto de difícil contención, cuando se presentó la escena de despedida de los monstruos y Max, en el espacio de cineforo de la película de Donde Viven los Monstruos, basada en la novela de Sendak (1963), se vivenció dicho momento, de llanto, principalmente cuando Max, abraza y se despidió de Carol "el monstruo de estar solo y el temor de ser abandonado" (Gonzales, 2019), expresando su dolor y tristeza, logrando traducirlo frente al abandono, situación que permitió poner en palabras su sentir y que mediante la elaboración del mismo, C, logró posicionarse de sus escenas de despedida en función de la estructuración de su self.

Y así mismo, los personajes y diferentes escenas de las historias, han sido llevados a múltiples escenarios, como en la terapia de juego, sueños, ensoñaciones, psicoterapia, o entre cualquier espacio y momento vivido, permitiendo se la "imagen

que facilita la operatoria que le permite al niño establecer cierta pérdida de goce que lo afecta. Dicha imagen contornea lo real y el niño se toma de ella para comenzar un pasaje que lo demarca del Otro. Establece la mediación con la que inicia la transmutación que lo afirma" (Bruner, 2012, p. 82)

En el marco de los talleres que permite aflorar la creatividad, se desarrollan también el Taller de Panadería y el de Huerta Casera, que, a su vez, entran en interjuego con el programa de economía de fichas, dado que la participación en estos talleres, requiere de un proceso de manejo instrumental y de apropiación de talleres previos, así, los usuarios acceden al taller de panadería o Huerta Casera como mérito a sus logros.

En estos talleres, se desarrolla la actividad, se obtiene un producto que es compartido y que actúa como un gran reconocimiento frente al ambiente de la Modalidad, son talleres que permite despliegue de la creatividad y que aporta, según la interpretación de cada usuarios, al sentimiento de autenticidad, a su autoestima, en tanto provee la autoafirmación y entre tanto, al darse cuenta y dar acogida a la creatividad y a los resultados creadores que puede lograr con sus propias habilidades y potencialidades. De igual manera, al ser realizados en los tiempos de cada usuario, permitiendo que cada uno se acerque a sus propias necesidades y transiciones, movidos por su propio deseo.

Se permite también en estos espacios, darle cabida a la espera y a la paciencia. Teniendo en cuenta el alto grado de impulsividad, irritabilidad, inmediatez e impaciencia de los usuarios, los talleres exigen de la puesta en escena del entendimiento del tiempo que requieren las situaciones para que evolucionen, así la necesidad del manejo del tiempo, adquiere importancia. En los talleres se desliga la necesidad de espera en todos los escenarios, desde la espera para que un material sobrepuesto en otro se seque para poder continuar con su construcción, mientras el pan sale del horno para que pueda ser admirado y disfrutado o aún una espera más larga, que necesitan aguardar cuando la siembra de sus semillas requiere todo un proceso vital para ser flor o fruto. Con esto, la necesidad de comprender la espera cobra sentido y así mismo, se esclarece su necesidad en otros contextos de su vida.

Como es sabido, cada proceso, cada transición y evolución, denotan un tiempo diferente y así mismo, caminos distintos por recorrer, que pueden llamar a la "paciencia de un pescador" (Salazar, 2013, p.54) o por su parte, ser menos prolongados; con lo que se busca resaltar la ineludible labor y abordaje desde la individualidad. Con esto también se denota, que los tiempos del ICBF y por tanto, de las AAC, obedecen solamente a merced del Estado, que enmarca sus propias

necesidades desde el desconocimiento y la impaciencia, siendo que éstas difieren de los tiempos y necesidades que los usuarios requieren para alcanzar su objetivo y sentido de vida.

De esta manera, se gesta el Modelo, con cada una de sus herramientas terapéuticas, buscando ser el ambiente facilitador que les permita a los usuarios ser los protagonistas de sus vidas y que esta vida sea auténtica, espontánea y creativa.

Conclusiones

Para abordar la propuesta y escena de un Modelo de Salud Mental, se hizo necesario retomar de manera amplia el contexto que enmarca dicha realidad, es así, como cobró relevancia la descripción y el encuentro de los diferentes marcos sociales y aspectos tanto históricos como actuales de la vivencia de la Salud Mental en Colombia. Las trayectorias del Modelo implementado desde la subjetividad iniciaron su recorrido, examinando la historia del marco legal con sus políticas públicas, encontrando que el avance de los planteamientos normativos y la proyección paulatina de los objetivos y alcances propuestos en el ámbito de la Salud Mental, adquieren una condición imperante: las necesidades del ámbito son consideradas una prioridad estatal. El planteamiento y promulgación legislativa se desarrolla extensamente. En esta instancia, las realidades de la población alcanzaron protagonismo y es así, como se contrarrestó el marco socioeconómico con el legislativo, realidades que convergieron haciendo evidentes las brechas, desigualdades y necesidades sociales; se denota que el marco legislativo progresa tan solo en el papel que lo contiene, desligado del ritmo y alcance del nivel socioeconómico, sin sostén financiero y así mismo, se permitió entrever el protagonismo de los marcos cultural, laboral y educativo, principalmente y la manera como éstos, problematizan la vivencia y realización de la Salud Mental en Colombia.

Continuando con el reconocimiento del contexto que enmarcó la implementación del Modelo, se entretejió y profundizó en el planteamiento y operación específica del Modelo existente con el que el Estado responde al tratamiento de las patologías graves de menores de edad, en dicho trayecto de profundización en el funcionamiento del mismo desde una mirada clínica, se detectaron importantes necesidades. En este contexto específico, la problemática divisada en el encuentro de los diferentes marcos sociales abordados, se percibió de manera más evidente, confirmando que las necesidades socioeconómicas, culturales, familiares y demás, juegan un papel determinante en la población de menores de edad, que en su mayoría, son “hijos del Estado”.

Así, la conformación de este primer marco contextual, constituyó el punto de partida para el establecimiento de un Modelo que integrara las necesidades terapéuticas y permitiera que fueran abordadas desde la subjetividad; las realidades y necesidades de la población internada, fueron encontrando respuesta en un marco

clínico, acudiendo al psicoanálisis como fuente teórica y práctica, permitiendo la puesta en escena de los conocimientos convidados por los maestros del Instituto Universitario de Salud Mental (IUSAM), conocimientos, que en la trayectoria desvirtuaron estigmas sociales colombianos en este contexto específico, reluciendo con su accionar, denotando la importancia de su aplicación y su capacidad para integrarse y retomar aspectos de otros enfoques para conformar y presentar diversas herramientas terapéuticas. Conocimientos que en la práctica, lograron transformaciones, mediante la implementación de un Modelo que ha permitido que realidades desafortunadas puedan ser leídas, escuchadas y analizadas.

De esta manera se respondió a los objetivos trazados en el presente trabajo final de maestría y se establecen las siguientes conclusiones:

El conflicto armado, los desplazamientos forzados, la corrupción, desigualdad social, la pobreza y demás vejámenes de la violencia atravesadas en Colombia son determinantes de la salud mental, considerándose de esta manera, como una necesidad social que requiere la apremiante articulación de los diferentes entornos y sectores (familiar, comunitario, escolar, laboral, educativo, entre otros) para su abordaje conjunto.

El sistema de salud mental colombiano no alcanza a cubrir las necesidades que la población requiere, presentando principalmente insuficiencia en tanto a la disponibilidad de los recursos humanos, cobertura precaria e inaccesibilidad a los servicios debido a su ubicación centralizada.

A pesar de las promulgaciones legislativas que consideran a la salud mental como prioridad nacional, se encuentran inconsistencias internas entre la estructura y el contenido de las políticas públicas, de la oferta frente a la demanda, se hace visible también, que los ideales y objetivos ambiciosos planteados documentalmente son imposibles de implementar, encontrándose que la salud mental en Colombia, continúa siendo “la cenicienta” en las políticas públicas.

Mientras el sistema de salud en Colombia, continúe operando bajo un carácter reduccionista sin consideración de la subjetividad del malestar clínico, no será abordado el padecimiento psíquico de la población.

Las brechas ideológicas y sociopolíticas, los estigmas y prejuicios sociales y las atribuciones socioculturales negativas continúan representando una barrera importante frente al progreso de la salud mental; resaltándose la necesidad prioritaria de acciones de gestión de conocimiento, educación y promoción, para sensibilizar a la población ante las diferencias individuales y desmitificar los constructos sociales frente a los problemas y trastornos en salud mental; mientras tanto no se realice, perpetuará la

vivencia de la discriminación, el matoneo, la violencia de género, entre otras problemáticas sociales en la realidad del País.

La inequidad social, económica y cultural afecta con mayor ímpetu al sector marginal de la sociedad, acaeciendo sobre él, el aislamiento social, siendo golpeado por los estigmas, los estereotipos y los abusos que aumentan y decaen sobre su condición vulnerable, evidenciándose la incidencia directa entre violencia, trastornos mentales, pobreza y discapacidad.

El grupo poblacional con discapacidad es uno de los grupos sobre el cual recaen las injusticias sociales, siendo uno de los que vivencia mayor vulnerabilidad, enfrentándose con el abandono familiar y social, situación que se presenta con mayor visibilidad en las etapas de infancia y adolescencia.

La falta de garantías del Estado, se hacen evidentes también en el ICBF, que al ser la entidad que trabaja por el goce efectivo de los derechos de los menores de edad y sus familias, opera bajo unos Modelos de Atención de manera desarticulada con los demás sectores sociales como son el sector de salud y de educación primordialmente, reduciendo de esta manera el alcance de sus prácticas, estrategias y objetivos.

Los seudotratamientos que pretender trabajar la salud mental, trazados desde objetivos totalizantes y generalizados no alcanzan un carácter terapéutico; los tiempos, alcances y demás temas de encuadre en general, deben establecerse bajo una mirada clínica enmarcada desde la subjetividad. De lo contrario los usuarios con padecimientos psíquicos serán víctimas de modelos operativos que acentúen la cronicidad de sus síntomas y en el caso de que estos modelos trabajen con la población de DMPs, continuarán contenidos en el devenir, alejándolos cada vez más de la vivencia auténtica de su existir.

El Modelo implementado desde la subjetividad, facilita el tratamiento de sujetos que padecen de patologías graves, siendo aplicable tanto en las modalidades de internado como en las ambulatorias, tales como las modalidades propuestas por el ICBF. Teniendo en cuenta que la funcionalidad del Modelo implementado opera desde el caso a caso, puede considerarse como característico del mismo, su posibilidad de establecer modificaciones según las necesidades de cada sujeto, lo que podría incidir a su vez, en la reducción de tiempos de internación, disminución de recorridos abruptos e interminables por las diferentes modalidades y así mismo, facilitar y posibilitar mayor número de reubicaciones de los usuarios con sus redes familiares y vinculares.

Los objetivos asistenciales y ocupacionales del Modelo de ICBF establecidos alrededor del restablecimiento de la funcionalidad e independencia de los usuarios,

podrían alcanzar objetivos de una rehabilitación psicosocial y cubrir las necesidades psíquicas de los usuarios, al conjeturarse con objetivos del sector de salud mental y el modelo biomédico en general, alejándose de la puesta en escena de un modelo asilar que se enfoca en la modificación de conductas observables.

El rol clínico del psicólogo, apreciado desde el Modelo de ICBF es desvirtuado, proporcionándose a su cargo, funciones desde un marco asistencial y administrativo.

Los principios y objetivos demarcados por el ICBF se desligan del accionar en el ejercicio de la práctica, haciendo que la institucionalidad ocasione perjuicios y riesgos a sus usuarios.

Se demuestra la urgencia requerida por el ICBF, en tanto a establecer una profundización del conocimiento sobre las necesidades psíquicas de la población que atiende, lo que propendería asertivamente a la actualización en el Modelo de Atención existente.

Frente a un mayor conocimiento de la población atendida, en el ICBF se realizarían modificaciones prioritarias en al menos tres aspectos básicos: ajuste del recurso humano según la necesidad de la población, priorizando así, un trabajo clínico para abordar ampliamente las patologías de base de los usuarios; la apropiación de las supervisiones realizadas por los equipos interdisciplinarios del ICBF, posicionando la salud mental de los usuarios sobre los objetivos administrativos y financieros que actualmente presiden dicha actividad y por ultimo, podría evidenciarse disminución del estigma interno evidenciado en el personal del ICBF frente a su población de atención, logrando mayor campo de acción directo.

Es evidentemente apremiante la realización de un trabajo que se considere desde la constitución subjetiva, establecido desde una clínica analítica para el abordaje del sujeto, circunscrita a su vez, desde el diálogo, establecida desde el ambiente continente y generoso que provee la psicología del Self.

El psicoanálisis introduce al Modelo del ICBF y a la institución en general, la dimensión subjetiva y la singularidad del sujeto, permitiendo a los usuarios alcanzar relaciones con el objeto que provean sostén y cuidado, propender un trabajo de duelo, lograr una estructuración e integración psíquica, permitiéndoles reconciliarse con la esperanza y con el mundo exterior, experimentando confianza en el mundo adulto y de esta manera, percatarse de una vivencia auténtica y creativa.

Referencias Bibliográficas

- Ávalos D. (2014). Institucionalidad y subjetividad, participación y valoración de lo institucional. Reflexiones a partir de estudio de caso en tribunal de familia. *CUHSO. CULTURA-HOMBRE-SOCIEDAD*.
http://repositoriodigital.uct.cl/bitstream/handle/10925/1507/Institucionalidad_y_subjetividad.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Apolo, G. (2014). *El acto del duelo: la función paterna en la constitución del deseo*. Letra viva
- Ardón Centeno, N., & Cubillos Novella, A. (2012). La salud mental: una mirada desde su evolución en la normatividad colombiana 1960-2012. *Gerencia Y Políticas De Salud*, 11(23).
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgsp11-23.smmmd>
- Barrero Plazas, A. M. (2016). Perspectiva de la Salud Mental en el contexto colombiano. Comentarios sobre la Ley 1616 de Salud Mental. *Revista Poiésis*, 72-77.
<https://www.funlam.edu.co/revistas/index.php/poiesis/article/view/2093>
- Bauman, Z. (2015). *Amor Líquido: acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Fondo de Cultura Económica.
- Bettelheim, B. (2015). *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Paidós SAICF.
- Bruner, N. (2012). *El juego en los límites*. Editorial Universitaria de Buenos Aires
- Bruner, N. Serritella, J. López, L. Merediz, C. Ojea, V. Kot, C. Rodríguez, A. (2012). Contribución del juego en la constitución subjetiva y en la formación psíquica de la memoria en la clínica de los problemas en el desarrollo infantil. *Revista psicoanálisis y el hospital*.
<https://www.bibliopsi.org/docs/carreras/electivas/ECFP/El-juego-en-los-limitesBruner/Psicoanalisis%20y%20el%20hospital%20version%20final.pdf>
- Cifras Destacadas. Sistema Nacional de Discapacidad. 2020.
<http://snd.gov.co/cifras-destacadas.html>
- Cohen, S. (2015). *La niñez cautiva: salud mental infantil y juvenil*. Fondo de cultura económica.
- Decreto 3039 de 2007.
http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/decreto_3039_de_2007_plan_nacional_de_salud_publica_2007.pdf

Decreto 1421. Educación Inclusiva (2017)

<http://es.presidencia.gov.co/normativa/normativa/DECRETO%201421%20DEL%2029%20DE%20AGOSTO%20DE%202017.pdf>

Discapacidad. (s.f). Organización Panamericana de la Salud.

<https://www.paho.org/es/temas/discapacidad>

Declaración de Caracas. (1990).

<https://www.alansaludmental.com/pol%C3%ADticas-en-sm/pol%C3%ADtica-en-sm-de-la-ops/#:~:text=La%20Declaraci%C3%B3n%20de%20Caracas%20es,reestructuraci%C3%B3n%20de%20la%20atenci%C3%B3n%20psiqui%C3%A1trica%22>.

Derrida, J. (2001, Diciembre). Sigmund Freud Duelo y Melancolía. *Gestiopolis*.

https://redaprenderycambiar.com.ar/derrida/restos/freud_duelo_melancolia.pdf

Discapacitados: 3 de cada 10 han recibido pago por un trabajo (s.f). *El Tiempo*

<https://www.eltiempo.com/economia/sectores/censo-de-poblacion-los-discapacitados-en-colombia-son-el-7-1-y-pocos-tienen-empleo-fijo-369348>

El derecho internacional, instrumento esencial para la promoción de la salud mental en las Américas. (s.f)

<https://www.scielo.org/pdf/rpsp/2001.v9n4/264-268>

Enfermedades mentales: sí hay esperanza. (5 de octubre de 2013). *Semana*.

<https://www.semana.com/salud-mental-esperanza-pinilla-ley/359912-3/>

El diario digital de Sergio Urrego.(10 de Junio de 2020). *El Tiempo*.

<https://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-14510915>

Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003,:

<https://www.asivamosensalud.org/actualidad/radiografia-de-la-salud-mental-en-colombia>

Encuesta Nacional de Salud Mental, 2015.

http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf

Estefanía, J. (2014). Aspectos característicos y diferenciales de la pedagogía Waldorf: una investigación a partir del período especial de Embriología Humana, en la especialidad de Biología de 1º de Bachillerato. [tesis de maestría, Universidad Internacional de la Rioja].

<https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/2690/estefania%20estefania.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Folch, M. (2017, 14 de Marzo). Qué es la pedagogía Waldorf y como llevar su esencia a casa. *Familias en ruta*.
<https://familiasenruta.com/fnr-crianza/la-pedagogia-waldorf/>
- Folch, R. (2019). Los ejemplos de la arquitectura antroposofica de Rudolf Steiner. *EcoHabitar*.
<https://ecohabitar.org/arquitectura-organica/>
- García, A. (1992). El Dr. Francesc Tosquelles I Lla-: Posición del autor dentro de la psiquiatría catalana anterior a la guerra civil y la proyección de esta posición en su obra posterior. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*. 13(46).
<https://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/15341>
- García, J (2007). Psicoanálisis en la institución pública. *Psicopatol. Salud ment.* 9
<https://www.fundacioorienta.com/wp-content/uploads/2019/02/Garcia-Jose-9.pdf>
- Greiser, I. (2012). Psicoanálisis sin diván. Los fundamentos de la práctica psicoanalítica en los dispositivos jurídico asistenciales.
https://www.academia.edu/43371619/Psicoan%C3%A1lisis_sin_div%C3%A1n_Los_fundamentos_de_la_pr%C3%A1ctica_anal%C3%ADtica_en_los_dispositivos_jur%C3%ADdico_asistenciales_Spanish_Edition
- Gonzales, J (24 de Agosto, 2019). Cine y Pediatría (502). “Donde viven los monstruos”, donde maduran los sentimientos de un niño. *Pediatric*.
<http://www.pediatricbasadaenpruebas.com/2019/08/cine-y-pediatrica-502-donde-viven-los.html>
- Gonzales, S. (2021). Las historietas como herramientas clínicas. Entrevista a Chanti, creador de la historieta Mayor y menor. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*. 28. pp. 208-215
<http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/2021-apdeba-controversias-n28-19.pdf>
- Gómez Jattin, R. (2004). *Amanecer en el Vale del Sinú. Antología poética*. Ediciones Fondo de Cultura Económica.
- Gómez, J. C. (Abril, 2008). Identificación de las personas con discapacidad en los territorios desde el rediseño del registro.
<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/identificacion%20en%20los%20territorios.pdf>
- Hamui, A. Varela, M. (2013). La técnica de grupos focales. *Investigación en Educación Médica*, 2 (5), 55-60.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349733230009>
- Hernández, (R) et al. (2014) Metodología de la Investigación. 6ta Edición. McGraw Hill Education.

- Hernández, (R) & Mendoza (C). (2018). Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. Editorial Mc Graw Hill Education.
- Instituto Universitario de Salud Mental, 2021. Maestría en Psicopatología y Salud Mental.
<http://www.iusam.edu.ar/course/mpm/>
- Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (2010). Cartilla 3. Referente Conceptual Estrategia Unidades de Apoyo y Fortalecimiento Familiar - Población con Discapacidad.
<https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/cartilla3unafa.pdf>
<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/discapacidad>
- Inclusión educativa de personas con discapacidad. Padilla, A, 2006.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v40n4/v40n4a07.pdf>
- Las Cartas de Sergio Urrego Previas a su Suicidio.
<https://www.las2orillas.co/las-cartas-de-sergio-urrego-previas-a-su-suicidio/>
- Ley 1098. Código de la Infancia y la Adolescencia.(2006)
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1098_2006.htm
- Ley 1146 de 2007. Prevención de la violencia sexual y atención integral de lo niños, niñas y adolescentes abusados sexualmente.
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1146_2007.htm
- Ley 1346 de 2009. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
<https://www.mincit.gov.co/ministerio/ministerio-en-breve/docs/ley-1346-de-2009.aspx>
- Ley 1878 DE 2018.Modificación Ley 1098 de 2006
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1878_2018.htm.
- Ley 10 de 1990.
<https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2008/6486.pdf>
- Ley 715 del 2001. Nuevas normas y competencias en salud.
<http://www.saludcolombia.com/actual/salud62/noticia62.htm>
- Ley 1616 de 2013.
https://www.defensoria.gov.co/public/Normograma%202013_html/Normas/Ley_1616_2013.pdf
- Ley 1122 de 2007.
http://uvsalud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/ley_1122_de_2007.pdf
- Ley Estatutaria 151 de 2015.
https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Ley%201751%20de%202015.pdf
- Laurent, E. (6 de Septiembre, 2006). Principios rectores del acto analítico. *Blog de la Asociación Mundial de Psicoanálisis*.
<http://ampblog2006.blogspot.com/2006/09/principios-rectores-del-acto-analtico.html>

- Laurent, E. (2009). Dos aspectos de la torsión entre síntoma e institución.
http://ea.eol.org.ar/04/es/template.asp?lecturas_online/textos/laurent_dos_aspectos.html
- Laurent, E. (2000). Psicoanálisis y salud mental.
<https://pdfcoffee.com/gdownload/lauren-psicoanalisisysaludmentalpdf-3-pdf-free.html>
- Ley 1438 de 2011,
<https://colaboracion.dnp.gov.co/CDT/Normatividad/ley1438de2011.pdf>
- Ley 1448 de 2011,
<http://wp.presidencia.gov.co/sitios/normativa/leyes/Documents/Juridica/LEY%201448%20DE%202011.pdf>
- Ley 1804 de 2016. Política de Estado para el Desarrollo Integral de la Primera Infancia de Cero a Siempre.
https://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/ley_1804_2016.htm
- Linares, T. Santín, C. Andrés, M. Menéndez S. López, M. (2002). El modelo ecológico de Bronfenbrenner como marco teórico de la Psicooncología. *Anales de Psicología*, 18 (1), 45-59.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16718103>
- Lineamiento Técnico Administrativo del Programa de Adopción. 2021.
https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/lm16.p_lineamiento_tecnico_administrativo_programa_de_adopcion_v4_0.pdf
- Lineamiento Técnico Administrativo Estrategia de Atención y Prevención de la Desnutrición. Versión 3. 2019.
https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/lm2.pp_lineamiento_tecnico_administrativo_estrategia_de_atencion_y_prevenccion_de_la_desnutricion_v3_0.pdf
- Lineamiento Técnico de Modalidades para la Atención de Niños, Niñas y Adolescentes, con Derechos Amenazados y/o Vulnerados. Versión 7. 2019.
<https://portalpruebas2.icbf.gov.co/lineamiento-tecnico-de-modalidades-para-la-atencion-de-ninos-ninas-y-adolescentes-con-derechos>
- Lineamiento Técnico Modelo de Atención para Adolescentes y Jóvenes en Conflicto con la Ley- SRPA. 2020.
https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/lm15.p_lineamiento_tecnico_modelo_de_atencion_para_adolescentes_y_jovenes_en_conflicto_con_la_ley-srpa_v4_0.pdf
- Lineamiento Técnico para la Atención a la Primera Infancia. Versión 6. 2021.
https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/lm5.pp_lineamiento_tecnico_para_la_atencion_a_la_primera_infancia_v6.pdf

- Lineamiento Técnico para la promoción de derechos y la prevención de vulneraciones en el marco del desarrollo y la protección integral de niñas y niños, versión 2, 2021.
https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/lm3.pp_lineamiento_tecnico_para_la_promocion_de_derechos_y_la_preencion_de_vulneraciones_en_el_marco_del_desarrollo_y_la_proteccion_integral_de_ninas_y_ninos_v2_0.pdf
- Lineamiento Técnico y Administrativo Modalidad mi Familia. 2019.
https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/lm10.pp_lineamiento_tecnico_administrativo_modalidad_mi_familia_v2.pdf
- Manual Operativo Modalidad de Acogimiento Familiar – Hogar Sustituto. 2021
https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/mo4.p_manual_operativo_modalidad_de_acogimiento_familiar_hogar_sustituto_v1.pdf
- Mapa de Procesos. ICBF. 2021.
<https://www.icbf.gov.co/instituto/sistema-integrado-gestion/procesos>.
- Marzo 27 de 2015.
<https://www.asivamosensalud.org/actualidad/radiografia-de-la-salud-mental-en-colombia>
- McDougall, J. Andre, J. De M`Uzan, M. Marinov, V. Porret, P. Schneider, M. Suchet, D. (2010). *El artista y el psicoanalista*. Nueva visión.
- Migliani, A (2020, 22 de Marzo). Cómo diseñar escuelas e interiores basados en la pedagogía Waldorf. *ArchDaily*.
<https://www.archdaily.co/co/935973/como-disenar-escuelas-e-interiores-basados-en-la-pedagogia-waldorf>
- Modalidades de Atención. Primera Infancia.
<https://www.icbf.gov.co/programas-y-estrategias/primera-infancia/modalidades-de-atencion>
- Moguillansky R., Nussbaum S. (2013) *Teoría y Clínica Vincular: fundamentos teóricos del abordaje clínico*. (1ª edición). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Nemirovsky, C. (2013). *Winnicott y Kohut: nuevas perspectivas en psicoanálisis, psicoterapia y psiquiatría: la intersubjetividad y los trastornos complejos*. (3ª ed.). Buenos Aires: Gamma Ediciones.
- Niños, niñas y adolescentes con discapacidad (s.f). UNICEF.ORG.
<https://www.unicef.org/lac/ninos-ninas-y-adolescentes-con-discapacidad>
- Oliveira, Rinaldi & Ferreira, (s.f). Convergencia entre Freud y Lacan.
http://www.convergenciafreudlacan.org/inove4/php/download.php?gal_id=400

- Ordoñez, A. (2016). Psicoanálisis e institución sobre la aplicación del psicoanálisis en dispositivos no analíticos (Trabajo de grado de especialista). Universidad de San Buenaventura, Cali.
- Ortiz, A. (2014). *Psicopatología de nuestro tiempo: de la inquietud adolescente a los trastornos del narcisismo*. Psicolibro ediciones.
- Osorio, I. (enero-junio, 2021). Entre el psicoanálisis y la institución: Un dispositivo psicoanalítico en una institución de salud mental en Colombia. *Revista Affectio Societatis*. 18 (34). 1-28.
<https://revistas.udea.edu.co/index.php/affectiosocietatis/article/view/343976>
- Palummo, J. (2013, Diciembre). La situación de niños, niñas y adolescentes en las instituciones de protección y cuidado de América Latina y el Caribe. *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia*.
<https://www.relaf.org/biblioteca/UNICEFLaSituaciondeNNAenInstitucionesenLAC.pdf>
- Painceira, A. (1997) *Repensando el psicoanálisis desde la persona*. Lumen.
- Painceira, A. (2007) *Repensando el psicoanálisis desde la persona*. Grupo Editorial Lumen SRL.
- Parales-Quenza CJ, Urrego- Mendoza ZC, Herazo-Acevedo E. La insoportable levedad de la política nacional de salud mental para Colombia: reflexiones a propósito de la propuesta de ajuste en 2014. *Revista Gerencia Política Salud*. 2018
<https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/gerepolsal/article/view/23092>
- Pereira, M. (2021). Pasión prismática. *Controversias en Psicoanálisis de Niños y Adolescentes*. 28. pp. 129-158.
<http://www.bivipsi.org/wp-content/uploads/2021-apdeba-controversias-n28-13.pdf>
- Pérez R. (2013). Clasificación de las Habilidades Motoras II.
<https://g-se.com/clasificacion-de-las-habilidades-motoras-ii-bp-H57cfb26d125a8#:~:text=a%2D%20Las%20habilidades%20motoras%20rudimentarias,y%20a%20los%20movimientos%20m%C3%A1s%20habituales>.
- Peñas Felizzola, O. L. (2000). La salud mental en Colombia. *Revista de la Facultad de Medicina*, 48(2), 111-116.
<https://revistas.unal.edu.co/index.php/revfacmed/article/view/19605>
- Panorama General de la Discapacidad en Colombia. DANE. 2020
<https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/discapacidad/Panorama-general-de-la-discapacidad-en-Colombia.pdf>
- Plan Decenal de Salud Pública, 2012-2021.
<http://www.saludcapital.gov.co/DPYS/Documents/Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%BAblica.pdf>

Plan Nacional de Salud Mental 2014-2021.

https://www.asivamosensalud.org/sites/default/files/imce/propuesta_plan_nacional_de_salud_mental.pdf

Polanco, J. Moreno, M (2015). Responsabilidad subjetiva de niños, niñas y adolescentes.

Revista Affectio Societatis. 12(23). 130-148.

<http://aprendeonlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/affectiosocietatis>

Política Nacional de Salud Mental. Resolución 4886 de 2018.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>

Política Nacional de Salud Mental aprobada. Resolución 4886 de 2018.

<https://consultorsalud.com/politica-nacional-de-salud-mental-aprobada-resolucion-4886-de-2018/>

Política Pública Nacional de Discapacidad e inclusión Social 2013-2022. Ministerio de Salud y Protección Social 2014.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/PS/politica-publica-discapacidad-2013-2022.pdf>

Principios para la protección de los enfermos mentales y el mejoramiento de la atención de la salud mental. <https://www.cidh.oas.org/privadas/principiosproteccionmental.htm>

Procedimiento Intervención del ICBF en la Operación del Sistema de Responsabilidad Penal para Adolescentes. 2021,.

https://www.icbf.gov.co/system/files/procesos/p11.p_procedimiento_intervencion_del_icbf_en_la_operacion_del_sistema_de_responsabilidad_penal_para_adolescentes_v3_1.pdf

Quintanar, L. Gómez, R. Solovieva, Y. Bonilla, M. (2011). Características neuropsicológicas de niños preescolares con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Revista CES Psicología, 4(1), 16-31.

Reseña: Lo que no tiene nombre de Piedad Bonnett.

<https://elestanteliterario.com/libros/resenas/lo-que-no-tiene-nombre/>

Resolución 5521 de Diciembre 27 de 2013.

<https://actualisalud.com/images/stories/resolucion5521de2013.pdf>

Resolución 002417 de 1992, *Revista colombiana de psiquiatría*.

<https://www.redalyc.org/pdf/806/80609612.pdf>

Resolución 429 de 2016,

https://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200429%20de%202016.pdf

Resolución 1841 de 2013,

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/resolucion-1841-de-2013.pdf>

Resolución 4886 de 2018. Política Nacional de Salud Mental.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>

Restrepo Miranda, D., Ortiz Monsalve, L. Aproximaciones a la estimación de la oferta y la demanda de médicos especialistas en Colombia, 2015 – 2030.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/TH/Especialistas-md-oths.pdf>

Ribé, J. Martín, T. (s.f). Psicoanálisis, Neurobiología: el fin de una dualidad. *Revista de Psicoanálisis en Internet*, 034.

<https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:dqLYcre0Ur4J:https://aperturas.org/articulo.php%3Farticulo%3D0000635+&cd=1&hl=es-419&ct=clnk&gl=co>

Rojas, M. Miari, A. Paturlanne, E. Rodríguez, L. (2014). *Psicoanálisis y salud mental: un lugar extraterritorial. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

<https://www.aacademica.org/000-035/711.pdf>

Rojas, L. Castaño, G. Restrepo, D. *Salud mental en Colombia. Un análisis crítico*. Rev. CES Med 2018; 32(2): 129-140.

<http://www.scielo.org.co/pdf/cesm/v32n2/0120-8705-cesm-32-02-129.pdf>

Rosselli, M. (Junio, 2003). Maduración Cerebral y Desarrollo Cognoscitivo. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*.

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1692-715X2003000100005#:~:text=La%20mielinizaci%C3%B3n%20es%20un%20proceso,y%20migraci%C3%B3n%20celular%20han%20terminado.&text=Una%20vez%20mielinizados%20sus%20axones,una%20conducci%C3%B3n%20r%C3%A1pida%20y%20eficiente.

Rotemberg, H. (2016). *Estructuras Psicopatológicas e Identidad*. Textos intrusos

Salazar, J. (2013) *Cuentos cortos para malpensados*. Alcaldía de Pasto. Ciudad capital lectora.

Sánchez, M., Cabra, Z., Silva, J. (2021) *Análisis de la salud mental en Colombia y la implementación de la Política Pública Nacional de salud mental*.

https://repository.ces.edu.co/bitstream/10946/5192/1/1053829632_46678630_2021.pdf

Sergio Urrego. <http://www.colombia-diversa.org/p/sergio-urrego.html>

Suicidio de Sergio Urrego, seis años de lucha pero también de impunidad.

<https://www.kienyke.com/colombia/suicidio-de-sergio-urrego-seis-anos-de-lucha>

¿Quien es hulk?. Marvelesa.

https://aminoapps.com/c/marvelesa/page/blog/quieneshulk/g1VJ_1EU6uPlxVaqEqD7beoK0068jKIMEb