UNIVERSIDAD NACIONAL DE ENTRE RÍOS

Facultad de Trabajo Social

Especialización en Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia

TRABAJO FINAL DE INTEGRACIÓN

¿Qué mirada de adulto para qué niño? Un acercamiento desde APS.

Autor/a:
Licenciada en Terapia Ocupacional
María Cecilia Wagner.

Director/a:
Licenciada en Trabajo Social y Magíster en Salud Mental de la Facultad de Trabajo Social de la Universidad Nacional de Entre Ríos y Especialista en Docencia Universitaria de la Universidad Nacional de La Plata María Eugenia Delsart.

Designado/a por Resolución «CD» N.°275/2023

Paraná, Noviembre del 2023

Resumen

El presente trabajo surge de interpelaciones a partir de mi integración en el Equipo de Salud Mental del CAPS Humberto D'Angelo, en el cual transité el último año de la RISaM[1]. La finalidad del mismo es teorizar en relación a los *diagnósticos en infancias* y *Atención Primaria de la Salud (APS)*. La pregunta problema que guiará esta construcción teórica será, *¿cómo se abordan los diagnósticos de las infancias en APS? Una indagación en el Caps Humberto D'Angelo de la ciudad de Paraná durante el período 2022 - 2023*. Pretendiendo realizar lecturas teóricas a partir de la realización de una entrevista semi estructurada a profesional del equipo y de la selección de situaciones de niños/as admitidos/as por el Equipo de Salud Mental del CAPS, utilizando la observación de datos, dentro de la cual se encuentra el análisis de fuentes primarias (historias clínicas, informes de derivación).

Parto de entender a la infancia como categoría socialmente construida en la que se conjugan dimensiones de lo social, no encuadrando a los niños/as en diagnósticos sino develando aquello que determina las dificultades que aparecen, reconociendo que los abordajes en APS requieren de estrategias que se vinculan estrechamente con el contexto social de cada niño/a.

Palabras Claves: Infancias - Diagnósticos - Salud Mental - APS

[1] Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental.

Índice

- Resumen 2
- Índice 3
- Introducción 4
- ¿Diagnósticos de las infancias y APS?: Construyendo un Marco Teórico. 8
  - Infancias 10
  - ¿Qué entendemos por diagnósticos? 12
    - ¿Diagnósticos en infancias? 14
    - ¿Diagnóstico Situacional? 15
  - S**alud** M**ental**. 16
  - **A**tención **P**rimaria de la **S**alud**.** 16
- Analizando 19
  - Diagnósticos en infancias, APS, Salud Mental 19
  - ¿Cuál es la particularidad de la mirada de los diagnósticos en APS? 28
- Cerrando y abriendo... 30
- Bibliografía 32
- Anexos 34

ANEXO I 34

ANEXO II 38

Introducción

El presente trabajo, en el marco de la Especialización en Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia, surge de interpelaciones a partir de mi rotación como residente en el equipo de Salud Mental del Hospital Materno infantil “San Roque” de la ciudad de Paraná, y de mi integración en el Equipo de Salud Mental del CAPS[2] Humberto D’Angelo, transitando allí último año de la RISaM[3].

A partir del intercambio con diferentes profesionales y de mi inserción en los equipos de salud mental como Terapista Ocupacional residente, realizando atenciones interdisciplinarias tanto individuales como grupales; es que comenzaron a interpelarme las numerosas consultas derivadas desde profesionales de otras instituciones (instituciones hospitalarias, centros de salud, juzgados, COPNAF, escuelas) o de madres, padres, referentes adultos, para valoración de disciplinas específicas (psiquiatría, psicopedagogía, fonoaudiología, psicología, terapia ocupacional). En algunas situaciones los niños/as llegaban con presuntos diagnósticos, generalmente trastorno generalizado del desarrollo (en adelante TGD), trastorno de déficit de atención e hiperactividad (en adelante TDAH), autismo, trastorno oposicionista desafiante, psicosis. En otras oportunidades pedían evaluación por “deambular en el aula”, “mala conducta”, hitos del desarrollo no alcanzados, entre otras.

En ambas instituciones se realiza una entrevista de admisión a Salud Mental, donde se realiza una primera aproximación para conocer la situación de ese/a niño/a, colocando el diagnóstico entre paréntesis, posibilitando el conocimiento de la situación en pos de entender que la/el niña/o se encuentra en constitución psíquica, inserto en un contexto familiar y social determinados; en los cuales en ocasiones sus derechos se encuentran vulnerados, siendo las conductas observadas en las/os niñas/os respuestas a ciertos modos de ser, estar, expresarse, pertenecer, y no se trata precisamente de un diagnóstico médico determinado. Siendo parte de ambos equipos surge el compromiso de dar a conocer estas otras formas de abordaje, eligiendo esta vez, la experiencia del Centro de Salud Humberto D’Angelo.

Se transita un tiempo en el que patologizar niños/as como respuesta a los indicadores de malestar subjetivo de los/as mismos/as es cada vez más frecuente, más especialmente con la utilización del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales[1] (DSM). Según Bogado Yanina (s.f):

[2] Centro de Atención Primaria de la Salud.
[3] Residencia Interdisciplinaria en Salud Mental.

> (...) El método fundamental consiste en la observación, por parte de profesionales especializados, de determinadas áreas comportamentales. La presencia o ausencia de determinadas conductas, así como su frecuencia en un tiempo dado, son las que determinan la inclusión o exclusión de individuos en dicha categoría diagnóstica. (p.11)

Tiempos en el que juego se suple con pantallas; tiempos “pos pandemia” en el que hay niños/as que no han tenido la experiencia de encontrarse con otros/as para jugar. Tiempos en el que se abren discusiones acerca de etiquetar a los niños/as.

Autores como Janin (2019) sostienen que “hay otros factores que se deberían tener en cuenta a la hora de un abordaje, operando los diagnósticos tempranos como sellos que lo identifican (“es un trastorno bipolar o un déficit de atención”) impidiendo transformaciones”. (p.25) En este sentido Untoiglich, G (2013) afirma que:

> (...) los profesionales que se ocupan de la salud mental de los más pequeños tendrían que utilizar un lápiz para escribir las primeras hipótesis diagnósticas, que por un lado son necesarias y forman parte del proceso de cura, pero no deben constituirse en una marca indeleble en la vida de un sujeto, entendiendo la infancia como una categoría socialmente construida, en la que se conjugan algunas dimensiones de lo social. (p.61)

En esta línea es que se abre la pregunta: ¿diagnósticos en las infancias? ¿Poner un nombre a las conductas que se perciben es lo que se busca cuando se realizan las derivaciones a los equipos de Salud Mental? Es una pregunta que viene acompañando mi recorrido por la salud mental en estos años. Cada día son más las derivaciones que se realizan especialmente desde las escuelas debido a que los niños “deambulan”, “agreden a los/las compañeros/as”, “hacen berrinches” o desde los pediatras del Caps por falta de lenguaje o porque no alcanzan “desarrollo acorde” a la edad. No se pone en discusión la necesidad de los diagnósticos, porque permiten desde el punto de vista profesional pensar intervenciones y abordajes acordes a las necesidades de ese niño/a, y en algunas situaciones, a fines burocráticos, permite el acceso a “ciertos derechos.” Si, podemos poner en discusión: si los derechos son preexistentes a los diagnósticos, ¿por qué su ejercicio depende de los mismos? Por otro lado, también se podrían discutir los diferentes modos de producirlos, ¿se pueden pensar otros?, ¿qué aspectos quedan afuera?; el impacto que tiene en las infancias; qué intervenciones son posibles para dar respuesta a esta tendencia actual de querer “etiquetar” y en respuesta a las derivaciones que llegan a los equipos de Salud Mental. En este sentido me lo pregunto desde la Atención Primaria de la Salud.

Para el desarrollo de este trabajo es importante contextualizar que el CAPS “Humberto D'Angelo” se encuentra ubicado en la zona sur-oeste de la ciudad de Paraná, comprendiendo los siguientes barrios: Santa Rita, Gaucho Rivero, Anacleto Medina Sur, Anacleto Medina Norte, Padre Kolbe, San Jorge, y San Francisco, donde la población estimada en censo 2010 era de diez mil personas; cifra que 12 años después se encuentra en notorio incremento. Siendo en su gran mayoría grupos poblacionales con alta vulnerabilidad. En este contexto y pos pandemia mediante, vemos incrementado las demandas en salud mental vinculadas a niños y niñas.[4]

Dentro del texto “CAPS Humberto D’Angelo. Una historia construida por su comunidad”, el cual fue producido por los trabajadores del mismo con el fin de contar parte de la historia del Centro de Salud, se menciona que la prevención - promoción - asistencia son los objetivos institucionales, entendiendo la salud como un proceso influenciado por determinantes históricos, económicos y sociales, y no solo por la ausencia de enfermedad. Siendo el objetivo general acompañar, impulsar y apoyar todas aquellas acciones que tiendan al crecimiento del Centro de Salud en el marco de la APS. Reconociendo que “los abordajes en APS requieren de estrategias interdisciplinarias e interinstitucionales que se vinculan estrechamente con el contexto social del chico, al punto que los dispositivos “asistenciales” configuran también el ambiente en el que vive y se desarrolla el niño”. (Montobbio, 2013 p.30) ¿Cómo se alojan a los niños que llegan al Centro de Salud? ¿Qué respuesta se puede dar desde la Atención Primaria de la Salud? ¿Cuál es la particularidad de la mirada de los diagnósticos en APS?

La pregunta problema que guiará esta construcción teórica será, *¿cómo se abordan los diagnósticos de las infancias en APS? Una indagación en el Caps Humberto D’Angelo de la ciudad de Paraná durante el período 2022 - 2023*. Teniendo este trabajo tiene por finalidad, cuestionar, entrecruzar y analizar en relación a los *diagnósticos en infancias y Atención Primaria de la Salud (APS).*

Según Baraldi, Clemencia (2017) “Hoy y aquí nos enfrentamos a una realidad insoslayable: el uso y el abuso que se hace del DSM IV; manual de diagnóstico directamente importado en Estados Unidos de Norteamérica, ampliamente consensuado en el campo de la salud mental.” (p.17). En este sentido Levin, Esteban (2005) aporta:

> (...) los diagnósticos actuales nos enseñan un trayecto hueco, vacío de subjetividad y lleno de coeficientes, rótulos, estigmas que presentifican la dificultad, el fracaso, la

[4] Datos obtenidos del Proyecto de abordaje - 2023. Escrito realizado por parte del equipo de Salud Mental del Caps “Humberto D’Angelo”, abocado a trabajar con infancias. En el mismo se realiza una proyección de los lineamientos que se trabajarán ese año y desde que perspectivas teóricas serán abordadas.

> problemática o simplemente el síndrome patológico enunciado de una sola vez y para siempre. Desde allí se explica, se justifica y comprende todo lo que le pasa a un niño. Por lo tanto, los diagnósticos considerados de este modo delinean en el niño una experiencia sin pensamiento ni resignificación. Fijan y pronostican su futuro. El diagnóstico actual, transformado y decodificado en el futuro del niño, es el fiel reflejo siniestro de una ciencia sin sujeto y sin infancia. (p.56)

Se intentará andar y desandar preguntas, pretendiendo realizar lecturas teóricas a partir de la selección de algunas situaciones de niños/as admitidos/as por el Equipo de Salud Mental del CAPS, analizando y observando las historias clínicas. Como recurso complementario se llevará a cabo una entrevista semiestructurada a una integrante del equipo. Para organizar el escrito se desarrollarán diferentes concepciones teóricas, tomando como referencia diferentes autores en relación a las infancias, diagnósticos, diagnósticos en infancias, APS, salud mental; en pos de continuar construyendo conocimientos y dar lugar al surgimiento de nuevas interpelaciones.

¿Diagnósticos de las infancias y APS?: Construyendo un Marco Teórico.

En este apartado me abocaré a construir y desarrollar el Marco Teórico de este trabajo. Como mencioné anteriormente, para organizar el escrito se desarrollarán diferentes concepciones teóricas, presentando categorías, con la intención de continuar construyendo conocimientos y dar lugar al surgimiento de nuevas interpelaciones.

En primera instancia, desarrollaré conceptualizaciones en relación a la categoría **infancias,** desglosando esta dimensión desde una perspectiva integral, pensándolo desde un proceso que no es unívoco, sino dinámico y conflictivo.

Luego continuaré problematizando acerca de los **diagnósticos**, entendiendo en palabras de Janin (2011), que:

> (...) detectar dificultades tempranamente para poder operar sobre ellas es sumamente importante, pero esto no debe implicar dar un diagnóstico como resultado obligatorio de esa mirada temprana. No se trata de encuadrar niños sino de tratar de deshilar aquello que determina de un modo particular, esa dificultad. El riesgo de los diagnósticos tempranos es que el niño quede atrapado y determinado en un "cuadro" (p. 10).

En este sentido, la autora agrega:

> (...) diagnosticar no es poner carteles sino delimitar cuáles son las determinaciones, que conflictos están en juego, cómo pesa lo intersubjetivo (qué incidencia tiene el funcionamiento psíquico de aquellos que lo rodean) y qué defensas se han estructurado ya en ese niño. (Janin, 2011, p. 10)

Trabajaré también la dimensión **Salud Mental** tomando como referencia la Ley Nacional de Salud Mental N º26.657, la cual propone una mirada integral de cada persona, sujetos de derechos, apuntando a dejar de lado una mirada patologizante sostenida por largos años. Autoras como Janin, Beatriz nos invitan a pensar en un proceso de constitución psíquico dentro de un conjunto complejo de vínculos, proceso único en cada persona, pero a la vez siendo parte de muchas otras historias.

Por último nos parece de importancia mencionar la **Atención Primaria de la Salud**, desarrollando una articulación con las dimensiones anteriores. La Organización Mundial de la

Salud [OMS] y UNICEF sostienen que:

> La APS es un enfoque de la salud que incluye a toda la sociedad y que tiene por objeto garantizar el mayor nivel posible de salud y bienestar y su distribución equitativa mediante la atención centrada en las necesidades de la gente tan pronto como sea posible a lo largo del proceso continuo que va desde la promoción de la salud y la prevención de enfermedades hasta el tratamiento, la rehabilitación y los cuidados paliativos, y tan próximo como sea posible del entorno cotidiano de las personas. (OMS, 2022).

Propongo pensar estas dimensiones desde la *epistemología de la complejidad*, la cual trae consigo aportes en pos de la deconstrucción de la perspectiva positivista, ya que cuestiona la forma reductora e invita a problematizar. Morin (como se citó en Galheigo 2012) plantea que:

> Aprendemos a pensar separando…y buscamos la explicación del todo por medio de la constitución de las partes. Queremos eliminar el problema de la complejidad; la parte está en el todo como el todo está en la parte; cada parte conserva su singularidad y su individualidad, pero de algún modo, contiene el todo. (p.179)

A continuación, Galheigo (2012) continúa mencionando:

> En relación a las cuestiones contemporáneas, Morin las entiende como realidades o problemas de carácter multidisciplinar, transversal, multidimensional, transnacional, global y planetario que no pueden ser conocidos por saberes desunidos, divididos y compartimentados. Es decir que retoma el significado de lo complejo como lo que fue tejido junto. Así, el paradigma de la complejidad desafía el monopolio del saber de la disciplina que cree que puede explicar todo. No niega la necesidad y la existencia de la disciplina. La epistemología de la complejidad admite la incerteza y la imprevisibilidad, y sustenta la importancia de una visión poliocular para los problemas. (p.180)

En este Sentido Najmanovich, D (s/f) propone: “No se trata de un mero cambio de paradigmas, sino de formas de experimentar el mundo y producir sentido, de interactuar y de convivir, una transformación multidimensional en una permanente evolución” (pág 6).

En este sentido, tengo la certeza de que abrir preguntas, problematizar acerca de los diagnósticos, (su construcción su utilización), las diferentes singularidades en las infancias y pensar los diferentes modos de alojar en salud mental desde la atención primaria de la salud da lugar a la complejidad, a no dar por hecho, a no quedarnos con una idea, sino tal vez

reconocer que que es una construcción, en constante movimiento.

Infancias

Para comenzar este apartado, considero necesario contextualizar desde qué marco posicionamiento entiendo las infancias. Se pretende abordar las infancias desde una mirada integral, entendiendo que es una categoría demasiado compleja para reducirla a una sola perspectiva teórica.

Tomando como referencia el texto de Carli, S, (2002), podría mencionar que:

> existen diferentes perspectivas teóricas a partir de las cuales reflexionar sobre la categoría infancias. En primer lugar menciona que según el diccionario de la Real Academia Española, el concepto de infancia alude al período de la vida del hombre que se extiende desde el nacimiento hacia la pubertad. (p.14)

Cabe mencionar que la perspectiva biológica, la cual pone énfasis en los procesos biológicos y fisiológicos que ocurren durante el desarrollo infantil, comprende el crecimiento físico, las influencias genéticas, el desarrollo cerebral y hormonal, entre otros aspectos, para entender cómo estos elementos contribuyen al desarrollo y el comportamiento de los niños. Con respecto a la perspectiva del psicoanálisis, Bleichmar (1993 y 1999) la define como el tiempo de estructuración del aparato psíquico, pero en la constitución psíquica siempre desempeña un papel estructurante la relación con el otro en la medida que toda tópica psíquica es desde el principio intersubjetiva; en este sentido Norma Barbagelatta (2014) nos aporta que:

> (...) la infancia es un tiempo de la constitución de la subjetividad, es un tiempo, espacio y una legalidad diferente a la del adulto. Un sujeto llega a constituirse psíquicamente a lo largo de un período de tiempo, en el cual se tendrán que concretar ciertas operaciones lógicas, que podrían darse o no. (p.218)

Según Carli (2002) “Es en la ligazón entre la experiencia de los niños y la institución de los adultos, que se produce la constitución del niño como sujeto: esta constitución es constitutiva” (p.15).

Para complejizar el concepto de infancia, en el texto “la mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje”, Colángelo, A (2003) tomando al antropólogo Meyer Fortes (citado en Nunes, 1999), señala que:

> (...) no son las fases de maduración biológica, sino las relaciones que el individuo establece dentro de su grupo doméstico y de la sociedad como un todo, las que

> delinean y expresan los cambios dentro del ciclo de vida. Consideramos que es una categoría socialmente construida en la que se conjugan, por lo menos, tres dimensiones de lo social: variabilidad cultural, desigualdad social y género (...) Las identidades no pueden ser pensadas en términos de alguna esencia inmutable o cristalizada, sino como construcciones relacionales, contrastantes (es porque nos diferenciamos de “los otros” que nos reconocemos como “nosotros”), situadas en la historia y, por lo tanto, en constante transformación. (p.2)

Consiguiente con lo mencionado, sintonizo con lo expresado por Lobato, Zaida (2019), quien en el texto Infancias Argentinas expresa que:

> Infancias y familias no pueden pensarse de modo separado. Cualquiera sea nuestro punto de partida, los niños están en el centro de las dinámicas que constituyen a las familias. Ellos requieren crianza, cuidados, afectos, aprendizajes y recursos. Dichas acciones, a diferencia de la creación biológica de los niños, se realizan a largo del tiempo y construyen socialmente a la infancia, involucrando a quienes la realizan- madres, padres, parientes, pero también instituciones- en procesos económicos, sociales y políticos. (p.23)

Otra perspectiva para analizar la categoría infancias es según la Convención sobre los Derechos del Niño, considerando “niño” a todo ser humano menor de 18 años. Dicha Convención reconoce la necesidad de protección especial de los niños debido a su edad y etapa de desarrollo, estableciendo que los niños tienen derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, y reconoce que deben ser protegidos y considerados en todas las decisiones y políticas que les afecten. Estos derechos incluyen, entre otros, el derecho a la vida, identidad, educación, salud, protección contra la explotación y el abuso, a expresar su opinión y ser escuchados, y a participar en cuestiones que le conciernen. La convención pone un fuerte énfasis en el interés superior del niño como una consideración primordial en todas las acciones y decisiones que les afecten y reconoce a los niños como sujetos y no simplemente como objetos de protección. En general, la Convención busca garantizar que todos los niños gocen de una infancia segura, saludable y protegida, y tengan la oportunidad de desarrollar plenamente su potencial.

Todo esto hace de la construcción de la infancia un proceso que no es unívoco, sino dinámico y conflictivo. Las divisiones entre edades o etapas de la vida no sólo son arbitrarias, sino también objeto de disputas y manipulaciones. Esto quiere decir que la forma en que se defina y caracterice la infancia es un fenómeno eminentemente político en el sentido de que tiene que ver con la distribución de poder entre distintos grupos de la sociedad, dado que las

clasificaciones por edad son también una forma de imponer límites, de producir un orden en el cual cada uno debe ocupar su lugar.

Para complejizar aún más, me parece importante traer como aporte una última perspectiva con respecto a la categoría analizada. Según Benassi y Fraile (2007) la Terapia Ocupacional

> (...) es una práctica que procura que el sujeto se ocupe, en tanto que pueda apropiarse, apoderarse de un hacer, que logre habitar un tiempo y un espacio, sentirse alojado, hospedado mientras construye el propio alojamiento, la propia morada… es a nuestro entender, una práctica de subjetivación. (p. 85)

Cabe mencionar que desde esta disciplina se parte de la premisa que enuncia que el juego es la principal ocupación del niño, un hacer que atraviesa su cotidianeidad, ya que el mismo posibilita la adquisición y fortalecimiento de las destrezas y habilidades para la vida, siendo fundamental para fortalecer el desarrollo y el crecimiento integral "(...) es el jugar el que constituye lo infantil de la infancia y, con ello, lo esencial del niño." (Levin. 2017, p 61).

A partir de este desarrollo conceptual abro la pregunta, ¿desde qué posicionamiento se piensan las infancias desde el equipo de salud mental del Caps Humberto D'Angelo?

¿Qué entendemos por diagnósticos?

"Defender la vida supone amparar la posibilidad de movimiento,
de transformación; implica abrirse a lo novedoso y rastrear nuevos caminos
en lugar de etiquetar, catalogar, fijar en un rótulo lo que puede ser puro devenir"
(Janin Beatriz, 2022)

A partir de esta dimensión, pretendo traer a debate diferentes posicionamientos teóricos que nos permitan realizar una lectura compleja.

Si tuviera que pensar en una definición de diagnóstico, lo más fácil sería consultar en la Real Academia Española (2022), la cual aporta que, dentro de la medicina es un término referido al arte o acto de conocer la naturaleza de una enfermedad mediante la observación de sus síntomas y signos.

Dentro del área de la Salud Mental, el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM) (2013), de la Asociación Americana de Psiquiatría, es de los más utilizados, convertida en una referencia habitual para la práctica clínica en el campo de la salud mental. Se trata de una clasificación que pretende servir de guía práctica, funcional y flexible para organizar la información que pueda ayudar en el diagnóstico preciso y el

tratamiento de los trastornos mentales. Ya que no es posible una descripción completa de los procesos patológicos subyacentes en la mayor parte de los trastornos mentales, es importante destacar que los criterios diagnósticos actuales son la mejor descripción que existe sobre cómo se presentan los trastornos mentales y cómo pueden los clínicos reconocerlos.

Según Bogado Yanina (s.f):

> (...) El método fundamental consiste en la observación, por parte de profesionales especializados, de determinadas áreas comportamentales. La presencia o ausencia de determinadas conductas, así como su frecuencia en un tiempo dado, son las que determinan la inclusión o exclusión de individuos en dicha categoría diagnóstica. (p.11)

Coincido con Untoiglich (2013) en sostener que estamos en una época histórica en donde se tiene mucha dificultad para lidiar con el malestar, lo doloroso y esto prepara un campo más fértil para la patologización y medicalización.

Por otro lado Eugenia Bianchi (2016) historiza la transformación del diagnóstico a través de los años, en su aspecto general en un comienzo y luego específicamente en Salud Mental; teniendo como referencia a Foucault, el cual inscribió el diagnóstico en el estudio del conjunto de reglas que permiten establecer (en una sociedad y en relación a un cierto discurso) cuáles son los criterios de verdad, que permiten decidir acerca de la veracidad o falsedad de ciertos enunciados y formulaciones. Analizó tanto el diagnóstico psiquiátrico (Foucault, 2005) como médico-clínico (Foucault, 2003) en el marco de estrategias de los Estados capitalistas para gestionar poblaciones, impulsadas como parte de la medicalización de la sociedad (Foucault, 1996).

Menciono esta postura como premisa que permita acercarme a esta temática, entendiendo como contrapartida, en palabras de Janin (2011), que

> detectar dificultades tempranamente para poder operar sobre ellas es sumamente importante, pero esto no debe implicar dar un diagnóstico como resultado obligatorio de esa mirada temprana. No se trata de encuadrar niños sino de tratar de deshilar aquello que determina de un modo particular, esa dificultad. El riesgo de los diagnósticos tempranos es que el niño quede atrapado y determinado en un “cuadro”. (p. 10).

A partir de estos me reitero la pregunta ¿diagnósticos en las infancias?

¿Diagnósticos en infancias?

"Buscar una cosa
es siempre encontrar otra.
Así, para hallar algo,
hay que buscar lo que no es.
(Roberto Juarroz,en Esteban Levin. 2017, p.55)

Para este apartado me parece de importancia referirme a dos líneas de pensamiento en lo que respecta al diagnóstico y al tratamiento posible en la infancia.

Por un lado, se encuentra el "enfoque ligado a las ciencias médicas, que busca delimitar un trastorno, un síndrome o un cuadro a partir de síntomas observables y "cuantificables". Desde esta mirada los síntomas señalan la existencia de una patología orgánica y el tratamiento suele ser farmacológico" (Tunik et al, 2014, p.17), además de funcionalista, orientado más bien a la conducta, a que se encaje con lo esperado. Por otra parte, se propone otra forma de pensar el diagnóstico en la infancia, la cual se encuentra relacionada a los desarrollos del psicoanálisis, donde se destaca la "importancia de considerar todos los aspectos de la subjetividad, la historia, el entorno y los vínculos del niño con los otros. Desde esta perspectiva se busca comprender las conflictivas intra e intersubjetivas" (Tunik et al, 2014, p.17). Esto se propicia con la escucha del niño en su sufrimiento, y en función de lo expresado se establecen las coordenadas del tratamiento para ese niño.

En este sentido, Janin (2011) agrega que "diagnosticar no es poner carteles sino delimitar cuáles son las determinaciones, que conflictos están en juego, como pesa lo intersubjetivo (que incidencia tiene el funcionamiento psíquico de aquellos que lo rodean) y qué defensas se han estructurado ya en ese niño." (p. 10).

Consiguiente con lo desarrollado Untoiglich et al, (2013) menciona que:

> Cada vez con mayor frecuencia, llegan a las unidades de salud pública o a los consultorios, niños derivados por las escuelas a causa de problemas en sus aprendizajes y/o comportamiento. Generalmente en la derivación ya se deja constancia de una "sugerencia diagnóstica", siendo las más comunes los trastornos neurológicos, psiquiátricos como el Trastorno por Déficit Atencional (TDA o ADD) o el Trastorno oposicionista Desafiante (TOD) o, últimamente, con un auge creciente el Trastorno Generalizado del Desarrollo (TGD). (p.27)

¿Diagnóstico Situacional?

Teniendo en cuenta esta tendencia actual a patologizar conductas pero, a su vez, reconociendo que son necesarios los diagnósticos como ordenadores de los abordajes desde el punto de vista profesional aunque sin determinarlo ni etiquetarlo, es que se puede pensar en un diagnóstico situacional, el cual subjetiviza y tiene en cuenta el ambiente.

Tomando como referencia la entrevista realizada, pensar el diagnóstico como hipótesis o apreciaciones diagnósticas situacionales que guíen las intervenciones, de formas móviles y revisándolas permanentemente, es el posicionamiento que se intenta sostener desde el equipo de Salud Mental. En este sentido Untoiglich (2013) aporta las siguientes reflexiones:

> ¿Cuáles son los pasos que instalan el proceso de patologización de la salud mental? 1- En principio suele haber una causa unívoca y determinista. 2- Impera un paradigma fijo de normalidad y todo aquello que queda por fuera se califica como anormal. 3- Se produce un acto de nominación que construye una clasificación que da sentido a todo lo que le ocurre a ese sujeto, y su vida pasa a ser leída desde esa única condición. 4- A partir de aquí toda la historia de ese sujeto, su pasado, su presente y su futuro estará atravesada por esta categorización. (p.25)

Se naturalizan las funciones, por lo tanto,

> sería natural que un niño atienda a lo que lo adultos esperan de él, si no lo hace es porque tendría una falla en sus neurotransmisores. Esta simplificación de la problemática desresponsabiliza a los adultos de tener que cuestionarse acerca del porqué del padecimiento del niño. (Untoglich. 2017, p.11)

En este sentido Rosato, A y Alfonsino, A coords (2009) en el libro “Discapacidad e ideología de la Normalidad” proponen un cuestionamiento hacia la mirada normalizadora. En muchas de estas situaciones podemos encontrarnos con una mirada normalizadora. Se normalizan tiempos de desarrollo, de crecimiento, de aprendizaje, se construyen parámetros de medida, estándares, pautas. En muchas ocasiones percibimos que genera gran angustia para los adultos que los/as niños/as no actúen o sean como se espera, por lo que muchas veces un diagnóstico, colocarle un nombre a aquello por los cuales sus hijos/as no cumplen con el mandato de normalidad, acerca un poco de alivio. Kippen, E y Lipschitz, A (2006) aportan:

> La normalidad y su ideología normalizadora son una construcción, en un tiempo y en un espacio determinado, fruto de ciertas ciertas relaciones de desigualdad que

> permiten a un grupo instalar ciertos criterios para delimitar qué es y qué no es, es decir, criterios hegemónicos, que aparecen como únicos e incuestionables. (p.118)

Considero que interactuamos con sujetos de derechos, por lo que debemos actuar con un compromiso ético político y social. En palabras de Galheigo (2012), debemos conocer la realidad social desde el punto de vista de quienes están involucrados, comprender las dinámicas del día a día, conocer el modo en que ellos experimentan sus vidas cotidianas y que representaciones hacen de su propia condición; sólo así se puede acceder al significado de forma adecuada.

S**alud** M**ental**.

Como mencioné anteriormente, no podemos hablar de Salud Mental sin tener como referencia la Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657**,** reconociendo la misma como un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona.

En este sentido Janin Beatriz (2011) aporta:

> (...) entendemos que en la infancia no se podría pensar en salud mental la “constitución subjetiva" y tampoco la psicopatología sin tener en cuenta que alguien se constituye en relación a múltiples determinaciones y que toda historia es, siempre, muchas historias (...) En todos nosotros, ha tenido incidencia nuestra propia familia, las generaciones que nos precedieron, los acontecimientos que signaron nuestra vida y el entorno socio-cultural en el que todo esto se fue desenvolviendo. (p.1)

Podríamos pensar que no podemos posicionarnos desde una definición de salud mental en construcción, dada por diferentes determinantes sociales, económicos, biológicos, entre otros. Entender que el/la niño/a es un ser social y se encuentra en constitución subjetiva guiará nuestras lecturas y posición en relación al modelo médico hegemónico.

Atención **P**rimaria de la **S**alud**.**

Cuando se menciona la Atención Primaria de la Salud (APS) en Argentina, se está hablando del nivel más básico y fundamental de atención médica y sanitaria que se proporciona a la población en su comunidad y cerca de su lugar de residencia. Es una de las puertas de entrada al sistema de salud y se centra en la promoción de la salud, prevención de enfermedades, atención médica básica y coordinación de la atención para casos más complejos. En

Argentina, la Atención Primaria de la Salud es una parte fundamental del sistema de salud público y está respaldada por el Ministerio de Salud de la Nación y las autoridades de salud provinciales. Los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS) son las unidades básicas de atención y desempeñan un papel crucial en la prestación de servicios de APS a la población.

Montobbio Adriana (2013) menciona los principios que rigen esta estrategia de salud:

> (…) organizar la demanda de ingreso al sistema entrando en contacto con el hombre sano y acercando a él la disponibilidad de los recursos (...) encontrar las respuestas adecuadas en tiempo y lugar a las necesidades particulares de cada grupo social (...) posibilitar el uso de la intersectorialidad como herramienta, ya que ella permite incorporar y sumar recursos, actividades, iniciativas que habitualmente existen y se desarrollan más allá del sistema formal de salud, a través de otras agencias sociales: escuelas, instituciones barriales, centros de recreación, organizaciones laborales, etc. (p. 12)

La APS tiene como objetivo brindar servicios médicos integrales y accesibles a todas las personas, independientemente de su situación económica o social. Algunos de los componentes clave de la Atención Primaria de la Salud en Argentina incluyen:

* *Promoción de la salud:* Se enfoca en educar a la población sobre hábitos saludables y comportamientos preventivos para reducir el riesgo de enfermedades.

* *Prevención de enfermedades:* Se llevan a cabo actividades de vacunación, detección temprana de enfermedades y promoción de prácticas saludables para prevenir problemas de salud.

* *Atención médica básica:* Los profesionales de la salud en la APS brindan servicios médicos básicos, como consultas médicas, atención de enfermedades comunes y prescripción de medicamentos.

* *Coordinación de la atención:* Los centros de atención primaria sirven como puntos de referencia para remisiones a especialistas y hospitales en caso de necesidades médicas más complejas.

* *Participación comunitaria:* Se busca involucrar a la comunidad en la planificación y toma de decisiones sobre los servicios de salud locales, fomentando la participación activa de la población.

* *Acceso equitativo:* Uno de los principios fundamentales de la APS es garantizar que todos tengan acceso a la atención médica, independientemente de su ubicación o condición social.

Una de las premisas que plantea Montobbio (2013) en relación al lugar del profesional en los equipos de Salud Mental dentro de la APS es poder hacer lugar a la subjetividad en cada demanda. Dar lugar a la necesidad de parar para pensar, escuchar y alojar a ese otro; habilitando espacios de intercambio, problematización. Mantener la posibilidad de que aparezca algo nuevo, en esas situaciones donde parece que ya no hay nada más para hacer, cuestionando supuestos, especialmente cuando se sabe que se trata de cuestiones "curación" o eliminación. Un trabajo artesanal que insume tiempo, energía y una ética profesional, que implica armar una red de sostén, contar con otros trabajadores, otras instituciones, organismos.

En este sentido el Equipo de Salud Mental del Caps plantea que todo niño o niña necesitan de adultos/as que los sostenga implica una posición en el abordaje de las situaciones que los convocan.

> Pensar y definir a un niño en referencia a un ambiente que lo sostiene, aún en aquellos casos que se presente solo y solo consulte, es un modo de sentar posición. De modo tal que si en la consulta surge la inestabilidad o precariedad de tal ambiente, la primer tarea que tendremos que emprender será la de ayudar a fortalecer lo que aún funciona como encarnadura del Otro, para tratar de construir con otros lo que no hay. (…) Es entonces insoslayable instalar el trabajo en red como base de la tarea de sostén ambiental. (Montobbio, A. 2013. p.19)

Analizando.

Tomando como referencia las conceptualizaciones teóricas expuestas anteriormente, en este momento del trabajo, me abocaré a compartir teorizaciones realizadas a partir de los datos recolectados en el trabajo de campo.

Para llevar a cabo la producción de este análisis propongo retomar la pregunta que orientó el desarrollo de nuestro trabajo, *¿cómo se abordan los diagnósticos de las infancias en APS? Una indagación en el Caps Humberto D'Angelo de la ciudad de Paraná durante el período 2022 - 2023.* Con la intención de cuestionar, entrecruzar y analizar en relación a los *diagnósticos en infancias y APS.*

Durante el recorrido me he encontrado también con otros interrogantes a modo de interpelación, hilo conductor. ¿Diagnósticos en las infancias? ¿Poner un nombre a las conductas que se perciben es lo que se busca cuando se realizan las derivaciones a los equipos de Salud Mental? ¿Se pueden pensar en otros modos de producir los diagnósticos? ¿Qué respuesta se puede dar desde la Atención Primaria de la Salud? ¿Desde qué posicionamiento se piensan las infancias desde el equipo de salud mental del Caps Humberto D'Angelo? ¿Cuál es la particularidad de la mirada de los diagnósticos en APS?

Creo de importancia mencionar que la metodología para llevar a cabo el trabajo fue a partir de entrevista semiestructurada realizada a integrante del equipo, y a partir del análisis de las historias clínicas y otros documentos relacionados a algunas situaciones de niños/as admitidos/as por el Equipo de Salud Mental del CAPS. Esa selección fue conversada con integrante del equipo, eligiendo situaciones que sean representativas de la población del Caps. En el momento que comencé a realizar la recolección de datos, a partir de las historias clínicas percibí que no era suficiente, que requería de una implicación mía en el proceso. Ya era parte de los equipos y realizaba intervenciones con esos/as niños/as. Requirió un proceso de reconocer que era necesaria mi incorporación más implicada, tomando la decisión de aportar mi observación, influyendo directamente en el análisis de datos.

Diagnósticos en infancias, APS, Salud Mental.

En apartados anteriores se desarrollaron y entrecruzaron teorías que, considero se constituyen como base a partir de las cuales es posible reafirmar o construir diferentes y nuevos posicionamientos teóricos.

Parto por mencionar, en primer lugar, que desde el equipo de Salud Mental del Caps el concepto de infancias es reflexionado y abordado desde un posicionamiento integral, ya que

percibo que se intenta no dejar ningún punto de análisis por fuera. Tanto la perspectiva biológica, como psicológica, histórica, social son necesarias para analizar la situación singular de cada niño/a. Este posicionamiento permite rescatar la subjetividad de cada uno/a, destacando así que existen condicionamientos que son subjetivos y forman parte de la historia. Cabe mencionar la importancia de no posicionarse desde generalidades, sino desde el caso a caso, generando espacios y tiempos subjetivos para conocer a cada niño/a, en cualquier disciplina interviniente.

A partir de la entrevista realizada, la integrante del equipo menciona que, entre los condicionamientos (tanto sociales como familiares, económicos, de su historia) que se procuran conocer de los niños/as que llegan al Equipo de Salud Mental se destacan: *Cuál es la red existente en torno al/a niño/a. Cómo está conformado el grupo familiar conviviente. Quiénes son los/as adultos referentes de cuidado del/a niño/a. Ingresos del grupo fliar. (laborales, planes, subsidios). Si hay violencia o consumo problemático en los adultos referentes o convivientes. Protección/Riesgos. Cómo es la relación con el/la niño/a. Antecedentes de salud del/a niño/a (internaciones, enfermedades, tratamientos, si han tomado o toman medicaciones en forma prolongada, accidentes). Embarazo, parto. Desarrollo (si amamantó, hasta cuándo, cuándo caminó, controló esfínteres…). Con quién duerme, autonomía en las actividades diarias. Alimentación y sueño actual. Miedos. Cómo es un día del niño en la semana, en el fin de semana. Escolaridad, grado que cursa, relación con pares y adultos y desempeño escolar. Socialización (si concurre a espacios extraescolares, juega con niños/as del barrio, otros). Respecto del motivo de consulta: desde cuándo ocurre, qué ideas tienen acerca de por qué le sucede, qué han intentado al respecto. (entrevista)*

Tener en cuenta estos condicionamientos reafirma el posicionamiento del equipo frente a las admisiones en salud mental. En los diagnósticos presuntivos que se realizan, en los cuales no solo se tienen en cuenta los indicadores biológicos necesarios para cada disciplina, sino que se realiza un abordaje integral, entendiendo, como mencionamos anteriormente, que los condicionamientos anteriormente mencionados también contextualizan la problemática que presenta el/la niño/a.

En este punto, me parece importante poder reflexionar acerca de qué mirada adulta hay sobre ese/a niño/a. Cabe destacar que la primera entrevista de admisión se realiza con el/la adulto/a referente de cuidado y luego se mantiene una entrevista con el/la niño/a.

En este sentido propongo traer al análisis las situaciones individuales de los/las niños/as que seleccionamos, las cuales tienen particularidades muy diferentes debido a la singularidad de

cada niño/a. Para la selección de esas situaciones y su posterior problematización, se han tenido en cuenta diferentes criterios. En primer lugar, mencionar que fueron situaciones en las que intervine y en consecuencia la información resultó accesible, también quise tener en cuenta la heterogeneidad en los aspectos que fueron apareciendo en cada situación y finalmente, fueron situaciones que me movilizaron, habilitando a reflexionar y repensar mis prácticas.

A continuación, se van a describir algunos elementos de las situaciones que se tomaron a través de la observación y del análisis de material documental a partir de los cuales se pueden pensar diferentes teorizaciones, contraponiendo miradas donde los/las niños/a son vistos desde un paradigma reduccionista y otro en el que se intenta rescatar la subjetividad de cada niño/a como sujeto de derecho inmerso en un contexto social, económico y cultural.

* En primer lugar mencionaremos a M tiene 12 años. Fue derivado por la escuela a la psicopedagoga del Caps. Luego de algunas sesiones, la profesional pide intervención al resto del equipo porque percibe síntomas que ella siente no poder abarcar. Se percibe discurso con contenido imaginario. La familia está compuesta por la mamá, el papá y dos hermanos, de los cuales uno de ellos tiene diagnóstico de autismo y asiste a escuela integral. Viven en un monoambiente. Violencia en familiares cercanos de las que M fue testigo. No juega con pares ya que sus padres tienen miedo a la inseguridad y a que le hagan bullying. Solo juega con dos primos más chicos con los cuales se pelea frecuentemente. Juega a videojuegos que le dan miedo. Se comienza el abordaje desde terapia ocupacional y psicología. Se realiza interconsulta con psicóloga y psiquiatra de Salud Mental del Hospital San Roque, donde se instauran algunas hipótesis en relación al entorno familiar. A través de sus historias de fantasía se percibe que ese contenido imaginario protege a M de la hostilidad que recibe; a partir del abordaje se intenta discernir si se trata de eso o alucinaciones. En las entrevistas, a través de juegos pone en palabras situaciones de su cotidiano que lo molestan, lo enojan. A medida que pasan las sesiones se interviene con la mamá y el papá, haciendo entrevistas, devoluciones e indicaciones, como por ejemplo, intentar que los padres y los niños duerman en ambientes diferentes (dando opciones para realizarlo); disminuir el tiempo con las pantallas; o que M no se quede solo en su casa porque es cuando más aparecen de esos personajes que le dan miedo. La mayoría de estas devoluciones o indicaciones son evadidas por parte de los padres, siendo a medida que pasa el tiempo, recurrente el pedido del CUD para M por parte de los mismos. El niño es derivado a interconsulta con neurología, quien dice que los resultados de los estudios se encuentran dentro de los parámetros normales. La neuróloga pide derivación a psiquiatría, aunque el equipo crea que no es pertinente en ese momento, pero comienza a articular con el equipo de Salud Mental del Hospital San Roque para una consulta.

El equipo intenta construir miradas conjuntas; se sugieren movimientos que registren la subjetividad, la emotividad del niño; que lo miren con una mirada situada. Creo importante traer a colación la trayectoria de los niños por diferentes instancias de consulta. No descarto que sea necesario como parte de una construcción de diagnósticos bajo esta mirada integral y heterogénea. Sin embargo, en algunas ocasiones dentro de estos abordajes, se pueden visualizar diferentes lecturas realizadas desde diferentes posicionamientos teóricos. A partir de esta situación, pienso, ¿a quién responde esta búsqueda y ese paso de los niños por distintas instancias de evaluación? ¿Responde sólo a nuestras intervenciones o abordajes? Tal vez, responde también a esa demanda externa por parte del grupo familiar, una búsqueda de seguridades o certezas en un diagnóstico, en un contexto de muchas incertidumbres. Ahora me pregunto, ¿en qué lugar queda el niño bajo estas diferentes miradas? ¿Será que, si acontece algún movimiento en relación a los condicionamientos económicos, sociales, culturales, se daría algún movimiento en relación al diagnóstico presuntivo en relación a M?

* Siguiendo con las descripciones, A., de 9 años de edad**, l**lega al Caps mediante sugerencia de la escuela para que asista a fonoaudiología, psicopedagogía y Terapia Ocupacional. Diagnóstico: problemas motrices, “miopatía en estudio”. Dificultad en el aprendizaje. Impresiona retraso moderado. Consultas recurrentes con neurología desde pequeña. Se encontraba en estudio por posible hipoacusia, lo cual fue descartado. Duerme en la habitación con sus padres, tomada de la mano del padre, hasta hace poco tiempo atrás, dormía en la misma cama. Cuenta con una habitación para ella, por lo cual se trabaja en que la familia pueda acompañarla en el habitar de ese cuarto. Tiene 3 hermanos con mucha diferencia de edad. Interviene psicología.

Se podría pensar en varios diagnósticos presuntivos, pero mientras se trabaja en eso se cree necesario despejar a través de posibles intervenciones tanto con la niña como con su mamá. Se puede pensar que tal vez desde pequeña A recibió miradas reduccionistas, biologicistas y en el Caps pudo experimentar otra forma de ser alojada. Donde el equipo dejó de pensar solamente en lo biológico y funcional, sino que se habilitó a pensar en movimientos subjetivos necesarios que acompañen el tránsito de A por la escuela, en su familia, en su relación con pares, como los condicionamientos sociales, económicos y culturales que son parte de su contexto. Poder escuchar su voz, qué quiere decir A.

* G tiene 8 años. Llega al equipo de salud mental derivado por la escuela y demanda de su mamá. Algunas de las conductas que se relatan acerca de él son: hiperactividad, autoagresión. G tiene diagnóstico orgánico desde los 6 meses, “deficiencia hereditaria del factor VIII”, motivo por el cual no puede golpearse. No juega con otros niños por miedo de su mamá a que se lastime y a la inseguridad en el barrio. Historia familiar de violencia de género. Preocupación de la mamá acerca de tener que dejar la casa donde están y no tener donde

vivir. Se comienza a intervenir desde psicología y terapia ocupacional. Durante las sesiones nos encontramos con un niño con muchas ganas de jugar, propositivo, creativo e inteligente. Se aborda tanto individualmente como en espacios grupales. Su mamá realiza interconsulta con psiquiatría, equipo de salud mental anterior, pediatra de cabecera, sugiriendo la necesidad de una medicación “para que esté más tranquilo como la que tomó cuando era chiquito” Sin embargo todas las miradas coinciden en que es un niño que necesita ser niño, jugar buscando estrategias de cuidado, relacionarse con otros niños.

Nos encontramos con un niño que recibe intervenciones médicas desde los 6 meses. Un niño con muchas ganas de jugar y de relacionarse con otros. De la escuela aprovecha cada segundo que tiene, si está al aire libre solo quiere correr, patear pelotas y andar en bicicleta. El equipo trabaja mucho con su mamá, brindándole devoluciones en relación a todo lo que G puede hacer, brindando pautas para prevenir cualquier tipo de lesión orgánica. La inseguridad del barrio, el miedo a que se golpee, el no tener una vivienda fija son algunos de los motivos que hacen que se quiera proteger aún más a G y de que su mamá tenga la necesidad de que esté más tranquilo. Y G sólo quiere ser niño.

Por último, profundizaré en el relato sobre S, una niña de 4 años derivada por pediatra a la edad de 3 años para abordaje de fonoaudiología (ya que la niña no hablaba) y por el equipo técnico de la escuela con psicopedagogía. Se comienza a abordar desde ambas disciplinas realizando admisiones por separado a partir del año 2021. En Noviembre del 2022 el equipo decide que se podía incorporar a intervenir Terapia Ocupacional. Se percibe retraso en el desarrollo: dice pocas palabras (nombraba algunas y aproximadamente a los 2 años dejó de hablar), escaso contacto visual e interacción. Caminó antes de año y medio. Pautas motoras acorde a la edad. Duerme en su cama compartiendo habitación con su hermana. Nació en el 2019 por lo cual su primer año de vida fue en pandemia. No socializó con ningún niño hasta este año que comenzó el jardín en el 2022. Historia familiar de violencia de género y abusos. En ese tiempo de abordaje se han mantenido reuniones con la escuela y se ha compartido que S ha presentado avances significativos en su tratamiento, como así también se ha proyectado en conjunto la necesidad de un acompañante terapéutico, por ejemplo, para el próximo año escolar. Para poder acceder a este derecho es necesario poseer el Certificado Único de Discapacidad (CUD), por lo que, para tramitarlo se necesita un diagnóstico realizado por un médico. Dentro de la trayectoria de S, no había sido derivada a la neuróloga, por lo que S y su mamá asisten al turno para interconsulta, con informe del equipo y de la escuela. Esa consulta y el informe fueron suficientes para que la neuróloga coloque el diagnóstico de Trastorno del Espectro Autista y se pida abordaje interdisciplinario sin adicionar un informe.

Me parece de importancia traer a debate también el diagnóstico “Trastorno del Espectro Autista” ¿Qué nos dice de la niña? En un primer momento se me ocurre pensar en todos los ítems y descripciones que se encuentran en la página 50 del DSM V, en los que la historia de la niña no aparece. Luego me habilito a pensar acerca de que, para que la niña acceda a ciertos derechos en relación a apoyos que necesita en su cotidiano, precisa del CUD. Por lo tanto, se considera que nos encontramos frente a una gran encrucijada ya que, por un lado, se necesita de ese diagnóstico a fines burocráticos, por otro lado, corre el peligro de funcionar de etiqueta, de definición, “niña con autismo” (sin dejarlo entre paréntesis); también cabe destacar, que solo se basó en un posicionamiento desde una teoría específica sin dar lugar a la singularidad, historia, contexto de la niña. Cuando hablo de reproducir posicionamientos, lógicas médico-hegemónicas, me refiero a un modelo teórico, no específicamente a la disciplina médica, frecuentemente otras disciplinas también reproducimos estas lógicas. Lo que me preocupa es que cada vez es más visible el diagnóstico como un trámite, sin llegar a visualizar que el/la niño/a queda en una posición de objeto y lo terrible que puede ser para él/ella.

A partir de la descripción de las situaciones me habilito a traer algunas lecturas. En primer lugar, en cuanto a las intervenciones del equipo, tanto en la situación de S como en la de M, tal vez se podrían haber planteado abordajes interdisciplinarios desde un primer momento, realizando admisión interdisciplinaria o pensando estrategias en conjunto, que permitan unificar criterios. Con el transcurso del tiempo esto se pudo ir construyendo como así también las hipótesis diagnósticas interdisciplinarias que orientaron los tratamientos.

Por otro lado, cabe mencionar la importancia de terceros que no sean de la familia, aportando otra mirada, alojando, ordenando un cotidiano a través del juego que invita a que se incorporen otros actores. En muchas de las situaciones nos hemos encontrado con miradas adultas desbordadas, discapacitantes, de preocupación en relación a esos niños/as.

Como se ha mencionado anteriormente, en cada una de las situaciones se ha realizado entrevista de admisión (en la mayoría fueron interdisciplinarias) con sus referentes de cuidado y luego se comenzó a intervenir con ellos/as a partir del juego. Se indagó en relación a la historia familiar (embarazo, nacimiento, primeros años de vida, acontecimientos importantes en la historia familiar y del/a niño/a en particular), condiciones de vivienda, vida cotidiana, contexto vincular, situación barrial.

Las cuatro derivaciones se han realizado por distintos motivos: discurso con contenido imaginario, retraso en el desarrollo (dice pocas palabras, escaso contacto visual e interacción), dificultad en el aprendizaje, hiperactividad, autoagresión. De todos ellos un

solo niño tiene una patología orgánica desde los pocos meses de vida, por dicha enfermedad recibe tratamientos invasivos con inyectables y no puede golpearse.

En cada situación, entre la entrevista y los primeros encuentros con los/as niños/as, se identificó cuáles son las conflictivas que estaban condicionando la presentación de cada uno/a, no sólo centrándonos en lo que los/as niños/as hacen, dejan de hacer o se espera que hagan, sino que intentando ir más allá de los indicadores, pensándolo como hipótesis o apreciaciones diagnósticas situacionales que guíen las intervenciones y nos permitan tener el abordaje más apropiado. Diagnósticos móviles y en permanente revisión. Me permito decir que los tiempos de elaboración y construcción son subjetivos, singulares de cada niño/a. Cabe mencionar que en este punto es de gran importancia nuestro posicionamiento ético-profesional al momento de los abordajes y el acompañamiento familiar.

Cabe destacar también que en ocasiones, para las familias, tener un diagnóstico puede abrir un lugar dentro de la discapacidad, que muchas veces produce angustia y un no entender. En otros casos tal vez causa el efecto contrario, pasa a tener una función de alivio, ya que muchas veces el no saber, no entender por qué el/la niño/a no responde a los parámetros de normalidad que se esperan de él/ella puede resultar angustiante. Por lo que se percibe que en ocasiones son los referentes vinculares, que en ese no saber, no entender, acuden a diferentes especialistas a pesar, que desde el equipo de Salud Mental se intente brindar estrategias en el cotidiano para ser llevada a cabo por esos referentes en el contexto del niño/a, y que muchas veces por diferentes motivos (escasos recursos simbólicos, estructurales) no pueden llevar a cabo estas estrategias y la “solución” más próxima es ir en busca de ese diagnóstico.

En consecuencia, creo necesario tensionar en relación a la discapacidad como producción social. Como vengo desarrollando a lo largo del trabajo considero que, referenciándome con Rosato, A y Angelino, M (2009) pensar en la producción social de la discapacidad es situar en el complejo entramado de relaciones de desigualdad inscriptas en nuestra propia sociedad. (...) Demostrar que no hay nada de natural en la discapacidad, que no tiene que ver con el orden biológico de cuerpos y mentes, sino con un orden social y cultural en donde muchas cosas se construyen como diferentes. (Rosato. A, Angelino. M. 2009, p. 34) Anteriormente mencionamos la necesidad de brindar otras miradas, no siempre nos encontramos con miradas y posicionamientos que generen otras formas de alojar. Nos encontramos también con miradas normalizadoras y biologicistas para con los sujetos, pretendiendo ajustar los tiempos de los/as niños/as a los tiempos de la normalidad. Podríamos hacernos una pregunta que deberíamos tener al alcance para re-preguntarnos en diferentes momentos. ¿Qué es la

normalidad?

Como profesionales, podemos elegir ubicarnos desde una mirada reduccionista, que sólo responde a colocar un nombre clasificador a las conductas que se visualizan o podemos posicionarnos desde un lugar en que, además de reunir como elementos diagnósticos los indicadores que el/la niño/a presenta, se abren otras preguntas, dejando así el diagnóstico entre paréntesis, en construcción. De esta forma, se busca y espera, desde el posicionamiento profesional (sin distinción de disciplina), poder devolver otra mirada a ese niño/a. Una mirada que subjetiviza, potencializa. Una mirada amorosa.

Esto nos lleva a pensar que venimos hablando sobre la mirada del adulto hacia los/las niños/as, las narraciones que podemos hacer en relación a lo que ellos/ellas nos presentan, pero, ¿qué lugar dejamos para las narraciones de los propios niños/as? De ahí la importancia de dar tiempo para que los/las niños/as nos cuenten en sus diferentes formas lo que los atraviesa y para que nos muestren el camino para poder acompañarlos, sin agilizar procesos. En este sentido, algunos de los aspectos que se evalúan en los espacios con los niño/as admitidos en el Caps se encuentran: la vinculación del niño/a al espacio, quiénes son sus adultos/as y pares significativos/as, cuál es para él/ella su malestar, cuales son sus necesidades, cómo se protege de su padecimiento, qué le gusta/disfruta/tiene facilitado.

Considero que cada abordaje del proceso de construcción de diagnóstico debe ser pensado desde la singularidad de cada niño/a. Cada proceso de construcción requirió de un tiempo adecuado a los tiempos del niño, que en la mayoría no son los biológicos, sino los subjetivos. En algunos casos, se llega a tener dos diagnósticos como posibles; en otros se llega a un posible diagnóstico que se ha modificado en el tiempo, por lo tanto se han modificado las estrategias de abordaje en relación al tratamiento. Desde el punto de vista profesional nos permite recortar infinidades de posibles abordajes.

Siguiendo con el análisis, quiero reflexionar acerca de la relación entre los motivos de derivación, problemáticas en común de los/as niños/as y la construcción de diagnóstico. Retomando la entrevista a psicóloga del Caps, en la misma se nos transmitió que las principales derivaciones se dan en relación a diferentes motivos: *Retraso madurativo. Problemas en la constitución subjetiva. Padres con intentos autolíticos. Acompañamiento de procesos de duelo. Abuso sexual. Angustia. Conductas sexualizadas. Ansiedad. Temores. Problemas con la alimentación. Hiperactividad. Falta de tolerancia a la frustración.* Berrinches, desobediencia a los/as adultos referentes, etc. (y otras dificultades en la crianza que puntúan el problema en el comportamiento de los/as niños/as, como algo que no está bien en los/as niños/as). *Cambios repentinos en el estado de ánimo. Alucinaciones. Inhibiciones,*

retraimiento. Dificultades escolares (en la adaptación, en el respeto a pautas de convivencia, dificultad para centrarse en las actividades o permanecer en el aula, conductas disruptivas, vínculos violentos, conductas autolesivas o de riesgo para sí mismo/a, etc.) *Riesgo y desprotección familiar*. (entrevista) Además de las singularidades me encontré con problemáticas en común que nos permiten complejizar las lecturas y abordajes. No solo pensar en cada niño/a sino abrir el paso a pensar en grupalidades. En la actualidad, nos encontramos con realidades sociales complejas, compuestas por familias, barrios, ciudades, atravesadas por una historia y por problemáticas que conforman un ambiente de crianza.

En consonancia con lo que se viene desarrollando, la entrevistada expresaba esta complejidad de la realidad social actual en las siguientes palabras:

Niños/as testigos de violencia en la pareja parental. Violencia como pauta de crianza aprendida generacionalmente. Dificultades en la crianza, *respecto de la organización de horarios y actividades, puesta de límites. Exceso en el uso de las pantallas (celular, Tablet, tv). El hacinamiento, poco espacio para el juego, y la intimidad de los/as integrantes de la familia y muy expuestos a la vivencia de las problemáticas de cada integrante del grupo conviviente, así como a la conflictividad entre ellos/as. Hogares uniparentales, madres sobrecargadas de quehaceres, con dificultad económica y falta de tiempo para sostener las necesidades de sus hijos/as y las propias. Dificultades para favorecer gradualmente la autonomía y también la socialización.* (entrevista)

En relación a la información obtenida acerca de los motivos de derivación, problemáticas en común de los/as niños/as que reciben atención en salud mental en el Caps, puedo decir que para transitar el proceso de construcción creo importante partir de la base de problematizar esa llegada del/a niño/a al sistema de salud, con todo lo que trae. Por ese motivo ha sido de importancia darse momentos de conversación, compartir lecturas de la situación desde la disciplina y dar lugar al encuentro interdisciplinario. También ha sido necesario poder acceder a supervisiones e interconsultas con equipos de referencia, como el Equipo de Salud Mental Materno Infantil “San Roque”, entendiendo que el saber no es único y que hay miradas teóricas de terceridades que interpelan nuestro hacer.

En este sentido, cuando menciono que se requiere tiempo, hablo de detenernos un momento, pensar con otros. Sin olvidarnos que detrás de cada decisión, de cada intervención, se encuentra un niño/a, sujeto, de derechos. Correrno de los aprendizajes que traemos y aprender a mirar de otros modos, intercambiando posicionamientos, intentando tener un mismo discurso, es de los haceres más difíciles dentro de un equipo de trabajo. No todos/as tenemos los mismos recorridos, las mismas observaciones. Somos todos/as diferentes,

somos diferentes disciplinas, tenemos diferentes incumbencias.

Entendemos que estas instancias de dar tiempo, de discusión e intercambio, son las que dan lugar a reevaluar ese diagnóstico que dejamos entre paréntesis.

¿Cuál es la particularidad de la mirada de los diagnósticos en APS?

Pretendo problematizar esta pregunta mencionando, en primer lugar, que *desde la APS se tienen en cuenta los determinantes más amplios de la salud integral, en la promoción, prevención y atención en la comunidad*, *ofreciendo atención integral para las necesidades de salud (física, mental, social) a lo largo del curso de vida*. (entrevista) Por lo tanto, en consecuencia a esta atención integral, se propone poder realizar diagnósticos presuntivos, situacionales, entre paréntesis. Las intervenciones que se realizan son propuestas desde un enfoque interdisciplinario e intersectoriales *(salud, educación, CoPNAF, justicia, entre otros);* orientadas a pensar las subjetividades de los/a niños/as, construir abordajes como por ejemplo el armado de redes, y relacionadas con el contexto social, económico, familiar del/a niño/a. *Los/as niños/as necesitan de un adulto que los sostenga, de un "ambiente". En el trabajo con las niñeces, buscamos identificar la red existente en torno a un/a niño/a y trabajar para fortalecerla y ampliarla utilizando los recursos del barrio e incorporándonos como profesionales de la salud en esa red.* (entrevista)

Basándome en el marco teórico, sostengo que no podemos pensar en un niño sin problematizar su ambiente, su red, sin acercarnos a su contexto. Como agentes de salud que formamos parte de un efector que toma las premisas APS como base para pensar sus políticas en salud, en nuestro caso pensando la salud mental a través de estrategias de promoción, prevención y atención; permiten no solo pensar en alojar a un niño "con diagnóstico" sino en acompañar y problematizar su contexto familiar y social, garantizando que cada niño/a tenga acceso equitativo a la salud.

En este marco, desde el área de salud mental del CAPS D'Angelo, entendiendo la salud no solo como la ausencia de enfermedad, y teniendo en cuenta algunos de los determinantes de la salud integral, se planifican y realizan dispositivos grupales de intervención interdisciplinaria (psicopedagogía, fonoaudiología, terapia ocupacional, psicología), para los/as niños/as, y dentro del proceso de desarrollo de estos espacios también hay momentos para el trabajo con los/as referentes de cuidado de los/as niños/as. Entre estos dispositivos planteados se encuentran, la *Juegoteca* ofrecido como un espacio que habilita el juego como condición básica de desarrollo de las infancias. *A través del juego el niño/a investiga, conoce,*

socializa, aprende cómo relacionarse con los adultos y sus pares, favoreciendo e impulsando la comunicación y el lenguaje. Otro dispositivo es el *Grupo Terapéutico*, en el cual *se trabajan los lazos sociales, fortalecer los recursos personales y abordar problemáticas comunes al mundo infantil en general y en particular de la comunidad del área programática de este CAPS, donde los/as niños/as viven situaciones de violencias en el entorno cercano, y muchas veces situaciones traumáticas a muy temprana edad.*

Detrás de la planificación de estas propuestas grupales, como alternativa de abordaje más allá de la atención individual, podemos encontrarnos con una pregunta que interpela y que atravesó el desarrollo de nuestro trabajo, ¿qué mirada de adulto para que niño? Creemos que el punto en cuestión sigue siendo, más allá del nivel de salud desde el cual se piense y se aborde, es el posicionamiento ético-político-profesional personal de cada uno/a para con los sujetos con los que intervenimos.

En este sentido podemos decir que desde la APS se abre una perspectiva de abordaje amplio de los diagnósticos a partir de poder hacer una lectura comunitaria.

Cerrando y abriendo...

En el transcurso del desarrollo se fueron encontrando puntos de problematización y encuentro que, en realidad, tiene gran relación con un posicionamiento personal de quienes habitan y apuestan por la salud. Tal vez el entrecruzamiento que intenté realizar diagnósticos y APS haya resulte osado en un comienzo, ya que en pareció tratarse de dos puntos totalmente diferentes.

Uno de los puntos importantes a retomar, es que al momento de abordar los diagnósticos, como profesionales, podemos elegir ubicarnos desde una mirada reduccionista, que sólo responde a colocar un nombre clasificador a las conductas que se visualizan o podemos posicionarnos desde un lugar en que, además de reunir como elementos diagnósticos los indicadores que el/la niño/a presenta, se abren otras preguntas, dejando así el diagnóstico entre paréntesis, en construcción. Este posicionamiento permite rescatar la subjetividad de cada niño/a, destacando así que existen condicionamientos económicos, sociales, culturales y subjetivos parte de la historia de los/las mismos/as.

Otro punto importante a destacar es en relación a la mirada del adulto hacia los/las niños/as, las narraciones que podemos hacer en relación a lo que ellos/ellas nos presentan y el tiempo para que los/las niños/as nos cuenten en sus diferentes formas lo que los atraviesa y para que nos muestren el camino para poder acompañarlos, sin agilizar procesos. En este sentido, el punto en cuestión sigue siendo, más allá del nivel de salud desde el cual se piense y se aborde, es el posicionamiento ético-político-profesional personal de cada uno/a para con los sujetos con los que intervenimos.

Es importante destacar también, que desde la APS se abre una perspectiva de abordaje amplio de los diagnósticos a partir de poder hacer una lectura comunitaria y desde un abordaje integral en prevención, promoción y atención.

Creo en la apuesta de seguir interpelando-nos en relación a los abordajes en infancias, desde un posicionamiento ético, que aloje y apele a los derechos del niño; acompañando a las infancias. Apelando a tener la lucidez de derivar correctamente, de dar tiempo, de hacer una evaluación que mire al niño/ a en el caso a caso, en su individualidad, dentro de una historia, ambiente con condicionantes económicos, sociales y culturales que incluye también el vínculo con otros.

Darle lugar a los diagnósticos como diagnósticos situacionales, entre paréntesis, entendiendo, al nombrar de Janin, que “los diagnósticos se escriben con lápiz”. Poder brindar una mirada de terceridad es una temática importante en la que creo que hay que seguir pensando,

problematizando dentro de una APS como propuesta, que aloja, que busca prevenir, que va en búsqueda, que intenta abordar integralmente. Con sus falencias y aciertos intenta ser una apuesta de la Salud pública para toda la población, y en especial a las infancias. Sin olvidarnos que siempre es importante detenernos un momento, pensar con otros; recordando que detrás de cada decisión, de cada intervención, se encuentra un niño/a, sujeto, de derechos.

Bibliografía

- Baraldi, C. (2005) Diagnóstico en la infancia. Síntoma y signo. En Untoiglich, G (coord) (2017). Diagnósticos en la infancia. En busca de la subjetividad perdida. Editorial Noveduc.
- Barbagelatta, N. (2014) La infancia como tiempo de constitución de la subjetividad. En Las infancias cuentan. Editorial Fundación La Hendija.
- Bianchi, E. (2016). Diagnósticos psiquiátricos infantiles, biomedicalización y DSM: ¿hacia una nueva (a)normalidad? Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 14 (1), pp. 417-430. https://docplayer.es/19663428-Diagnosticos-psiquiatricos-infantiles-biomedicalizacion-y-dsm- hacia-una-nueva-a-normalidad.html
- Bogado, Y. (s/f) Patologización, medicalización, e inclusión escolar. ¿Qué pasa en las escuelas con las patologías que afectan el aprendizaje? Universidad Interamericana. http://imgbiblio.vaneduc.edu.ar/fulltext/files/TC130846.pdf
- Carli, S. (2002) «Introducción» en Niñez, pedagogía y política. Transformaciones de los discursos acerca de la infancia en la historia de la educación argentina entre 1880 y 1955. https://campus.uner.edu.ar/fts/mod/url/view.php?id=5201&redirect=1
- Colángelo, A. (2003) “La mirada antropológica sobre la infancia. Reflexiones y perspectivas de abordaje” : Mesa: Infancias y juventudes. Pedagogía y formación. Ministerio de Educación. http://www.bnm.me.gov.ar/giga1/documentos/EL001424.pdf
- Fenoglio, H. (2015) “Salud comunitaria y Salud como Derechos Humanos”; dos concepciones en política de Salud Mental.” http://saludcomunitaria.net/salud-comunitaria-y-salud-como-ddhh-dos-concepciones-en-politica- de-salud-mental/
- Fortuna, R; Tunik, P. (2014) “Patologización de la infancia” Universidad Nacional de la Plata. http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/235
- Janin, B. (2019) “El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva”. Colección conjuntiva. Editorial Noveduc.
- Janin, B. (2014) La patologización de la infancia y el lugar de los psicólogos. Publicado en Revista “Nuestra Ciencia” Nº 15 “La cuestión del Diagnóstico en Psicología”. Revista científica del Colegio de Psicólogos de la Provincia de Córdoba.

- Kippen, E y Lipschitz, A. (2006) Demasiado Cuerpo. Capítulo de libro. Editorial Noveduc.

.- Ley Nacional de Salud Mental (26657/2010) Boletín Oficial N° 32041. http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm

- Lobato, Z. (2019) Infancias Argentinas en América Latina. Buenos Aires. Edhasa. https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/art_revistas/pr.10462/pr.10462.pdf

- Montobbio, A. (2013) Cuando la clínica desborda el consultorio. Salud Mental y Atención Primaria con niños y adolescentes. Editorial Noveduc.

- Organización de los Estados Americanos. (2010) Primera infancia: una mirada desde la neuroeducación. OEA/OEC. http://www.iin.oea.org/pdf-iin/rh/primera-infancia-esp.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (s/f) Atención Primaria de la Salud. https://www.paho.org/es/temas/atencion-primaria-salud

- Proyecto de abordaje del Equipo de Salud Mental (2023).

- Rosato, A y Angelino M. A. coords. (2009) Discapacidad e ideología de la Normalidad. Desnaturalizar el déficit. Editorial Noveduc.

- Stolkiner, A. (2013) Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental. Capítulo de libro. Psicolibro. Colección FUNDEP.

- Untoiglich, G. (2013). En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz. La patologización de las diferencias en la clínica y la educación. Buenos Aires: Noveduc, 266 p.

- Untoiglich, G. (2017) Diagnósticos en la infancia. En busca de la subjetividad perdida. Buenos Aires. Editorial Noveduc.

- Villalta, C. y Gesteira, S. (2021). La infancia como categoría social, histórica y cultural. Clase 1 de Módulo II. La construcción históricosocial de la infancia y la adolescencia. [Material de aula virtual]. Especialización en Políticas Públicas de Niñez, Adolescencia y Familia. Universidad Nacional de Entre Ríos, Argentina.

Anexos

ANEXO I

- Entrevista a la Psicóloga EV del equipo de salud mental que trabaja con infancias en el Centro de Atención Primaria de la Salud “Humberto D’Angelo”.

- ¿Se realiza entrevista de admisión?

Sí. Este año, 2023, volvimos a hacer las admisiones disciplinarias, y luego si por la situación vemos la necesidad realizamos interconsulta, entrevista y/o abordaje multidisciplinar.

- ¿Motivo de derivación al equipo de salud mental?

Dada la modificación en la admisión mencionada a partir de este año 2023, puedo detallar los motivos de derivación para atención psicológica y los que piden intervención interdisciplinaria de salud mental:

Retraso madurativo. Problemas en la constitución subjetiva. Padres con intentos autolíticos. Acompañamiento de procesos de duelo. Abuso sexual. Angustia. Conductas sexualizadas. Ansiedad. Temores. Problemas con la alimentación. Hiperactividad. Falta de tolerancia a la frustración. Berrinches, desobediencia a los/as adultos referentes, etc. (y otras dificultades en la crianza que puntúan el problema en el comportamiento de los/as niños/as, como algo que no está bien en los/as niños/as). Cambios repentinos en el estado de ánimo. Alucinaciones. Inhibiciones, retraimiento. Dificultades escolares (en la adaptación, en el respeto a pautas de convivencia, dificultad para centrarse en las actividades o permanecer en el aula, conductas disruptivas, vínculos violentos, conductas autolesivas o de riesgo para sí mismo/a, etc.) Riesgo y desprotección familiar. Acompañar a referentes adultos. Valoración interdisciplinaria.

- ¿Por quiénes fueron derivados al equipo de admisión?

Por los adultos referentes de cuidado. Por profesionales (pediatras, neurólogos/as de otras instituciones de salud: CAPS, CCR Carrillo, Hospitales (HSR, Hospital de La Baxada). Escuelas a las que concurren los/as niños/as que viven en el área programática. Profesionales de nuestro CAPS ej pediatra. Derivaciones internas dentro del área de salud mental. Copnaf y SPD de Copnaf. Justicia: Defensor/a de Menores, otros.

- ¿Cómo se realizan las derivaciones al equipo de Salud Mental?

Las derivaciones suelen ser disciplinares (Psicopedagogía, Psicología, Terapia Ocupacional, Trabajo Social, Psicología).

Cuando se deriva para atención psicológica a niños/as hasta 11 años inclusive, se reciben por: administración (pedidos de adultos responsables, compañeros/as de trabajo del CAPS o derivados por otras instituciones), a través de informes al mail de Salud Mental la derivación de instituciones (Copnaf, Escuelas, Justicia, otras). Luego se llama para coordinar turno de admisión.

Psicopedagogía y fonoaudiología reciben las derivaciones en el consultorio.

- ¿Los niños llegan con diagnóstico presuntivo?

Muy pocos.

La mayoría llega con la descripción de la situación que hace al motivo de consulta por ej. en los informes escolares. En el caso de informes del Copnaf o Justicia suelen venir además con un pedido de intervención disciplinar o multidisciplinar específico.

A veces también llegan derivaciones con Diagnósticos que se formulan como motivos de consulta o derivación, Ej. “Bullying”, “problemas de conducta”.

- ¿Se busca construir diagnóstico?

Sí, pensándolo como hipótesis o apreciaciones diagnósticas situacionales que guíen las intervenciones. Móviles y revisándolas permanentemente.

- ¿Qué aspectos se evalúan en la admisión?

La primera entrevista de admisión se realiza con el/la adulto/a referente de cuidado.

Se evalúa: Cuál es la red existente en torno al/a niño/a. Cómo está conformado el grupo familiar conviviente. Quiénes son los/as adultos referentes de cuidado del/a niño/a. Ingresos del grupo fliar. (laborales, planes, subsidios). Si hay violencia o consumo problemático en los adultos referentes o convivientes. Protección/Riesgos. Cómo es la relación con el/la niño/a. Antecedentes de salud del/a niño/a (internaciones, enfermedades, tratamientos, si han tomado o toman medicaciones en forma prolongada, accidentes). Embarazo, parto. Desarrollo (si amamantó, hasta cuándo, cuándo caminó, controló esfínteres…). Con quién duerme, autonomía en las actividades diarias. Alimentación y sueño actual. Miedos. Cómo es un día del niño en la semana, en el fin de semana. Escolaridad, grado que cursa, relación con pares

y adultos y desempeño escolar. Socialización (si concurre a espacios extraescolares, juega con niños/as del barrio, otros). Respecto del motivo de consulta: desde cuándo ocurre, qué ideas tienen acerca de por qué le sucede, qué han intentado al respecto.

Con el /la niño/a: Cómo se vincula en el espacio. Quiénes son sus adultos/as y pares significativos/as. Cuál es para él/ella su malestar. Qué necesita. Cómo se protege de su padecimiento. Qué le gusta/disfruta/tiene facilitado.

También se tiene en cuenta lo informado por la escuela u otras instituciones intervinientes.

- ¿Qué aspectos considerás que son comunes?

Niños/as testigos de violencia en la pareja parental. Violencia como pauta de crianza aprendida generacionalmente. Dificultades en la crianza, respecto de la organización de horarios y actividades, puesta de límites. Exceso en el uso de las pantallas (celular, Tablet, tv). El hacinamiento, poco espacio para el juego, y la intimidad de los/as integrantes de la familia y muy expuestos a la vivencia de las problemáticas de cada integrante del grupo conviviente, así como a la conflictividad entre ellos/as. Hogares uniparentales, madres sobrecargadas de quehaceres, con dificultad económica y falta de tiempo para sostener las necesidades de sus hijos/as y las propias. Dificultades para favorecer gradualmente la autonomía y también la socialización.

- ¿Qué trayectorias realizaron estos niños/as?

Se trabaja con los adultos referentes de cuidados y con los/as niños/as; en forma individual y/o grupal. Con los equipos técnicos, docentes y directivos de las escuelas; o con equipos del SPD de Copnaf cuando hay vulneración de derechos y riesgo. Con interconsulta y abordajes interdisciplinarios en salud mental o con pediatras. Abordajes psicosociales (ayudas económicas, gestión de subsidios para alimentos, pensiones, etc). Con Organizaciones comunitarias (Jardines maternales, Centro de día, Merenderos que realizan actividades recreativas…).

- ¿Qué otros actores participan?

Cuando hay un problema físico, o para descartarlo, o cuando se advierte que no hay controles de salud o no han consultado con la regularidad requerida para los controles por la edad del/a niño/a se articulan a través del área de Trabajo Social turnos con pediatría y otras especialidades de salud, en el CAPS o en otras instituciones.

Se trabaja en constante comunicación y articulación con los equipos técnicos, docentes y directivos de las escuelas a las que concurren los/as niños/as del área programática.

Se referencia a los niños/as con espacios de recreación, actividad física, apoyo escolar. También se articulan intervenciones con estos espacios.

Cuando se advierte riesgo en la integridad en el/la niño/ay vulneración de derechos, se da intervención a Copnaf y/o a la Justicia.

- ¿Se pueden pensar intervenciones en APS?

Sí. Desde el enfoque de APS se tienen en cuenta los determinantes más amplios de la salud integral, en la promoción, prevención y atención en la comunidad; y se ofrece una atención integral para las necesidades de salud (física, mental, social) a lo largo del curso de vida. Las intervenciones se realizan desde un enfoque interdisciplinario y multisectorial (entre los sectores de la salud, la educación, la protección, la justicia, entre otros).

La **atención clínica** de niños/as también puede ser pensada desde la APS en tanto requiere de estrategias interdisciplinarias e intersectoriales, y que se vinculan con el contexto social del/a niño/a. Los/as niños/as necesitan de un adulto que los sostenga, de un "ambiente". En el trabajo con las niñeces, buscamos Identificar la red existente en torno a un/a niño/a y trabajar para fortalecerla y ampliarla utilizando los recursos del barrio e incorporándonos como profesionales de la salud en esa red.

Actualmente también desde el área de salud mental del CAPS D'Angelo, teniendo en cuenta algunos de los determinantes de la salud integral, programamos y realizamos dispositivos grupales de intervención interdisciplinaria (psicopedagogía, fonoaudiología, terapia ocupacional, psicología), para los/as niños/as, y dentro del proceso de desarrollo de estos espacios también hay momentos para el trabajo con los/as referentes de cuidado de los/as niños/as. Ej. **Juegoteca** (como un espacio que permite el juego como condición básica de desarrollo de las infancias. A través del juego el niño/a investiga, conoce, socializa, aprende cómo relacionarse con los adultos y sus pares, favoreciendo e impulsando la comunicación y el lenguaje) y **Grupo Terapéutico** (para trabajar los lazos sociales, fortalecer los recursos personales y abordar problemáticas comunes al mundo infantil en general y en particular de la comunidad del área programática de este CAPS, donde los/as niños/as viven situaciones de violencias en el entorno cercano, y muchas veces situaciones traumáticas a muy temprana edad).

ANEXO II

- Datos recolectados a partir de la lectura de las Historias Clínicas.

M 12 años Derivado a la psicopedagoga por la Escuela. La psicopedagoga pide intervención del resto del equipo. Supuestas alucinaciones. Discurso con contenido imaginario. La familia está compuesta por la mamá, el papá y dos hermanos, de los cuales uno de ellos tiene diagnóstico de autismo. Viven en un monoambiente. Violencia en familiares cercanos de las que M fue testigo. No juega con pares por miedo a la inseguridad y a que le hagan bullying.

S 4 años Deriva pediatra a fonoaudiología a la edad de 3 años y escuela a psicopedagogía. El equipo decide que comience a intervenir TO. Retraso en el desarrollo: dice pocas palabras (nombraba algunas y aproximadamente a los 2 años dejó de hablar), escaso contacto visual e interacción. Caminó antes del año y medio. Pautas motoras acorde a la edad. Duerme en su cama compartiendo habitación con su hermana. Nació en el 2019 por lo cual su primer año de vida fue en pandemia. No socializò con ningún niño hasta este año que comenzó el jardín. Historia familiar de violencia de género y abusos.

A 9 años Llega con una sugerencia de la escuela para que asista a fonoaudiología, psicopedagogía y Terapia Ocupacional. Diagnóstico: problemas motrices, “miopatía en estudio”. Dificultad en el aprendizaje. Impresiona retraso moderado. Consultas con neurología. Actualmente en estudio por posible hipoacusia. Interviene psicología. Duerme en la habitación con sus padres, tomada de la mano del padre. Tiene 3 hermanos con mucha diferencia de edad.

G 8 años Deriva Escuela Gianelli / demanda de la mamá. Hiperactividad, autoagresión, Diagnóstico orgánico. Deficiencia hereditaria del factor VIII (no puede golpearse). No juega con otros niños por miedo a que se lastime y a la inseguridad en el barrio. Historia familiar de violencia de género. Preocupación de la mamá acerca de tener que dejar la casa donde están y no tener donde vivir.

- Por cada una de las situaciones se ha realizado entrevista de admisión, y un primer momento con algún referente adulto, y en un segundo momento con el niño.
- Las derivaciones se han realizado por diferentes motivos: Discurso con contenido imaginario; retraso en el desarrollo: dice pocas palabras, escaso contacto visual e interacción; dificultad en el aprendizaje; hiperactividad, autoagresión.
- Escuelas, pediatras, madres.
- Por mail institucional, articulación entre profesionales de la institución o anotarse en el cuaderno de administración.

- Algunos llegan con diagnòsticos por causas orgànicas y diagnòsticos presuntivos en Salud Mental, otros no.
- Se indaga sobre historia familiar, condiciones de vivienda, vida cotidiana, contexto vincular, situación barrial. Se realiza visita domiciliaria de ser necesario.
- Violencia, precariedad en las viviendas, falta de juego con pares, inseguridad barrial.
- Dos de ellos desde niños recibieron tratamientos y estudios invasivos. Uno de ellos hasta con medicación psiquiátrica. Los cuatro recibieron atención neurológica.
- Médicos, escuela.