

# **PROBLEMAS PSICOSOCIALES EN LA INFANCIA**

## **INFORME FINAL**

**DIRECTOR: Mag. Ricardo Etchegaray.**

### **INTEGRANTES:**

**Lic. Claudia De Grazia.**

**Lic. Marcela Marsenac.**

**Lic. Silvia Medrano.**

**Lic. Alejandra Parrotta.**

**Lic. Roxana G. Perrotta.**

# ÍNDICE

<b>Introducción</b>	Pág. 3
<b>Presentación del problema</b>	Pág. 4
<b>Metodología</b>	Pág. 5
1. Trabajo con los informantes claves	Pág. 6
2. Acerca de la elección de la muestra	Pág. 7
3. Consideraciones sobre el área de salud mental	Pág. 7
<b>Plan de Trabajo</b>	Pág. 9
<b>Marco teórico</b>	Pág. 10
<b>A. Aspectos Históricos</b>	Pág. 10
Consideraciones sobre el lugar del niño en la historia	Pág. 10
<b>B. Aspectos Psicológicos</b>	Pág. 13
B. 1. Criterios de normalidad	
B. 2. La enfermedad mental en la infancia	Pág. 16
B. 3. Criterios diagnósticos	Pág. 31
B. 4. Consideraciones para el diagnóstico en psicopatología infanto-juvenil en la actualidad	Pág. 32
B. 5. La salud mental de la infancia en la actualidad	Pág. 34
B. 5. a. Síntomas en el aprendizaje	Pág. 39
B. 5.b. La violencia en la niñez	Pág. 40
<b>C. Aspectos Sociológicos</b>	Pág. 41
C. 1. Marco Legal	Pág. 41
C. 2. Infancia, políticas sociales y salud	Pág. 44
<b>Investigaciones recientes sobre Salud Mental en la Infancia</b>	Pág. 50
<b>Los datos y su tratamiento</b>	Pág. 62
1. Datos de salud de la Municipalidad de La Matanza	Pág. 62
2. Hospitales y Centros de Salud relevados	Pág. 77
<b>Análisis de las variables relevadas</b>	Pág. 138
<b>Conclusiones</b>	Pág. 144
<b>Bibliografía</b>	Pág. 151

## **INTRODUCCIÓN**

Si bien los procesos a partir de los cuales se constituye el psiquismo humano en la relación fundante con el semejante son permanentes, hay modificaciones en la subjetividad que se producen a partir de los cambios históricos, sociales e ideológicos.

La subjetividad infantil actual tiene características peculiares que están en relación a las modalidades culturales y a las particularidades de la realidad social en cada sociedad.

Las características de la niñez en nuestra época responden a una realidad en la que se da la sobrevaloración de lo virtual por sobre la experiencia del mundo, la prevalencia de la imagen por sobre la palabra. El desarrollo de la tecnología promueve otras formas de aprendizaje no sistemático que favorece algunas capacidades mentales en detrimento de otras.

Las relaciones humanas se han modificado y como consecuencia la relación paterno-filial presenta en la actualidad problemas diferentes a los de épocas pasadas.

Los problemas de salud mental en los niños suelen permanecer muchas veces invisibilizados, el niño soporta el narcisismo parental y difícilmente aceptemos ver que estamos equivocándonos en el ejercicio de las funciones de crianza. Asimismo las características de su psiquismo en constitución, hace que se desvaloricen algunos signos de dificultades por considerarlos pasajeros. La invisibilidad de las patologías en la infancia tiene como consecuencia la demora en los tratamientos con la correspondiente complejización de los problemas.

A partir de estas reflexiones nos encontramos con la necesidad de revisar la salud mental de los niños para averiguar cuáles son los problemas de mayor incidencia en la actualidad y cómo se trabaja con ellos, cuál es la respuesta institucional y social a las problemáticas de la infancia.

## **PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA**

Recientes investigaciones en el área de salud mental en la infancia remarcan los problemas asociados al sub registro o la falta de registro de los problemas que, en dicho campo afectan a la infancia<sup>1</sup>.

La presente investigación parte de considerar las consecuencias de esa ausencia de información general para el partido de La Matanza, en particular y se propone realizar una primera aproximación al campo de estudio desde un diseño exploratorio y descriptivo que permita organizar los datos relevantes de los hospitales y centros asistenciales del partido.

El estudio pretende identificar los problemas más frecuentes de salud mental en la infancia y los criterios mas usados para establecer diagnóstico, pronóstico y tratamiento de los mismos. Así mismo, nos proponemos indagar si han existido cambios en la incidencia de cada tipo de patología en estos últimos años, a la vez que iniciar la construcción de un mapa de distribución de las mismas, tendiente a correlacionarlas con los factores socio-económicos.

Los objetivos centrales que guiarán el estudio pueden resumirse en los siguientes ítems:

- Indagar problemáticas de salud mental infantil con mayor incidencia en el partido.
- Analizar los factores sociales, culturales y económicos asociados a la prevalencia de patologías.
- Promover la descripción del proceso salud – enfermedad desde una dimensión social.

---

<sup>1</sup> Problemas en salud mental en la infancia. Informe final 2007, en prensa. Publicado on line por el Ministerio de Salud de la Nación.

## **METODOLOGÍA**

La población a estudiar estará compuesta por niños y niñas entre seis y once años de edad. La decisión de seleccionar para la muestra niños y niñas a partir de esta edad se debe a que la entrada en la escolarización pone de manifiesto patologías que podían haber sido ignoradas hasta ese momento por la falta de instancias para su diagnóstico.

El proceso de selección de la muestra tiene dos posibilidades. Una de ellas es que intentaríamos consultar el registro epidemiológico del Partido de La Matanza a partir del cual trataríamos de poner en correlación las patologías encontrados en los niños y niñas y el contexto económico, educativo, cultural en el que viven. Este camino nos llevaría a un método de trabajo cuantitativo de análisis de los datos a través del uso del programa SPSS. Si no fuera posible, utilizaremos solamente un método de trabajo cualitativo a través de la técnica del muestreo teórico.

El muestreo teórico es el proceso de recolección de datos para generar una teoría por medio de la cual el analista (sociólogo, psicólogo, antropólogo) a la vez recoge, codifica y analiza su información y decide qué datos escoger inmediatamente después y dónde encontrarlos a fin de desarrollar su teoría/ hipótesis como ésta va surgiendo (Glaser, B y . A. Strauss, 1967)

Un trabajo de campo de tipo exploratorio y descriptivo nos permitirá recorrer los centros de salud con el objetivo de indagar sobre el diagnóstico y tratamiento de los problemas más frecuentes de salud mental en la infancia.

En el caso de niños y niñas de las edades señaladas y por las características de los problemas a estudiar se recurrirá en la obtención de la información a quienes se consideran “informantes claves”; los profesionales idóneos: médicos psiquiatras, psicólogos, trabajadores sociales, que trabajan en los hospitales y centros de salud mental del partido de La Matanza, con quienes realizaremos entrevistas semi estructuradas.

## **1. Trabajo con los informantes claves**

Según Morris Zelditch (1975) con el concepto de informante clave se alude a una técnica de investigación social que requiere la identificación de los sujetos más aptos para informar sobre dimensiones específicas del contexto social, en el caso de nuestra investigaciones, las enfermedades mentales infantiles y su distribución e influencias sociales y culturales.

Es necesario tener en cuenta para la selección de los informantes el hecho de que no existe un informante único que tenga detallado conocimiento sobre las características generales de una comunidad o grupo social, sino que el informante clave, al decir de Pertti Pelto (1979), es aquel que él llama “el informante bien informado”. Su identificación requiere un, a veces, largo y complicado, proceso de búsqueda, muchas veces, a través del ensayo y error para poder determinar con qué informantes podremos obtener el grado máximo de confiabilidad y validez para una investigación.

En este proceso, utilizamos algo así como auxiliares, es decir, aquellas personas que por su oficio o profesión estén en una posición más cercana a los datos que puedan llegar a convertirse en “claves” para nuestros propósitos.

La contracara de esta cercanía y lo hemos tomado en cuenta especialmente, es que no signifique actitudes prejuiciosas o tendenciosas. Por otro lado, tampoco debemos dejar de considerar que aún aquellos actores sociales no debidamente informados acerca de las especificidades de determinadas situaciones sociales, pueden exhibir actitudes también prejuiciosas que los podrían también convertir en “informantes clave” para otras dimensiones del problema de la investigación.

En síntesis, cualquier entrevistado puede llegar a convertirse en “informante clave” si se lo puede ubicar correctamente dentro de la dimensión que nos interesa para la investigación.

## **2. Acerca de la elección de la muestra**

Como surge de las consideraciones del presente informe, la consulta de los posibles registros epidemiológicos del Partido de La Matanza en lo referente a patologías mentales en infancia no fue posible. Los registros epidemiológicos no existen, a nivel municipal y tampoco a nivel provincial, ya que, de acuerdo a lo expresado por los informantes claves y los entes de salud consultados al respecto, los registros de atención se realizan sin informar diagnóstico.

Esto impone a nuestra investigación la utilización del muestreo teórico en la cual el proceso de recolección de datos va generando y enriqueciendo la teoría y delimitando qué nuevos datos escoger para avanzar en el proceso de la investigación.

Juan Samaja<sup>2</sup> plantea retomando la clasificación de las distintas muestras de Galtung,<sup>3</sup> que las investigaciones exploratorias deben elegir muestras finalísticas, ya que los sujetos de estudio deben ser elegidos deliberadamente según ciertas características relevantes para la investigación.

Desde el punto de vista de la representatividad de la muestra elegida, las entrevistas se realizarán en los principales Hospitales y Centros de Salud del Partido de La Matanza, así como Centros de Referencia y Zonales que reciben menores en situación de crisis.

## **3. Consideraciones sobre el área de Salud Mental en La Matanza**

El partido de la Matanza se encuentra dividido en tres “Regiones de Salud”, y cuenta además con Centros especializados y Hospitales Provinciales.

Las dos primeras regiones de salud cuentan con un hospital cabecera de la zona (Hospital Materno Infantil Dr. Equiza en la Región I, Hospital Materno Infantil Teresa Luisa Germani en la Región II) y la Región III (San Justo) esta coordinada desde una Unidad Sanitaria.

---

<sup>2</sup> Samaja, J., “Epistemología y Metodología”, Buenos Aires: Eudeba, 1993.

<sup>3</sup> Galtung, J., “Teoría y Técnicas de la Investigación Social”, Buenos Aires: Eudeba, 1978.

El trabajo de selección de las unidades de salud a relevar combinó los datos obtenidos de las entrevistas con los primeros informantes claves, procedentes de los Centros especializados del partido, con las estadísticas de consulta obtenidas a nivel provincial.

De entre los Centros Especializados se seleccionaron dos, puesto que son los únicos especializados en niños (el Hospital Municipal del Niño, de Isidro Casanova) y en salud mental (el Centro de Salud Mental Dr. Mario Tisminetsky, en San Justo).

Se consideró además a los dos Hospitales Provinciales del partido (Hospital General de Agudos Simplemente Evita, de Gonzáles Catán y Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Paroissien, de Isidro Casanova) por el número de consultas diarias que reciben ambas instituciones.

Se contempló el cambio legal que enmarca este momento histórico a nivel nacional (ley 26061) y a nivel provincial (ley 13298) por el cual resulta necesario efectuar entrevistas con profesionales del Equipo Regional de Salud Mental y del Centro de Protección Local de los Derechos, o Servicio Local, y se seleccionaron centros de salud de cada una de las regiones, cuyo número de consultas reportadas en el período 2005 – 2010 resultara significativo, independientemente de si constituía un centro de referencia de la zona en cuestión, pues alguno de ellos no reporta atención psicológica o psiquiátrica a niños en el periodo mencionado.

Los ejes fundamentales a trabajar durante las entrevistas en los centros seleccionados, para el área de Salud, tienden a indagar

- \* Qué tipo de población infantil atiende el centro.
- \* Cuáles son las patologías más frecuentes en los niños que consultan.
- \* La evolución y el cambio en la presentación de casos en los últimos cinco años.
- \* Cuál es la principal fuente de derivación y si han registrado cambio en la misma en los últimos cinco años. Cómo se comporta la demanda espontánea.
- \* Existe relación significativa entre nivel socioeconómico de las familias y la presencia de algunas patologías en particular?.



- \* Reconoce diferencias o particularidades en la presencia de patologías en niños y en niñas?.
- \* Cuáles son los criterios más frecuentemente usados para diagnosticar?.Existe acuerdo a nivel general entre los profesionales con dicho criterio?.
- \* Reconoce alguna variación en la edad de consulta o derivación en los últimos cinco años?. Si existe, a que debe atribuírsela según su criterio.
- \* Quién y de qué modo establece el diagnóstico en el centro de salud en el que usted trabaja?
- \* Qué tan frecuente es el uso de medicación en niños? Que medicación es la más utilizada y qué casos?.
- \* Cómo es la circulación del paciente en el centro y que tipo de trabajo interdisciplinario es el más frecuente.
- \* Cuáles son los casos que el centro de salud puede atender y cuáles deriva. Dónde deriva? Qué tipo de trabajo en red existe con los centros a los que se deriva?.

## **PLAN DE TRABAJO**

Primera etapa:

- a. Ampliación del marco teórico.
- b. Recolección de datos y confección de un mapa de hospitales y centros de salud de atención pública.
- c. Selección de instituciones de salud, representativas de la población a estudiar.
- d. Contacto con informantes claves de las instituciones seleccionadas.
- e. Confección de los instrumentos para las entrevistas a informantes claves.

Segunda etapa:

- a. Recolección de la información. Entrevistas a informantes claves.

Tercera etapa:

- a. Análisis e interpretación de los resultados.
- c. Conclusiones

## **MARCO TEÓRICO**

Hemos considerado necesario profundizar algunos aspectos del marco teórico que pensamos son de fundamental importancia para comprender los problemas de la salud mental en la infancia.

En primera instancia, hemos realizado una reseña del lugar del concepto de niño en la historia, luego, hemos reseñado consideraciones teóricas dentro de la psicopatología que dan cuenta de su historia y de las nomenclaturas diagnósticas más utilizadas en la actualidad, para clasificar las patologías de la infancia.

Asimismo se han reseñado conceptualizaciones de la psicología que hacen aportes importantes en la descripción y análisis de los problemas de salud mental en niños, en la realidad argentina actual.

En relación a lo sociológico nos centramos en considerar los cambios en la legislación competente en relación a los menores y sus implicancias en la atención que se les ofrece, así como las políticas que se implementan al respecto.

### **A. ASPECTOS HISTÓRICOS**

#### **A. 1. Consideraciones sobre el lugar del niño en la historia**

Destacaremos distintos momentos históricos en la consideración del niño, desde que este concepto surge como tal, hasta la actualidad, con el objeto de enmarcar su significación.

Según el principal investigador histórico de la infancia, P. Aries, hasta el renacimiento el niño fue tratado como objeto, considerándolo impuro, presa de sentimientos diabólicos. El adulto lo usó de pantalla donde proyectar sus peores aspectos, temores y fantasías. San Agustín dice que es símbolo del mal, pesa sobre él el pecado original. Es así que el infanticidio y el abandono de niños no fue penalizado. Se

los azotaba frecuentemente. Recién en el siglo XIX se penalizaron los castigos corporales a los niños.

Es recién en la Edad Media, bien entrado el renacimiento, que comenzaron a aparecer leyes para impedir el abandono de niños y se crearon Hospicios para paliar el problema de los infantes abandonados.

Aún así, según relata Aries<sup>4</sup> la familia del siglo XVII dista de la actual por la ausencia del amor y la intimidad en la unión entre padres e hijos.

Es Rousseau (1712 – 1778) quien propone a la familia como un modo de vivir desarrollando el amor a la patria. Proclama al amor como sentimiento guiado por la razón y nutrido por la piedad. “El buen marido y buen padre, y el buen hijo dan origen al buen ciudadano.”<sup>5</sup>

A partir del siglo XVIII podríamos decir que se reivindica, paulatinamente, a la infancia. Se describe al niño en el marco social, su lugar marginal, sus sufrimientos y también la vivencia pasada y añorada, de un modo romántico.

A comienzos del siglo XIX Richter ve al niño “como una aurora para el mundo futuro” y “como el eco de todo lo divino y hermoso que ha puesto Dios en el hombre”.

Desde la literatura, comienzan a producirse obras como la de Dickens, quien en *Oliver Twist* y *David Copperfield*, describe al niño desde una imagen moralista, pero construye la primera descripción de la subjetividad infantil.<sup>6</sup>

La visión naturalista pone en tela de juicio la bondad natural del niño y solo lo muestra como humanidad sufriente.

El existencialismo lo describe como un “camaleón”, fingiendo en busca de agradar a los otros.

---

<sup>4</sup> Aries, Ph., “El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen”, Madrid: Ed. Taurus, 1987.

<sup>5</sup> Lloyd De Mause, “Historia de la infancia”, Madrid, Alianza Editorial, 1991.

<sup>6</sup> Quintero Q., M., “Siglo XX: ¿Reivindicación de la infancia?”, Revista Educación y Pedagogía, Vol. XI, N° 23-24, Universidad de Antioquia, Medellín, 1999.

F. Doltó<sup>7</sup> señala que Isidoro Duchase es el primero que describe verdaderamente al sujeto infantil en su libro *Cantos de Maldoror*.

Vasconcelos, en su libro “Mi planta de naranja-lima”, narra el duelo de la vida imaginaria de la primera infancia.

En los escritores románticos son los “recuerdos encubridores” de los mismos autores lo que aparece como vivencias del niño, podríamos pensar que es la niñez del adulto a partir de sus recuerdos concientes.

Con el advenimiento de la familia nuclear los conflictos y tensiones emocionales son mucho más intensos y explosivos. La forma de relación se torna cada vez más íntima y posesiva. El mundo imaginario del niño complejiza su dinámica.

El discurso de los pacientes de Freud mostraban los efectos perniciosos de la ley patriarcal en la constitución de la subjetividad. Con el psicoanálisis aparece el inconciente y en él permanece viva la infancia. Así la infancia se eternizó al dejar de ser un momento cronológico en la vida del hombre y pasa a ser un tiempo lógico, estructura imaginaria donde se anudan los grandes y pequeños acontecimientos de la cadena generacional. El pasado, la historia se condensó en el lenguaje cifrado, en los jeroglíficos y símbolos de la infancia.

El niño pasa a ser un sujeto sometido a conflictos, que vive con intensidad, pero carece de expresión en el lenguaje para sus sufrimientos. El niño está situado a través del cruce de coordenadas inconcientes del deseo parental. Pasa de ser un “hecho natural” a ser un objeto libidinal. Es particularizado e historizado mediante un discurso que lo nombra. La existencia reposa sobre un orden simbólico que da origen a la subjetividad.

Esto da al niño estatuto de sujeto y confiere a la relación padre – hijo cargas de responsabilidad y respeto. El saber inconciente da la posibilidad de transformación de los efectos de la historia en el padre y la posibilidad de construcción de una historia con lugares diferentes para padre e hijo.

---

<sup>7</sup> Doltó, F., “La causa de los niños”, Bs. Aires: Alianza Ed., 1992.

El proyecto ético del psicoanálisis promueve una relación en el plano de la realidad, en la que el niño imaginado, producto de las identificaciones del padre con sus padres y su hijo, que representa para él su propia infancia desvalida, sea sustituida por el niño en la realidad, niño deseante, que demanda al adulto reconocimiento, niño que goza y sufre, niño protagonista y atravesado por el lenguaje.

En el siglo XX el niño es una persona de derecho. Sin embargo sigue pesando sobre él la carga imaginaria de la historia.

Dice Phillippe Aries: “El niño ha ingresado en el mundo cambiante de la Historia por el sesgo de la educación. La historia de la educación ha sido durante mucho tiempo aquella de la formación del ciudadano”<sup>8</sup>.

La vida privada en general fue descuidada y con ella la zona de frontera entre lo biológico y lo mental, o porque ha cambiado la relación entre mente y cuerpo, lo mental ha ganado espacio sobre lo biológico, o el contacto entre ambos se hace de manera diferente.

El sentimiento de la infancia se da con la modernidad como un crecimiento en la conciencia que los hombres han tenido respecto de sus acciones.

La preocupación por la escolarización ha generado una partición, la educación es a cargo del Estado y la Institución Escolar y los afectos quedan para la vida familiar.

Actualmente se percibe algo del orden de la hostilidad o distancia con la infancia, el adulto actúa como si no supiera como comportarse” frente a un niño. “O el adulto es víctima del niño, o el niño es víctima del adulto”.<sup>9</sup>

## **B. ASPECTOS PSICOLÓGICOS**

### **B. 1. Criterios de normalidad**

---

<sup>8</sup> Pontalis, J., Gantheret, F., “Entrevista con Philippe Aries”, Revista Diarios Clínicos N° 7, Bs. As.: Lugar Ed., 1994

<sup>9</sup> Pontalis, J., Gantheret, F., Op. Cit. Pág. 79.

Partimos de pensar el proceso de salud – enfermedad como un proceso multidimensionado en el que hay que analizar la correlación de factores socioeconómicos, educativos, familiares e individuales. A la vez, sabemos que en poblaciones en condiciones sociales y económicas más desfavorables son las que resultan expuestas a mayores riesgos. Dentro de estas últimas los niños son uno de los grupos más vulnerables.

Como ya hemos dicho en anteriores investigaciones<sup>10</sup>, el campo de la salud mental, sobre todo si se trata de la infancia, es un campo complejo, en el que continúa siendo un tema central de discusión la diferenciación entre lo “normal” y lo “patológico”.

Desde tres diferentes enfoques podemos definir la normalidad, los tres presentan sus inconvenientes:

- Normal considerando un sentido estadístico, por lo cual normal resulta lo más próximo a la media de una población dada, y la patología se define como lo que se aparta de ella. El inconveniente fundamental de este criterio es que para muchas funciones lo “sobresaliente” (lo superior a la media) resulta lo valorable y no lo patológico.
- Normal desde una definición normativa, como aquello que responde a los criterios impuestos por el ambiente. Aquí el problema es determinar la forma de autoridad que garantice esos criterios.
- Normal desde una definición axiológica que considere a la norma como una utopía, un ideal jamás alcanzado pero que desempeña el papel de polo de atracción. Aquí la normalidad reside en la capacidad del individuo para crearse cada vez mejores condiciones de existencia.

---

<sup>10</sup> Hablamos de nuestra investigación “Un proyecto alternativo para el niño y el adolescente con discapacidad mental”.

El problema de lo normal y lo patológico en el niño se amplía por el hecho de “estar en desarrollo”. El desarrollo supone un pasaje “natural” por ciertos momentos de conflicto en los cuales es esperable que el sujeto recurra a síntomas para responder.<sup>11</sup>

Desde que Kraepelin realizó su primera nosografía, que no incluía a la infancia, la preocupación nosográfica continúa, y en lo que atañe a los niños, la ausencia de categorías rígidas (dado que aún prosigue la exploración) invita a la investigación, a la vez que hace muy difícil la comparación entre países y la comunicación entre especialistas de diferentes corrientes teóricas.

El avance en los cambios para la mentalidad diagnóstica de las patologías de la infancia debió vencer este primer obstáculo: separarse de la idea de causalidad orgánica de Kraepelin (o de el equivalente diagnóstico de “esquizofrenia infantil” en Lutz y Bleuler), así como también debió superar el problema de considerar a todos los trastornos mentales del niño equivalentes a un retraso (desde una perspectiva generalmente organicista). De este último impedimento se encargó sobre todo el psicoanálisis, con autores como M. Klein, que ya en 1920 hablaba de cuadros como el de psicosis en la infancia.<sup>12</sup>

La nueva mentalidad diagnóstica que se inaugura en la década del 20 divide dos corrientes de orígenes diversos. Por un lado, la psiquiatría norteamericana, que durante la entre guerra iniciaba su época de oro, y que en la actualidad culmina con la hegemonía de las diferentes versiones del D.S.M, cuya cuarta revisión se encuentra vigente.

En lo que atañe al desarrollo europeo, el momento inicial de las conceptualizaciones esta marcado por Sante de Santis, psiquiatra italiano que describe la primera forma peculiar de “locura en la infancia” (de etiología supuestamente orgánica) con evolución demencial, masiva y rápida debido a la edad temprana de desencadenamiento.

La postguerra encuentra a Europa, en lo que se refiere a investigaciones psicopatológicas sobre la infancia, dominada por el psicoanálisis. Se destacan autores

---

<sup>11</sup> Freud, por ejemplo, siempre consideró a la “Neurosis infantil” como momento normal de la infancia.

<sup>12</sup> De hecho, en 1930 Klein conduce la cura de su paciente psicótico más renombrado, historial que se conoce como “El caso Dick.”.

como S. Lebovici, R. Diatkine y, más actualmente, R. Mises, quien a partir de la década del 70 intenta una nueva clasificación de las patologías mentales de la infancia.

Estas grandes líneas son las que toma la O.M.S. para su primera postulación de una clasificación general de las enfermedades mentales de la infancia, que ha pasado ya por varias formulaciones y cuya versión actual es el C.I.E. 10.

Es la O.M.S., en la década del 70 quien define diferentes términos para ubicar las secuelas de distintas enfermedades, remarcando los determinantes sociales en el proceso de salud – enfermedad, así como la definición de salud positiva, y el lugar fundamental de la prevención y la promoción en salud, aún para el campo de la salud mental.

## **B. 2. La enfermedad mental en la infancia. Criterios diagnósticos**

### **B. 2. a. Corriente Estadounidense**

Decíamos, algunos párrafos, antes que la nueva mentalidad diagnóstica que se inaugura en la década del 20 divide dos corrientes de orígenes diversos. Ampliaremos aquí las mismas: Por un lado, la psiquiatría norteamericana, que durante la entre guerra iniciaba su época de oro, dividida a su vez, en dos polos cuyas máximas representantes para la década del 40 eran Loretta Bender desde la vertiente organicista y Margaret Mahler en una posición psicoanalítica vinculada a Melanie Klein.<sup>13</sup> Leo Kanner, a quien se debe la popularidad del término “autismo infantil” intenta sintetizar ambas posiciones. De las mismas, detallaremos con mayor extensión la teoría que más relevancia le da a la constucción vincular del psiquismo, que además resulta la que más repercusiones ha logrado de entre ambas, esto es la desarrollada por Mahler.

---

<sup>13</sup> Marc Strasuss, en el texto “Para una especificidad del autismo”, reconoce como antecedente el trabajo de L. Despert, psiquiatra norteamericana que en 1937 define a la esquizofrenia infantil en el Primer Congreso de Psiquiatría Infantil”, realizado en París, como una “enfermedad procesual en la cual la pérdida de contacto con la realidad es coincidente con, o determinada por la aparición de pensamiento autístico y acompañada por fenómenos específicos de regresión y disociación”. Además, esta autora realiza una clasificación de la citada patología en tres grupos diferentes, según su forma de comienzo, marcando una de las características que será fundamental en la forma de abordar la psicosis para algunas corrientes psicoanalíticas contemporáneas: la disociación entre lenguaje como signo y lenguaje como función.



Para M. Mahler, la psicosis en la infancia representaban fijaciones a fases normales del desarrollo. La autora describe las mismas teniendo en cuenta tres momentos fundamentales, el último de los cuales divide en subperíodos.

El primero de esos momentos o fases es el denominado "autístico normal", momento en el cual la categoría de "autística" alude a la fenomenología del sensorio, que también es descripta como de desorganización alucinatoria. Hasta aquí, los procesos fisiológicos predominan sobre los psicológicos y resulta tarea de la "maternalización" sacar al infante de su tendencia a la regresión vegetativa y vincularlo con el ambiente propiciando el progresivo desplazamiento de la libido desde el interior del cuerpo hacia la periferia. La "tarea" de la fase autística es el logro del equilibrio homeostático dentro del nuevo ambiente extrauterino, por medio de mecanismos fundamentalmente somato psíquicos para lo que resulta fundamental el papel de quien desempeña el maternaje. Si esta fase logra transitarse sin obstáculos mayores, comienza lo que la autora denomina "una oscura conciencia" del objeto de la satisfacción por parte del niño, que da lugar al desarrollo de la fase "simbiótica normal", en la cual bebe y madre constituyen una unidad funcional omnipotente, que según Mahler es el origen de lo que Freud llama "sentimiento oceánico".

Del lado del niño existirá una simbiosis absoluta, del lado de la madre una simbiosis relativa, que dará lugar al cambio de la catexia propioceptiva a la catexia sensoperceptiva, como paso fundamental para la formación del yo. La actitud de la madre en este período coincide según la autora, con lo que Winnicott denomina "conducta de sostén" o "preocupación maternal primaria". El último momento de esta fase es el que posibilita el pasaje del narcisismo primario al narcisismo secundario. Es en este momento en el que aparecen los que la autora, tomando conceptualizaciones de R. Spitz, toma como indicadores de que el "pre yo", familiarizado con el ambiente de la simbiosis, va en camino de la "ruptura del cascarón", uno de los más importantes resulta ser la sonrisa social, aunque habrá que esperar hasta los seis meses de vida para que la misma se produzca, dando lugar a el inicio de la fase de "individuación separación", dividido en varias subetapas (ejercitación locomotriz, acercamiento, consolidación de la individuación) que concluyen con la representación del "sí mismo" y la construcción de la "constancia objetal".

Cualquier alteración en el desarrollo o fijación en estas etapas da lugar a trastornos mentales graves posteriores y cuanto más temprana resulte dicha alteración, más grave y desorganizativa resultará la patología (autismo, psicosis simbiótica, esquizofrenia).

Dentro de los autores destacados de la corriente estadounidense, es a Leo Kanner a quien se le debe la popularidad del término "autismo", es también este autor quien comienza a vincular las posiciones más ligadas a una etiología vincular de los trastornos graves de la infancia, con aquellas otras más centradas en considerar un origen orgánico para los mismos. Quizá por esto la línea de trabajo estadounidense culmina en la actualidad con la hegemonía de las diferentes versiones del D.S.M, cuya cuarta revisión se encuentra hoy vigente y con una reformulación de la teoría conductista radical, que incorpora conceptos mentalistas, abordando a la mente humana desde la analogía con la computadora, planteando los problemas de la cognición. La llamada teoría cognitiva, que también explicitaremos con mayor detalle dada su creciente hegemonía y su coincidencia ideológica con el manual citado, deja de lado los problemas del diagnóstico estructural para concentrarse en modelos adaptativos de aprendizaje, cuyos presupuestos básicos podemos resumir diciendo que tienden a fomentar las "modalidades alternativas de la comunicación" en los pacientes con diagnóstico de problemas mentales.

### **B. 2. b. Corriente Europea**

En lo que atañe al desarrollo europeo, parte desde el ya mencionado Sante de Santis, psiquiatra italiano que describe la primera forma peculiar de "locura en la infancia", de etiología supuestamente orgánica y cuya evolución demencial, masiva y rápida se debe a la edad temprana de desencadenamiento. Para Heuyer, continuador de Santis, dicha situación confirma lo que se conoce como la "Ley de Clerambault" quien estableció una correspondencia clínica entre el momento de la vida en que se produce el desencadenamiento y el tipo de patología. Cuánto más temprana es la irrupción de la enfermedad, más masivo resulta el Gran Automatismo Verbal Mental (ideoverbal, sensorial, ideomotriz o psicomotor).

La postguerra encuentra a Europa, en lo que se refiere a investigaciones psicopatológicas sobre la infancia, dominada por el psicoanálisis. Se destacan autores como Melani Klein, S. Lebovici, René. Diatkine, entre otros, que proponen continuar los supuestos Freudianos en la exploración de las patologías de la infancia.

Ahondaremos un poco más en aspectos fundamentales de la teoría freudiana que servirán de base sus continuadores.

Para Sigmund Freud nuestra cultura esta basada en tres factores que nos diferencian de los animales y que condicionan, por ello, otro tipo de determinaciones como causa de la conducta. Dichos factores resultan la postura erguida, el desamparo prolongado de la cría humana y la existencia de un período de latencia en el desarrollo de la sexualidad.

La segunda de ellas, la inermidad y el largo período de dependencia infantil, condiciona desde el inicio de la vida todo el desarrollo de la estructura psíquica del infante humano, restándole lugar al instinto (como determinación hereditaria filogenética) en tanto regulador de nuestras acciones. En su lugar, aparece el concepto de pulsión (verdadero motor del desarrollo, fuerza impulsora por su perentoriedad, su fuente somática y la ausencia de determinación de su objeto).

Freud parte de la hipótesis inicial de un organismo viviente que nace siendo "puro polo pulsional" (Ello) desde el cual tendrá, con la intervención del otro, que gestarse un aparato psíquico constituido por otras dos instancias (Yo y Superyó) cuyo surgimiento no estará determinado por un automatismo instintual sino por los avatares de dicha vinculación, que dentro de la teoría psicoanalítica están regidos sobre todo por el mecanismo de identificación y el pasaje por el complejo de Edipo.

La primera infancia resulta, dentro de esta teoría, el momento fundamental de dicha constitución, confirmada o rectificada con el pasaje por la pubertad y la adolescencia. Desde allí quedará determinada la estructura psíquica de cada uno, en términos de una nosografía que reconoce tres formas bien distintas de subjetivación: la neurosis (histérica u obsesiva) la perversión o las psicosis.

Cierto es que Freud no se ocupa del tratamiento de niños, (el único historial de un niño que figura en sus obras completas no es un caso realmente conducido por el autor), si delega esta tarea a las analistas de su época, en formación con él, con las que luego tendrá no pocas diferencias, entre ellas a M. Klein.

Klein fue pionera en ocuparse de las patologías graves en niños, dándole estatuto de tales y no tomando carriles pedagógicos o readaptativos en su tratamiento. Su trabajo con niños pequeños y con la teoría psicoanalítica la llevó a formular una nosografía diferente a la freudiana, que parte de la idea de "posición", dejando de lado la división en tres estructuras vigente para Freud.

Dentro de esta línea de "post freudianos" se encuentran varios autores de renombre en la llamada "corriente inglesa" o kleinismo cuyo discurso fue de gran importancia en la lectura de la obra de Freud hasta la aparición de otra de las grandes corrientes europeas, la denominada "escuela francesa", de quien J. Lacan es el principal referente hasta la actualidad.

La obra de Lacan resulta una reformulación de la teoría Freudiana que vuelve a poner en el centro de la misma a la nosografía. Contempla la existencia de neurosis, perversiones y psicosis como categorías fundamentales. Para este autor, en los diversos momentos de su obra, la cuestión fundamental es si las manifestaciones de las psicosis en la infancia, en su amplia gama, y con una fenomenología generalmente no delirante, pueden ser consideradas de la misma forma que las psicosis en el adulto y que abordaje es posible para las mismas desde el discurso analítico, así como, en el campo de los trastornos neuróticos de la infancia, cuales son las particularidades del tratamiento en comparación con el tratamiento de un adulto.

Entre sus continuadores principales F. Doltó y M. Mannoni resultan ser quienes inicialmente más se abocaron al estudio de las patologías infantiles, pasando también por diversas formulaciones en los distintos momentos de su obra. Hasta la actualidad, la corriente lacaniana continúa teniendo por objeto de investigación y discusión dichas temáticas.

Desde una posición más vinculada a la psiquiatría, R. Mises, a partir de la década del 70 intenta una nueva clasificación de las patologías mentales de la infancia,

dividiéndolas en “Psicosis precoces” (de aparición en los tres o cuatro primeros años de vida), “Psicosis de la fase de latencia o tardías” (en alusión al concepto Freudiano de “fase de latencia, o sea, aquellas cuya aparición se produce entre los cuatro o cinco años de vida y la pubertad) y Psicosis agudas” (por el curso de la enfermedad). También designa la categoría de “Psicosis deficitarias”, en las que plantea la relación entre psicosis tempranas y debilidad mental.

Estas grandes líneas son las que toma la O.M.S. para su primera postulación de una clasificación general de las enfermedades mentales de la infancia, que ha pasado ya por varias formulaciones y cuya versión actual es el C.I.E. 10.

Es la O.M.S., en la década del 70 quien define diferentes términos para ubicar las secuelas de distintas enfermedades:

Deficiencia: toda pérdida o anomalía de una estructura o función fisiológica, anatómica o psicológica.

Discapacidad: toda restricción o ausencia de la capacidad de realizar una actividad, en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano.

Minusvalía: es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o discapacidad que limita o impide el desempeño de un rol, que es normal en su caso.

Dicha clasificación responde a un ordenamiento creciente del daño, y puede usarse para las diferentes áreas comprometidas:

Mentales: las que a su vez suelen clasificarse en leves, moderadas y profundas. Dicha separación, en su forma más clásica, se realiza a partir de la determinación del coeficiente intelectual (C.I.), evaluado según diferentes test (cuya selección no deja de estar determinada por la corriente teórica a la que el evaluador adhiera) y, más recientemente, a partir de la etapa

alcanzada según la teoría psicogenética de la inteligencia (tomando en cuenta los postulados de J. Piaget).

Sensoriales.

Motoras o físicas.

Es también la O.M.S. quien se encarga de la formulación de C.I.E 10 (“Clasificación Internacional de las Enfermedades”) vigente en la actualidad, supone un abordaje de los problemas mentales de la infancia que no mantiene la diferenciación entre “neurosis” y “psicosis” (contemplada en versiones anteriores), habla de “psicosis” usando el término en un sentido únicamente descriptivo (presencia de alucinaciones o ideas delirantes) y no estructural. Al no sostener el criterio de diferenciación de estructuras, los “trastornos” (este manual no habla de enfermedades<sup>14</sup>, puesto que desconfía de la validez del término para ciertos cuadros en la infancia) son agrupados por la temática común de la sintomatología que presentan y permite registrar, a la vez, para un mismo paciente varios diagnósticos.

A pesar de la gran variedad de tipos y subtipos de trastornos que el manual releva, se puede reconocer un denominador común para los mismos:

- Comienzan siempre en primera o segunda infancia.
- Suponen un deterioro o retraso del desarrollo de las funciones relacionadas con la maduración del S.N.C.
- Suelen ser de curso estable y no verse afectados por las remisiones o recaídas típicas de otras enfermedades mentales.
- No se reconoce un período anterior de normalidad.
- Son recurrentes los antecedentes familiares.
- En la mayoría de los casos la etiología es desconocida.
- Aún no existe un consenso sólido sobre los criterios usados para su división.

---

<sup>14</sup> Enfermedad Definida desde la medicina, implica a un grupo de síntomas que concurren de manifestación congruente en todo el mundo, con curso clínico bien definido y respuesta típica al tratamiento.

El manual deja para la sección de adultos a todos los trastornos esquizofrénicos de comienzo en la infancia (hebefrenia o esquizofrenia atípica), puesto que su evolución es muy similar a la de los adultos.

Lo que esta última revisión de la categorización de la O.M.S. intenta lograr es una homogenización de los criterios diagnósticos a nivel mundial que tienda a posibilitar una expansión de la investigación epidemiológica, muy afectada por las diferencias de registro de las enfermedades mentales en cada país o entre corrientes teóricas diversas.

El otro gran manual que intenta la misma homogeneización es el ya mencionado D.S.M. Su versión más reciente es la cuarta revisión.

El citado manual de diagnóstico sostiene para los trastornos en la infancia:

“El hecho de presentar una sección específica destinada a trastornos que suelen diagnosticarse por primera vez durante la infancia, la niñez o la adolescencia es sólo una cuestión de conveniencia, y no se pretende sugerir que exista alguna distinción clara entre trastornos «infantiles» y «adultos». Aunque la mayor parte de los sujetos con estos trastornos se presentan en la asistencia clínica durante la infancia o la adolescencia, a veces los trastornos en cuestión no se diagnostican hasta la etapa adulta. Además, varios trastornos incluidos en otros apartados de este manual suelen tener su inicio durante la infancia o la adolescencia.”<sup>15</sup>

Se debe tener en cuenta en la siguiente lista de trastornos, que, según indica el manual las categorías no resultan excluyentes, puesto que puede apelarse a todo trastorno indicado para adultos en caso de que el niño o el adolescente presente los síntomas de dicho cuadro.

El manual contempla también algunas variaciones culturales y de sexo para los casos de inicio en la infancia y adolescencia, indicando: “Las variaciones en la presentación de un trastorno atribuibles a etapas del desarrollo se describen bajo el epígrafe «Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo». En "Trastornos de la

---

<sup>15</sup> D.S.M. IV TR, Breviario. España, Editorial Masson., 2002. Pág. 45.

personalidad (Síntomas dependientes de la cultura, la edad y el sexo)" se exponen algunas cuestiones relacionadas con el diagnóstico de los trastornos de la personalidad en niños o adolescentes.”

La siguiente es la lista de trastornos que el D.S.M. IV. R. especifica para la infancia y la adolescencia.

#### Retraso mental

Este trastorno se caracteriza por una capacidad intelectual significativamente por debajo del promedio (un CI de aproximadamente 70 o inferior), con una edad de inicio anterior a los 18 años y déficit o insuficiencias concurrentes en la actividad adaptativa. Se presentan códigos separados para retraso mental leve, moderado, grave y profundo, así como para retraso mental de gravedad no especificada.

#### Trastornos del aprendizaje

Estos trastornos se caracterizan por un rendimiento académico sustancialmente por debajo de lo esperado dadas la edad cronológica del sujeto, la medición de su inteligencia y una enseñanza apropiada a su edad. Los trastornos específicos incluidos en este apartado son: trastorno de la lectura, trastorno del cálculo, trastorno de la expresión escrita y trastorno del aprendizaje no especificado.

#### Trastorno de las habilidades motoras

Incluye el trastorno del desarrollo de la coordinación, caracterizado por una coordinación motora que se sitúa sustancialmente por debajo de lo esperado dada la edad cronológica del sujeto y la medición de la inteligencia.

#### Trastornos de la comunicación

Estos trastornos se caracterizan por deficiencias del habla o el lenguaje, e incluyen trastorno del lenguaje expresivo, trastorno mixto del lenguaje receptivo expresivo, trastorno fonológico, tartamudeo y trastorno de la comunicación no especificado.

#### Trastornos generalizados del desarrollo



Estos trastornos se caracterizan por déficit graves y alteraciones generalizadas en múltiples áreas del desarrollo. Se incluyen alteraciones de la interacción social, anomalías de la comunicación y la presencia de comportamientos, intereses y actividades estereotipados. Los trastornos específicos incluidos en este apartado son trastorno autista, trastorno de Rett, trastorno desintegrativo infantil, trastorno de Asperger y trastorno generalizado del desarrollo no especificado.

#### Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador

Este apartado incluye el trastorno por déficit de atención con hiperactividad, que se caracteriza por síntomas manifiestos de desatención y/o de impulsividad-hiperactividad. Se presentan subtipos para especificar la presentación del síntoma predominante: tipo con predominio del déficit de atención, tipo con predominio hiperactivo-impulsivo y tipo combinado. También se incluyen en este apartado los trastornos de comportamientos perturbadores: el trastorno disocial se caracteriza por un patrón comportamental que viola los derechos básicos de los demás o las principales normas o reglas sociales propias de la edad del sujeto; el trastorno negativista desafiante se caracteriza por un patrón de comportamiento negativista, hostil y desafiante. Este apartado incluye asimismo dos categorías no especificadas: trastorno por déficit de atención con hiperactividad no especificado y trastorno de comportamiento perturbador no especificado.

#### Trastornos de la ingestión y de la conducta alimentaria de la infancia o la niñez

Estos trastornos se caracterizan por alteraciones persistentes de la conducta alimentaria y de la ingestión de alimentos. Los trastornos específicos incluidos aquí son: pica, trastorno de rumiación y trastorno de la ingestión alimentaria de la infancia o la niñez. Obsérvese que anorexia nerviosa y bulimia nerviosa han sido incluidas en «Trastornos de la conducta alimentaria»

#### Trastornos de tics

Estos trastornos se caracterizan por tics vocales y/o motores. Se han incluido los siguientes trastornos específicos: trastorno de la Tourette, trastorno de tics

motores o vocales crónicos, trastorno de tics transitorios y trastorno de tics no especificado.

#### Trastornos de la eliminación

Se incluye la encopresis, la deposición repetida de heces en lugares inadecuados, y la enuresis, la emisión repetida de orina en lugares inadecuados.

#### Otros trastornos de la infancia, la niñez o la adolescencia

Este grupo se dedica a trastornos no incluidos en los anteriormente citados. El trastorno de ansiedad por separación se caracteriza por una ansiedad excesiva e inadecuada desde el punto de vista evolutivo concerniente a la separación respecto del hogar o de las personas con quienes el niño está vinculado. El mutismo selectivo se caracteriza por una persistente incapacidad para hablar en situaciones sociales específicas a pesar de que el niño hable en otras situaciones. El trastorno reactivo de la vinculación de la infancia o la niñez se caracteriza por una relación social manifiestamente alterada e inadecuada evolutivamente, que se produce en la mayor parte de los contextos y se asocia a una crianza claramente patógena. El trastorno de movimientos estereotipados se caracteriza por un comportamiento motor repetitivo, aparentemente impulsivo, y no funcional, que interfiere marcadamente las actividades normales y, a veces, puede dar lugar a lesiones corporales. El trastorno de la infancia, la niñez o la adolescencia no especificado es una categoría residual para codificar trastornos que tienen su inicio durante la infancia, la niñez o la adolescencia y que no cumplen los criterios de ningún o trastorno específico de esta clasificación.

Especificando además que:

“Los niños o adolescentes pueden presentar problemas que requieran atención clínica y que no se definan como trastornos mentales”, entre los cuales podemos enumerar: problemas de relación, problemas relativos a abuso o abandono, duelo, capacidad intelectual limítrofe, problema académico, comportamiento antisocial de un niño o adolescente, problema de identidad.

Para cada uno de los trastornos enunciados en el manual incluye prevalencia, curso esperable, diagnóstico diferencial y síntomas más frecuentes, diferenciados por sexo. Estas categorías serán analizadas en otro momento de la investigación.

En esta ampliación del marco teórico contemplaremos además, desarrollar con profundidad las categorías diagnósticas que, según las primeras entrevistas con los informantes claves, resultan ser aquellas de mayor aparición en las consultas o en los motivos de derivación de un niño a evaluación o a tratamiento. Una de dichas categorías resulta ser el A.D.D, por ello detallaremos algo más de su historia como trastorno y su evolución hasta la actualidad.

#### Trastorno por déficit atencional (ADD)

El trastorno por déficit atencional (ADD/ADHD) es una de las patologías de supuesta mayor incidencia en la actualidad y de acuerdo a la nomenclatura vigente es de aparición reciente como patología discriminada.

En el DSM IV, se dan bajo la clasificación “Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador”, tres tipos del trastorno por déficit de atención con hiperactividad: tipo combinado, tipo con predominio del déficit de atención y tipo con predominio hiperactivo-impulsivo. Se caracteriza a este síndrome como dificultad de mantener la atención en tareas o actividades lúdicas, dispersión, distracción frecuente, y agravado en los casos de niños hiperactivos con movimientos constantes e impulsividad.<sup>16</sup>

El síndrome de ADD/ADHD presenta: a) trastornos en la conducta motora: los niños pueden permanecer muy poco tiempo quietos, aun sentados el movimiento es permanente. No hay direccionalidad en la actividad motriz. b) trastornos emocionales: se destaca la impulsividad en la acción, la reflexión cuando esta presente es posterior a la acción y se manifiesta como culpa. c) trastornos de la atención: se distraen con facilidad, el problema esta en la selectividad y sostenimiento de la atención. d) en muchos casos

---

<sup>16</sup> DSM-IV Breviario, Criterios diagnósticos, Masson, España, 2002.

tienen problemas preceptuales. e) trastornos del pensamiento: dificultades en la conceptualización, concreción, perseverancias.<sup>17</sup>

La denominación: síndrome de déficit atencional con hiperactividad es muy reciente. Sin embargo, podemos rastrear su historia a lo largo del siglo XX. Barkley resume la evolución de las ideas dominantes en cuatro períodos:

1) 1900-1960: una lesión cerebral es responsable de los problemas hiperquinéticos.

2) 1960-1969: la disfunción cerebral mínima se considera fundamental para entender la hiperkinesia.

3) 1970 - 1979: aparecen en la bibliografía los déficits de atención.

4) 1980 - 1989: creación del síndrome de déficit atencional (ADD) en el DSM III y del déficit de atención/hiperactividad, en 1987, en el DSM III-R.<sup>18</sup>

Thomas Armstrong afirma que hay estudios que indican que "entre los niños catalogados como pacientes con ADD/ADHD, los síntomas de hiperactividad, falta de atención o impulsividad pueden decrecer en intensidad y hasta desaparecer en ciertos contextos psicosociales. Las investigaciones sugieren que los chicos con diagnóstico de ADD/ADHD se comportan de un modo más normal en situaciones como las siguientes:

- en relaciones uno a uno.
- en situaciones en las que se les paga para que realicen una tarea.
- en ambientes que incluyen algo novedoso o altamente estimulante.
- en contextos en los que ellos pueden controlar el ritmo de la experiencia de aprendizaje.
- en los momentos en que interactúan con una figura de autoridad masculina, en vez de una figura femenina.

En consecuencia, los síntomas de este trastorno parecen depender mucho del contexto<sup>19</sup>,

---

<sup>17</sup> Tallis, J., "Neurología y trastorno por déficit de atención" en Niños desatentos e hiperactivos, Buenos Aires: Noveduc, 2007

<sup>18</sup> Barkley, R., "Attention deficit hyperactivity", New York: Guilford Press, 1990.

<sup>19</sup> Armstrong, T., "Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad", Bs. As.: Paidós, 2000.

Diferentes escalas, diferentes cuestionarios se vienen utilizando para evaluar desatención e hiperactividad. La bibliografía médica sobre el tema realiza una descripción fenoménica de la sintomatología y la investigación detallada de los efectos de los fármacos. A partir de este diagnóstico se medica a los niños desde edades muy tempranas y en ocasiones el diagnóstico se basa en cuestionarios administrados a los padres y a los maestros.

Beatriz Janin plantea que ante el ADD el abordaje terapéutico se reduce en buena parte de los casos a medicar al niño y encuadrarlo en algún tratamiento de tipo conductista, que lo “normaliza”, pero no resuelve la conflictiva subjetiva que tiene como síntoma el ADD.<sup>20</sup>

El síndrome de déficit atencional incide principalmente en el desarrollo escolar del niño. Ante la falla en el aprendizaje y las dificultades de conducta que la hiperactividad implica, es derivado por la escuela y en ocasiones la medicación es la primera salida al problema. Confluyen aquí una serie de situaciones sociales: la estructura institucional escolar implica que en ciertos tiempos y con ciertas características los niños tienen que incorporar los conocimientos previstos, con poca posibilidad de variación en relación a los tiempos de comprensión y la capacidad de atención de cada sujeto. Los maestros deben responder a la presión del sistema, los padres se sienten presionados y el niño termina medicado.

La exigencia social es que los niños se preparen para poder ingresar en una sociedad en la que muchos quedan afuera. El fracaso escolar es un modo de quedar "al margen", fuera del mundo. Es decir, son generalmente demandas sociales las que motorizan la medicación. Así hay escuelas primarias en las que la mitad de los alumnos están medicados por ADD y nadie piensa en las dificultades de los adultos para contener, transmitir, educar, y acerca del tipo de estimulación a la que están sujetos esos niños dentro y fuera de la escuela.

---

<sup>20</sup> Janín, B., “Niños desatentos e hiperactivos”, Bs. As.: Noveduc, 2007.

En cuanto a la postura terapéutica, se eluden todas las determinaciones intra e intersubjetivas, como si los síntomas se dieran en un sujeto sin conflictos internos y aislado de un contexto.

Todo esto nos lleva a cuestionarnos acerca de las causas de las dificultades infantiles y también a preguntarnos sobre las consecuencias del modo en que los adultos, y sobre todo los profesionales que somos consultados por los padres establecemos diagnósticos de la conflictiva infantil. Al diagnosticar y clasificar se piensa solo en las conductas, en lo observable y se elude el sufrimiento.

En muchas ocasiones se diagnostica ADD en niños que presentan cuadros psicóticos y que por su desestructuración subjetiva tienen una conducta impulsiva, atención deficitaria e hiperactividad. En otros casos se diagnostica como ADD a niños que tienen déficit en su estructuración subjetiva, trastornos narcisistas o patologías “de borde”.

El psiquismo infantil esta en estructuración, hay muchos elementos que determinan la conducta infantil en cada momento histórico. Los deseos, las prohibiciones, las normas se van generando en la particularísima relación con los otros fundamentales de la crianza. La atención es un elemento de la estructuración mental que esta determinada por la historia de las relaciones de ese niño. Si un niño logra fijar su atención con dificultades y si se dispersa, ante que estímulos lo logra, son todos elementos que se relacionan con la estructuración de su subjetividad, con las posibilidades de simbolización que ha logrado.

Hay con respecto al aprendizaje un elemento social a tener en cuenta. Muchos de los aprendizajes no formales que los niños realizan en la actualidad (computadora, video juegos, play station) están vehiculizados por estímulos visuales de corta duración, en los que los modos de atención se organizan en unidades momentáneas reducidas y con rápidos cambios de dirección e intensidad. Los niños de esta época no tienen favorecida la posibilidad de concentrarse largos tiempos en aprendizajes que tienen poco de visual relacionado a la imagen y mucho de trabajo reflexivo y sintentizador, como es la propuesta de incorporación de los aprendizajes escolares.

Esto lleva a plantearse las relaciones del aumento en la incidencia de ciertas patologías en la niñez y su relación con los elementos fundamentales en la constitución de la subjetividad de la época. Asimismo nos preguntamos cuales son los determinantes que inciden en que se diagnostique determinada patología en cada momento histórico particular.

Consideramos que no hay un diagnóstico único, que hay diversos trastornos de atención y motricidad y que, para tratarlos, es básico pensar a qué determinaciones responden. Profundizar en el modo en que se constituye la atención y la motricidad, así como en sus trastornos, nos puede acercar algunas respuestas.

Frente a determinadas patologías la sociedad tiende a rigidificar su mirada y anular las diferencias. Ya Winnicott alertaba sobre los peligros de que las nosologías sirvieran para etiquetar a los sujetos y marcarlos con un sello. En afirma: "En mi opinión, no fue totalmente positivo el hecho de que Kanner haya denominado 'autistas' a tales casos, ya que esa etiqueta daba a los pediatras, habituados como estaban a las entidades nosológicas, una pista falsa que empezaron a seguir con demasiado gusto, lo que a mi parecer es una lástima."<sup>21</sup> .

Los trastornos por Déficit atencional tienen un lugar importantes en la nosografía actual, pero son necesarios concienzudos diagnósticos que permitan diferenciar en cada caso particular estos trastornos, para considerar si la medicación es necesaria o no y cuales son las acciones terapéuticas adecuadas con el niño y sus padres, en cada caso.

### **B. 3. La cuestión epidemiológica**

La epidemiología de los trastornos mentales en el niño y el adolescente tiene aún muy poco desarrollo, sobre todo por los anteriormente mencionados problemas de categorías diagnósticas. En general los estudios que intentan cambiar esa situación son los de la llamada "Epidemiología genética o del desarrollo", la que se propone estudiar no sólo las tasas de prevalencia e incidencia de las enfermedades, sino además el

---

<sup>21</sup> Winnicott, D., "La esquizofrenia infantil en términos de fracaso de adaptación", Psicosis infantil, Bs. As.: Nueva Visión, 1980.

desarrollo longitudinal de las mismas y sus formas de afectar las diferentes etapas de la vida de un sujeto.

Nuestro país carece de estudios importantes al respecto.

A nivel mundial, los estudios existentes indican que:

- El 15% de los niños de 0 a 1 años tienen problemas conductuales de importancia.
- El 22% de los niños en edad preescolar presenta trastornos de la conducta. El 17% de ellos en un grado severo.
- En edad escolar y adolescencia, según diferentes estudios, entre un 17% y un 22% de los niños presenta problemas clínicos mentales de importancia.
- Respecto de determinados trastornos, a pesar de las discusiones en lo tocante a la clasificación, se conocen cifras que indican que de 4 a 16 de cada 10.000 niños padece de autismo y de 36 a 76 niños cada 10.000 padece Síndrome de Asperger.

#### **B. 4. Consideraciones para el diagnóstico en psicopatología infanto-juvenil**

En psiquiatría y psicología infantil, se denomina detección precoz a toda acción cuyos resultados llevan al descubrimiento de un trastorno psicopatológico en sus primeros estadios del desarrollo.

Durante los primeros años del niño, detectar enfermedades es mucho más trascendente, mucho más difícil y mucho más complejo que en otras edades. A esta dificultad contribuyen diversos factores: la falta de una adecuada capacidad verbal en el niño, la necesidad de utilizar información proveniente de los padres y personas que conviven con el niño, que no siempre resultan una fuente fiable de datos y el hecho de que, casi todos los síntomas psicopatológicos pueden también, ser componentes normales de determinadas conductas o comportamientos evolutivos del niño.



Otro aspecto a resaltar es que, durante la infancia en la actualidad co-existen una serie de enfermedades que habitualmente tienen su inicio a edades tempranas y otras que “típicamente” han sido de inicio en la vida adulta pero que, con el devenir de los años, son cada vez más frecuentemente diagnosticada en niños.

Dentro del primer grupo, aquellas que son típicamente de inicio temprano, están los trastornos por déficit de atención-hiperactividad, la enuresis nocturna, y los cada vez más famosos trastornos generalizados del desarrollo, en todas sus versiones. Dentro del segundo están, por ejemplo, las esquizofrenias y los trastornos bipolares, patologías que hasta hace pocos años estaban reservadas para los adultos.

Además, todo ello “inmerso” en el constante devenir evolutivo de síntomas tales como ansiedades, fobias, y alteraciones en el curso de la maduración, que en la mayoría de los casos no tendrían razón para dejar huella en la adultez.

Para evaluar la posibilidad de aparición o no de patologías posteriores, esta ampliamente aceptado en el campo de la salud mental, que al evaluar a la población general existen tres grandes grupos de factores que deben tenerse en cuenta: Factores Positivos, Factores de Protección y Factores de Riesgo.

Incluimos dentro de los Positivos a aquellos que estimulan el enriquecimiento de funciones que ya son normales y que favorecen que el niño madure adecuadamente; y dentro de los factores de Riesgo y de Protección a aquellos que se relacionan con la posibilidad futura de aumento o de disminución de resultados negativos.

Como factores de riesgo a nivel individual, se encuentran: tener una capacidad intelectual por debajo de la media (CI de 100), fracaso escolar y problemas académicos, alteraciones de conducta en el colegio, relaciones escasas y pobres con sus iguales, ausencia de una figura adulta de apoyo, falta de consideración en el ámbito familiar, pobreza simbólica en el ámbito familiar y conductas disruptivas.

Podemos tomar como criterio general en la infancia, la existencia de situaciones de alerta cuando un niño no consigue o se ve muy dificultado en el logro de las conductas evolutivas esperables para cada edad. Así, independientemente del marco

teórico al que cada profesional adhiera, podemos establecer acuerdos básicos: para el primer año de vida la autonomía y el inicio del desarrollo del lenguaje y la exploración del mundo cercano del niño, la ansiedad no excesiva ante extraños, el contacto visual adecuado con el otro y la sonrisa selectiva. Para el período comprendido entre el primer año y el tercer año de vida: el desarrollo de la coordinación muscular que permita la consolidación de la marcha, la aparición de la necesidad de explorar ampliada a partir del desarrollo muscular (correr, trepar), el negativismo, la masturbación y la continuidad en el desarrollo del lenguaje, así como los avances en el control de esfínteres.

De todos modos, está generalmente aceptado que el uso de conceptos como factores de riesgo, positivos y de protección resulta más eficaz si son aplicados a poblaciones y no a individuos. Hablar de grupos o poblaciones de riesgo o de alta vulnerabilidad permite predicciones que llevan a políticas adecuadas.

En general, a nivel mundial, las poblaciones consideradas de “alta vulnerabilidad” y mejor estudiadas son las que agrupan a:

- Hijos de padres con trastorno psiquiátrico.
- Poblaciones marginales.
- Grupos étnicos específicos.
- Población con niveles socio-económicos bajos.
- Niños con enfermedades médicas graves.
- Niños con antecedentes de psicopatología grave y ahora en “remisión completa”.

## **B. 5. Los problemas de mayor incidencia en la actualidad**

En muchos casos, los problemas mentales en la infancia son diagnosticados recién en la escuela, cuando la conducta del niño o sus malestares afectan a otros en el ámbito social.

Uno de los motivos de consulta más habituales es la dificultad para aprehender. Muchos de los problemas de aprendizaje no tienen que ver con dificultades ya instaladas en la simbolización, sino que se relacionan con los modos anómalos de constitución de la misma en la primera infancia. Es necesario analizar que conflictiva se ha puesto en juego en el niño y la situación familiar en que se inscribe esa dificultad. Los problemas de aprendizaje son los síntomas más frecuentes con los que se expresan las angustias en los niños, así como situaciones familiares que los inmovilizan y dificultan su crecimiento.

En todos los casos de drogadicción, anorexia, fugas, intentos de suicidio de la adolescencia o la adultez hubo dificultades en la infancia que no se tomaron en cuenta como problema y por lo tanto no recibieron tratamiento apropiado.

Beatriz Janin<sup>22</sup> dice que es fácil confundir y tildar de mala conducta las reacciones debidas a la angustia que invade al niño y que éste expresa como puede. La “disconformidad” y el “capricho” son fenómenos que muchas veces esconden una depresión. A veces se tildan de “berrinches” ciertos ataques de pánico y se toman como “timidez” verdaderas fobias sociales.

En el libro “Niños desatentos e hiperactivos”<sup>23</sup> a partir de los trastornos de déficit atencional la autora se pregunta: qué molesta en los niños llamados “hiperkinéticos”, qué de la infancia de nuestra época molesta a los adultos.

Winnicott decía que el niño que es sano “molesta”, debe molestar al adulto: “El niño que no molesta así como el niño que no juega, deben hacer sospechar algún retraimiento o gravedad”. Los aprendizajes en la vida implican cierto grado de sufrimiento y/o angustia, por el movimiento interno que trae aparejado incorporar lo nuevo.

El modelo social propone “una concepción imperialista del yo”. El modelo actual de hombre es superactivo, ganador, en lucha permanente por el poder, un poder que no

---

<sup>22</sup> Janin, B., “Psicoanálisis con niños”, Revista Guía de Psicólogos de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, 4 de noviembre de 1996, Bs. As., Medio Publicidad, 1996.

<sup>23</sup> Janin, B., “Niños desatentos e hiperactivos”, Buenos Aires: Ediciones Noveduc, 2007.

reconoce autoridad superadora del padre, que no tiene la legalidad que acote y restrinja. Es un poder que conquista más espacios de consumo, más posesiones.

Este yo es jaqueado por el aprendizaje escolar, porque plantea límites que acotan el narcisismo, hay otros y no solo yo, hay tiempos y espacios acotados. El poder del yo se va construyendo de a poco en la medida que se logran los aprendizajes. Por ello la escuela es el lugar donde se revelan las patologías infantiles. Los síntomas son el modo en el que el niño puede expresar su sufrimiento, su oportunidad de ser escuchado. María Teresa Cena plantea “silenciar los síntomas es redoblar el atrapamiento en un mundo adulto que intenta borrar rápidamente toda huella de conflicto en tanto éste siempre lo involucra”.<sup>24</sup>

Esteban Levin señala los malestares habituales de los niños en la actualidad (déficit de atención, con o sin hiperactividad, síntomas corporales, anorexia, problemas de detenciones del desarrollo, somatizaciones, torpeza psicomotriz) están relacionados con trastornos en la construcción del esquema corporal y de la imagen de sí mismo. El reemplazo frecuente de los intercambios humanos y humanizantes por la captura de la imagen que se produce cuando un niño está expuesto mucho tiempo a la televisión y a la computadora, produce muchas veces, serias dificultades en la constitución del cuerpo, de la relación con lo corporal y de las identificaciones constitutivas de la infancia. El modo de construcción de la subjetividad infantil ha variado, pues el juego, escenario en el cual se historiza el sujeto, ha pasado a ser virtual. En los intercambios que la T.V. o lo cibernético promueven no se pone en juego el cuerpo escenificando, produciéndose un empobrecimiento del eje de lo imaginario y lo simbólico.

Por un lado hay un aumento del juego en soledad que promueve el aislamiento y el individualismo. Al mismo tiempo se da una valoración de la estimulación de las habilidades cognitivas relacionadas con la función de conexión más que de asociación y resignificación.

Por otro lado las relaciones humanas, el intercambio personal está dificultado por las necesidades que impone la vida actual y culturalmente desvalorizado en relación al

---

<sup>24</sup> Cena, M. T., Prólogo, “Niños desatentos e hiperactivos”, Janin, B., Bs. As.: Ediciones Noveduc, 2007.

poder de convocatoria que tiene la imagen y lo virtual. Dice E. Levin: “cuando el niño pasa horas y horas sin límite frente a la pantalla, y ella se transforma en el medio privilegiado de comunicación e interés, el impulso libidinal se aplaca, la experiencia se trivializa y el destello rítmico de las formaciones infantiles se oscurece, detenido en un tiempo sin sujeto. La opacidad de ese instante empobrece el universo del niño, limitando y lentificando hasta la exasperación el ritmo originario del acontecer infantil. Esta relación del niño con las imágenes de las pantallas tiende a fragmentar el diálogo generacional. En el transcurso de la historia de la humanidad, este espíritu dialogal no se rompía aunque se modificaba en cada vaivén temporal. Actualmente, la pantalla puede escindir sin pena lo antiguo y lo nuevo; ni siquiera los enfrenta, más bien los desliga, inhabilitando el diálogo íntimo de las generaciones.”<sup>25</sup>

La imagen, mediatizada y manipulada por la técnica, puede provocar un efecto de “acople imaginario”, en el cual se invierte la relación entre cuerpo e imagen, “ya no es el niño que produce con su cuerpo imágenes, sino que es la imagen virtual la que genera un cuerpo”<sup>26</sup>

En esta lógica de la imagen se pierde la experiencia corporal. La prevalencia subyugante de la imagen que captura no deja espacio para la simbolización de la experiencia infantil.

Este constante contacto con lo virtual promueve la identificación de los niños con imágenes sintéticas inalterables, de difícil incorporación y procesamiento, que cuestionan la imagen corporal y, a veces, llegan a inhibir el funcionamiento psicomotor. La permanencia exagerada en este tipo de intercambio puede producir en los niños identificaciones patológicas.

Los síntomas corporales ponen en acto el malestar que la disociación entre el cuerpo y la imagen ha provocado.

---

<sup>25</sup> Levin, E., “¿Hacia una infancia virtual?”, Buenos Aires: Ed. Nueva Visión, 2007.

<sup>26</sup> Levin, E., Op. Cit. Pág. 110.

La propuesta cultural acota los tiempos de la niñez: crecer rápido, identificarse y desear lo que desean los adultos, para luego mantenerse en ese presente perpetuo y no envejecer.

La fragmentación generacional dificulta el bienestar de los niños, especialmente de aquellos de menores recursos económicos y sociales.

Todo esto afecta la constitución de la subjetividad infantil con efectos devastadores, especialmente en los sectores sociales en los que el adulto como figura contenedora no puede estar demasiado presente. El quiebre familiar entre generaciones produce desamparo. Ese vacío de relaciones subjetivantes se llena con la predominancia del contacto con lo virtual.

La transmisión social ya no es realizada fundamentalmente por la familia, sino que son los medios de comunicación masiva los que se han convertido en figuras, modelos de identificación.

Frente a esta modificación aparecen nuevos síntomas.

Los autores remarcan la aparición en estos últimos años de una alta incidencia de síntomas corporales en los niños que obedecen a causas psicosomáticas. Se puede relacionar esta prevalencia con la cultura de la imagen. Los síntomas corporales se pueden pensar como respuesta a la invasión de lo virtual, dice Levin: “Los síntomas corporales se estructuran como límite, respuesta desde lo real frente a la estrechez simbólica y el bombardeo de estímulos e imágenes”. La imagen clausura la polisemia, restringe la posibilidad de fantasear, empobreciendo lo simbólico. Esto genera un pensamiento vacío de significación, sin compromiso subjetivo.<sup>27</sup>

Esteban Levin habla de “alienación de la infancia”, para describir la situación de la niñez en esta época. La infancia está colonizada por el modelo adulto del consumo si medida y la tecnología de la imagen.

---

<sup>27</sup> Levin, E., Op. Cit. Pág. 123.

## **B. 5. a. Síntomas en el aprendizaje**

El fracaso escolar generalizado muestra el malestar de los niños allí donde no puede dejar de verse, pues el deseo de los padres está puesto en gran medida en esta época en el éxito escolar de sus hijos.

La escuela se ha tornado muy competitiva, una de las novedades en esa competencia es el manejo de las pantallas de las nuevas tecnologías. El conocimiento se ha trasladado paulatinamente de la letra a la imagen. En consecuencia y sintomáticamente los problemas escolares más comunes son las dificultades en la escritura y en la comprensión de lo escrito.

El fracaso escolar es una problemática habitual en este momento; niños que son inteligentes y sin embargo no pueden aprender, no pueden apropiarse del saber.

El aprendizaje sistemático se ha convertido en una alta exigencia para los niños. El nivel preescolar ha pasado de ser un espacio de preparación para la escolaridad a anticipar y exigir conocimientos cada vez más avanzados. El nivel de estimulación y de exigencia implica que se aprenda simultáneamente y a gran velocidad habilidades y saberes que indican que los niños de hoy están sobre exigidos en su capacidad de aprendizaje y rendimiento en general.

Por miedo a perder el amor del otro el niño se esfuerza por cumplir con lo que se pide.

El niño sostiene el ideal del adulto en cuanto es proyecto y realización del futuro. Dentro de la enorme exigencia del momento actual también se le exige que sea maduro, que sea como el adulto. En muchas situaciones el niño sostiene al adulto, a sus ideales, sin poder elegir cumple y realiza la promesa de sus padres. Esto produce atrapamientos subjetivos que se expresan en síntomas, trastornos, inhibiciones, etc.

Esta modificación de los lugares que ocupan padres e hijos en la estructura familiar lleva a que el niño sea revestido de un poder que en realidad no tiene. No es raro

encontrarse en esta época con niños que critican o cuestionan la posición de sus padres. Estos niños representan el narcisismo parental, el ideal de omnipotencia sin restricción.

### **B. 5. b. La violencia en la niñez**

La violencia es otro de los problemas que nos asombran con su novedad y que generan situaciones conflictivas de difícil resolución en el ámbito escolar.

La violencia virtual a la que los niños están largas horas expuestos produce reacciones violentas.

Puede pensarse la violencia de los niños como consecuencia del encierro en lo imaginario. Dice Levi: “repiten lo que hace la imagen: actúan sin pensar”. En estos casos las imágenes funcionan como refugio frente a los otros, crean la ilusión de identidad. Estamos hablando de niños que tienen identificaciones patológicas, con un sostén de su identidad muy frágil. Las situaciones que los aleja o los enfrenta con la pérdida del sostén imaginario son vividas como una amenaza y generan violencia. Por eso nos asombramos ante reacciones violentas ante cualquier cosa.

La violencia virtual produce fijeza representacional y también el temor a quedar atrapado en ella. En realidad no miedo sino angustia (miedo sin representación), que pone en juego la imagen de sí y es angustia de muerte, miedo a desaparecer, sin sentido, genera descontrol: los chicos no pueden para de moverse, ni detenerse a pensar en lo que hacen, o se paralizan (en ambos casos se ha erotizado el tono muscular).

Es posible explicar este fenómeno de violencia inusitada y masiva en los niños como la identificación con la violencia social

Silvia Bleichmar<sup>28</sup> plantea al respecto que la violencia presente en los niños en la actualidad está relacionada con la conformación valorativa de la sociedad actual.

---

<sup>28</sup> Bleichmar, S., “Violencia social – Violencia escolar”, Buenos Aires: Ed. Noveduc, 2008.



Vivimos en una sociedad donde el contrato social no se cumple, donde no tiene vigencia la responsabilidad del hombre en relación al semejante.

La ley instaurada internamente es lo que falla, por eso la conducta represiva no tiene éxito si de erradicar la violencia se trata. El otro es vivido como el rival o el enemigo, objeto de violencia. La sociedad ha sufrido un proceso de desobjetivación, como consecuencia de esto el otro ciudadano no importa.

Los valores que tienen que ver con el respeto, la solidaridad, el reconocimiento son considerados en nuestra sociedad como valores de riesgo, son menospreciados, considerados inútiles y peligrosos para la propia seguridad. El semejante es una amenaza potencial, no una fuente de encuentro gratificante o enriquecedor.

Las experiencias de autoritarismo vividas en nuestro país han dejado secuelas. Nuestra sociedad es individualista, su consigna de “sálvese quien pueda” favorece los aspectos más egoístas en las relaciones humanas.

Por otro lado la violencia incrementada en todos los ámbitos aumenta la desconfianza frente a otro ser humano. No hay códigos y pactos que se respeten, y eso trae aparejada una gran inseguridad sobre el porvenir. No hay futuro. El terror y el vacío que genera esa ausencia de prospectiva producen también violencia hacia el otro y hacia sí mismo. Las consecuencias de esto se ven en el aumento de la tasa de suicidios y homicidios cometidos por menores.

## **C. ASPECTOS SOCIOLOGICOS**

### **C. 1. Marco Legal**

El marco legal de la infancia, en Argentina como en varios países de Latinoamérica y el mundo, se encuentra regulado como norma madre por la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño de 1989, la cual fue ratificada por nuestro país en 1990 y elevada a rango constitucional tras la reforma de 1994.

Este instrumento internacional de derechos humanos, en el cual se enmarcan varias legislaciones, focalizado en los niños y adolescentes marcó una nueva etapa en la condición jurídica de la infancia. Esta etapa, en nuestro país, se vio fortalecida por la sanción de la ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes<sup>29</sup>, que profundizó el debate planteado por la Convención acerca de la interacción entre niñez, familia y Estado. A partir de estos instrumentos, se reordenan las obligaciones, atribuciones y responsabilidades de los poderes del Estado, de la familia y de las organizaciones de la sociedad civil. A su vez, dicha ley contempla también la creación de organismos dedicados a la planificación de políticas específicas que garanticen la efectiva concreción de los derechos de niños y adolescentes.

Algunos autores afirman que la transición entre la anterior ley de Patronato (10.903) y la ley 26.061 resulta compleja en la medida en que aún no se lograron las reformas institucionales e intervenciones sociales necesarias para que la nueva ley sea eficaz y que el sistema de Protección Integral realmente se encuentre en consonancia con los derechos humanos de niños y adolescentes. En este sentido Marisa Herrera afirma: el diseño e implementación de una verdadera “Política” (con mayúscula) de infancia y adolescencia-que responda a los estándares que fijan y promueven los derechos humanos- requiere de un replanteo de raíz a nivel general sobre el rol del Estado tanto el nacional como los estados provinciales<sup>30</sup>.

La ley 26061 establece que las políticas públicas de la niñez y la adolescencia se elaborarán de acuerdo a las siguientes pautas: a) Fortalecimiento del rol de la familia en la efectivización de los derechos de las niñas, niños y adolescentes; b) Descentralización de los organismos de aplicación y de los planes y programas específicos de las distintas políticas de protección de derechos, a fin de garantizar mayor autonomía, agilidad y eficacia; c) Gestión asociada de los organismos de gobierno en sus distintos niveles en coordinación con la sociedad civil, con capacitación y fiscalización permanente; d) Promoción de redes intersectoriales locales; e) Propiciar la constitución de organizaciones y organismos para la defensa y protección de los derechos de las niñas, niños y adolescentes.

---

<sup>29</sup> Boletín Oficial 26-10-2005. Nro.30.767

<sup>30</sup> Herrera, Marisa. Doctora en Derecho (UBA). “La exigencia de una mirada integral. Impacto de la deuda social en la niñez y la adolescencia” en Revista Encrucijadas N 48. pág. 56..Editorial Eudeba. Buenos Aires, Noviembre 2009.

Asimismo este sistema de protección integral está conformado por todos aquellos organismos, entidades y servicios que diseñan, planifican, coordinan, orientan, ejecutan y supervisan intersectorialmente las políticas públicas de gestión estatal o privada, en todas las instancias: nacional, provincial y municipal, que están destinados a la promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y reestablecimiento de los derechos de niños, niñas y adolescentes.

El sistema está integrado por organismos administrativos, judiciales y de control, de acuerdo a la instancia de ejecución que corresponda, interviniendo a través de políticas, planes y programas de promoción y protección de derechos.

La perspectiva de protección integral supone el acceso a todos los derechos que no son sólo competencia de las áreas de la infancia sino de todas las instancias que tienen alguna intervención en la vida cotidiana de los niños, es decir salud, educación y desarrollo social, entre otras.

Así, la nueva ley implica una concepción distinta de los niños y adolescentes, introduciendo la idea de sujetos de derecho, significando ello el quiebre legal de un orden tutelar represivo anterior. En este sentido dicha definición de niño como sujeto de derecho intenta desterrar la concepción de la infancia donde el niño se constituía como “menor”.

En términos de Eduardo Bustelo, en estas concepciones el niño es un adulto en estado de reducción a una categoría menor o en su inverso, ser niño es no ser un adulto pleno; esto introdujo tradicionalmente en la categoría infancia una asociación casi automática con la incapacidad<sup>31</sup>.

Por su parte, Graciela Frigerio y Gabriela Diker, afirman (...) a partir del siglo XIX se conforma lo que se ha dado en llamar la “doctrina de la situación irregular”. Se trata de una posición que concibe al niño como objeto de intervención y tutela jurídica, que debe ser protegido por el Estado siempre que se juzgue que se halla en “peligro material o moral”. En nombre de su protección, el Estado podía (y todavía lo hace) privar

---

<sup>31</sup> Bustelo, Eduardo S. “El recreo de la infancia”. Siglo veintiuno editores. Buenos Aires, 2007. p 188

a los niños y adolescentes de los derechos más elementales, incluso de su libertad. Es en el marco de esta concepción que se va a distinguir niñez de minoridad, y el término “menor” quedará reservado para aquellos niños que se hallan en situación irregular”<sup>32</sup>.

Estamos asistiendo, por tanto, a un cambio de paradigma que propone entender a niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho, lo cual nos remite a niños protagonistas, ciudadanos y partícipes activos en la vida social; o sea una niñez con ciudadanía plena cuyas carencias se consideren derechos vulnerados.

En este nuevo paradigma se limita la discrecionalidad en la toma de decisiones, se recupera la voz del niño y sus referentes significativos y se le garantizan tanto derechos civiles como sociales. Sin embargo, y sin dejar de reconocer la superación que esto implica del anterior paradigma, resulta significativo preguntarse respecto de algunas cuestiones que hacen a la efectiva implementación de estas nuevas concepciones. El artículo 4 de la Convención hace referencia a la concreción de los derechos sociales, estableciendo que los Estados miembro deben cumplir con el “máximo de recursos posibles”; por tanto los derechos económicos actuarían como habilitantes de los derechos sociales. De esta forma, si los Estados miembro no destinan el financiamiento a estos fines, asistiríamos a la amenaza de dichos derechos.

Por otro lado Bustelo cuestiona la omisión de las responsabilidades del sector privado a pesar de su ingerencia en la socialización de la niñez como así también la adecuación de la legislación interna de cada uno de los países miembro a la Convención. El mismo autor, hace referencia también a la dificultad para establecer que se entiende por “el interés superior del niño” y el margen de discrecionalidad que esto implica.

Sin duda, estos cuestionamientos, implicarán modificaciones que hagan posible y efectivo este cambio de paradigma; transformaciones que requieren necesariamente del debate y el compromiso de los organismos estatales, no gubernamentales y de los ciudadanos, a través de los diversos ámbitos de participación.

## **C. 2. Infancia, políticas sociales y salud**

---

<sup>32</sup> Graciela Frigerio, Gabriela Diker. “Infancias y Adolescencias”.sitio web [www.puntoseguido.com](http://www.puntoseguido.com)

Las condiciones socioeconómicas de la mayoría de los países de Latinoamérica arrojan cifras que evidencian una amplia gama de desigualdades y polarización entre pequeños grupos privilegiados con mayores ingresos y extensos sectores poblacionales que viven en condiciones de extrema pobreza y vulnerabilidad social; siendo los niños y adolescentes de estos últimos sectores quienes se ven más afectados. Una de las principales causas de esta situación es la desigual distribución de la riqueza en la mayoría de los países del área. Así, la mayor parte de la población de América Latina la ocupan niños, niñas y adolescentes, hallándose en situaciones de pobreza y desprotección.

En este contexto encontramos que una gran proporción de la población infantil que se enfrenta a complejos problemas como ser: la carencia de vivienda, explotación económica, interrupción de los estudios, problemas de salud, maltrato, entre otros.

La legislación vigente establece que es un derecho de todos y cada uno de los niños y niñas en esta etapa de la vida recibir cuidados, alimentación y tiempos para el juego y la exploración, como así también desarrollar su potencial. Sin embargo, no todos los niños/as que viven en la Argentina tienen la posibilidad de ejercer plenamente sus derechos. Múltiples y variados factores determinan que las oportunidades para lograr un desarrollo adecuado no sean iguales a lo largo y a lo ancho del país.

La diferencia en los ingresos económicos de las familias reflejan las principales disparidades ya que, cuando ellos son insuficientes, se traducen en deficientes condiciones de vida y dificultades para el acceso a bienes y servicios básicos, denotando ello una situación de inequidad social y encontrando así, que en las familias con estas carencias se va plasmando un perfil en el que las enfermedades de sus niños son más frecuentes y las oportunidades para su óptimo desarrollo más escasas.

Entendemos que el Estado es quien debe formular e implementar las políticas públicas como actividad esencial de sus funciones. Oszlak y O'Donnell definen la política como un conjunto de acciones y omisiones que manifiestan una determinada modalidad de intervención del Estado en relación con una cuestión que concita atención,

interés o movilización de otros actores de la sociedad<sup>33</sup>. Considerar entonces la política social como acción u omisión nos remite a pensar que dichas acciones u omisiones conllevan sentidos, qué las mismas no resultan casuales y que, a su vez, implican dimensiones: ético-políticas, teóricas, metodológicas y técnico operativas.

En el marco de las políticas neoliberales de los años noventa, conjuntamente al fenómeno de la globalización, nuestro Estado implementó diversas reformas estatales que se vieron traducidas en: descentralización, focalización, privatización y desregulación. La implementación de modelos tecnocráticos, en muchos casos financiados por organismos internacionales, han promovido rupturas y generaron retrocesos.

Las crisis económicas sufridas en los últimos años en Argentina, fundamentalmente a principios de los años noventa y la última de ellas en el año 2001, potenciaron la inequidad social y aumentaron los niveles de exclusión.

Esta crisis generó, además del deterioro de las condiciones económicas, una marcada fragmentación de los lazos sociales, debilitando las capacidades y proyectos personales.

En este sentido, encontramos que en el segundo semestre de 2006 el porcentaje de niños y adolescentes (0 a 17 años) bajo la línea de pobreza era de 40,9% (teniendo en cuenta todo el país); mientras que el porcentaje de niños y adolescentes bajo la línea de indigencia era del 14,3% en el mismo período<sup>34</sup>. Estos datos denotan una población infantil viviendo en contextos sociales y económicos complejos donde su desarrollo bio-psico-social y cultural se ve amenazado por estos condicionantes negativos.

Si nos referimos específicamente a la salud de niños y adolescentes, ateniéndonos a la Convención de los Derechos del Niño, los niños deben disfrutar del más alto nivel

---

<sup>33</sup> Oslak, Oscar y O'Donnell, Guillermo. Estado y Políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación. Buenos Aires. CEDES, 1981, en Maitena María Fidalgo. “*Adiós al derecho a la salud*”. Buenos Aires. Editorial Espacio, 2008.

<sup>34</sup> Fuente: EPH Continua Indec en “Datos generales sobre infancia y adolescencia actualizados a abril 2009” UNICEF. [www.unicef.org.ar](http://www.unicef.org.ar)

posible de salud, y tener acceso a servicios para la prevención y el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud.

La Convención enfatiza en particular que los Estados Partes adopten las medidas apropiadas para reducir la mortalidad infantil, y en la niñez asegurar a todos los niños la prestación de la asistencia médica y la atención sanitaria que sean necesarias. En este sentido se hace hincapié en el desarrollo de la atención primaria de la salud; a través de la necesaria la articulación de los diferentes organismos gubernamentales (en todos sus niveles) como así también diversos sectores de la sociedad, en pos de garantizar el derecho a la salud.

La concreción de este derecho requiere que se encuentren disponibles los recursos financieros necesarios para la implementación de las políticas públicas relativas al sector, de modo que pueda garantizarse la disponibilidad de recursos materiales y humanos necesarios.

En este sentido, resulta importante destacar dos criterios que debieran aplicarse para garantizar dichas condiciones de salud, como ser: 1) Accesibilidad a la atención de la salud, que se refiere a propiciar el acceso físico, económico y acceso a la in formación de los servicios de salud y 2) Calidad de atención de los servicios, haciendo referencia a la eficacia en la atención, las condiciones de los establecimientos de salud, idoneidad de los profesionales de la salud y la medicación suministrada a los pacientes.

En la medida en que el concepto de salud implica tanto la salud física como mental y teniendo en cuenta a su vez los factores culturales y sociales que constituyen el proceso de salud-enfermedad, importa destacar que el derecho a la salud mental en niñez y adolescencia forma parte del derecho general a la salud. Según refiere en un informe el Indec la Organización Mundial de la Salud (2001) puntualiza que a nivel mundial no se le concede a la salud mental la misma importancia que a la física, a pesar de la reconocida interdependencia entre ambas dimensiones. Según este mismo informe, el concepto de salud mental, que varía en las distintas culturas, trasciende la mera ausencia de enfermedades mentales, abarcando aspectos tales como el bienestar subjetivo, la

percepción de la propia eficacia, la autonomía, la competencia, la dependencia intergeneracional, y la autorrealización de las capacidades intelectuales y emocionales<sup>35</sup>.

La ley 448<sup>36</sup> de salud mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires define la salud mental como un proceso determinado histórica y culturalmente en la sociedad, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social, y está vinculada a la concreción de los derechos al trabajo, al bienestar, a la vivienda, a la seguridad social, a la educación, a la cultura, a la capacitación y a un medio ambiente saludable. La salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio-cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo”

En tanto la salud mental se considere un proceso determinado histórica y culturalmente, esto implicará necesariamente plantearse algunos debates; como por ejemplo si existe una coherencia epistemológica en materia de salud mental, como así también la integración de las disciplinas y la definición y tratamiento de los trastornos mentales.

Además de la Convención, encontramos que el derecho a la salud de niños y adolescentes se encuentra regulado y protegido por la mencionada ley 26061. En su artículo 14 esta ley hace específica referencia al derecho a la salud, expresando que los organismos del Estado deben garantizar: a) El acceso a servicios de salud, respetando las pautas familiares y culturales reconocidas por la familia y la comunidad a la que pertenecen siempre que no constituyan peligro para su vida e integridad; b) Programas de asistencia integral, rehabilitación e integración; c) Programas de atención, orientación y asistencia dirigidos a su familia; d) Campañas permanentes de difusión y promoción de sus derechos dirigidas a la comunidad a través de los medios de comunicación social.

Toda institución de salud deberá atender en forma prioritaria a las niñas, niños y adolescentes y mujeres embarazadas. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a la

---

<sup>35</sup> Indec.” Sistema Integrado de Indicadores Sociales y Económicos sobre la Niñez y Adolescencia en la Argentina”. [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar)

<sup>36</sup> Ley 448. 7-9-2000. Boletín Oficial Nro 1022



atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.

A su vez, en el contexto de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires la ley 114 (Protección integral de los derechos de niños, niñas y adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires)<sup>37</sup> también regula y tiene por objeto garantizar este derecho. Por su parte, la ley de salud mental 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires dispone mecanismos de atención asistencial y preventivo en materia de salud mental, garantizando los derechos de los pacientes tanto internados como quienes son asistidos en forma ambulatoria en servicios de salud mental. Esta ley se basa en algunos aspectos fundamentales que podríamos resumir en los siguientes: 1) Una visión integral de la salud mental, entendiéndola como inescindible de la salud física y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-social y cultural y de la necesidad del logro de las mejores condiciones posibles para su desarrollo físico, intelectual y afectivo. 2) el desarrollo con enfoque de redes, de la promoción, prevención, asistencia, rehabilitación, reinserción social y comunitaria y la articulación efectiva de los recursos de los tres subsectores. 3) la intersectorialidad y el abordaje interdisciplinario en el desarrollo del Sistema de Salud Mental. 4) la articulación operativa entre las instituciones, ONGs, la familia y recursos de la comunidad. 5) la internación como una modalidad de atención, aplicable cuando no sean posibles los abordajes ambulatorios. 6) el respecto a la pluralidad de concepciones teóricas en salud mental y 7) la función del Estado como garante y responsable del derecho a la salud mental, individual, familiar, grupal y comunitaria, evitando políticas, técnicas y prácticas que tengan como fin el control social.

En lo que respecta a la legislación nacional en materia de salud mental, actualmente existe un proyecto de ley nacional de salud mental, el cual se sustenta, en gran parte, en los criterios y concepciones antes mencionados, incluidos en la ley 448 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

---

<sup>37</sup> Ley 114. 7-9-2000. Boletín Oficial Nro 1022.

En lo que respecta específicamente a las problemáticas de salud mental de niños y niñas en la provincia de Buenos Aires, en un estudio de investigación titulado “Investigación sobre problemáticas de salud mental en la infancia”(2007)<sup>38</sup>, encontramos que habiéndose relevado población infantil de las ciudades de Buenos Aires, La Plata, Mar del Plata, San Luis, Cipolletti, General Roca y Tucumán, el 15,2 % de niños entre 6 y 11 años presenta conductas asociadas a síntomas y trastornos mentales. El trabajo refiere que las problemáticas de salud mental detectadas deben comprenderse como síntomas relevados en una población infantil que atraviesa un proceso de desarrollo evolutivo. En ese sentido, aclara que las manifestaciones sintomáticas tienen que ser interpretadas "como emergentes de una realidad dinámica en la cual interactúan factores biográficos, sociales, históricos, políticos, económicos y culturales", y no como expresiones propias de una enfermedad. Encontramos entonces una interesante mirada psicosocial, con la cual coincidimos, que intenta ser integradora y amplia, considerando los determinantes sociales como factores que podrían asociarse a la sintomatología infantil, no siendo excluyentes, sino complementando los factores físicos de dichas problemáticas.

## **D. INVESTIGACIONES RECIENTES SOBRE SALUD MENTAL EN LA INFANCIA**

**VIII Jornadas Nacionales de Debate Interdisciplinario en Salud y Población.**

**Instituto de Investigaciones Gino Germani.**

**Facultad de Cs. Económicas UBA, Postrado (2° Piso). 29, 30 y 31 de julio de 2009.**

**Test psicométricos y construcción de la infancia anormal.**

**Aproximaciones desde el análisis del Déficit de Atención e Hiperactividad.**

Eugenia Bianchi.

La autora recorre en el presente trabajo los problemas de diagnóstico que el ADHD suscita en la actualidad. “Con el acelerado y polémico incremento en el diagnóstico y la extensión en la prescripción de anfetaminas y antidepresivos para

---

<sup>38</sup> “Investigación sobre problemáticas de salud mental en la infancia” (2007). Comentario publicado en <http://weblog.mendoza.edu.ar/salud/archives/2007>. Diciembre de 2008.

contrarrestar la sintomatología asociada, se multiplican publicaciones del campo de la salud, inscribiéndose en un abanico de posicionamientos diversos. Tanto la extensión de los abordajes cognitivo-comportamentales y el uso de medicación psicoestimulante, como el fundamento mismo del diagnóstico del cuadro, han cobrado suma importancia al interior del discurso médico, resultando cuanto menos, problemáticos para una parte de los profesionales de la salud”.

A partir de esta definición inicial el trabajo se dedica a analizar el uso de test psicométricos como herramientas de diagnóstico en la patología mental infantil y, especialmente, en el mencionado trastorno, tomando en cuenta aquellos que resultan más usados en nuestro país en la actualidad: Conners, TRF, ACTeRS y SNAP IV. Adicionalmente analiza los manuales psiquiátricos: DSM-IV TR y Kaplan-Sadock de Psiquiatría Clínica<sup>39</sup>.

“El recurso a las escalas en las investigaciones sobre psicopatología infantil permite delimitar subgrupos de niños que presenten características homogéneas, realizar estudios que exploren hipótesis acerca de la etiología de ciertos trastornos, y efectuar pronósticos de grupos clínicos a los que se les realicen seguimientos en el tiempo. La utilidad en el cumplimiento de estas funciones ha posicionado a las escalas -y a los test en general- de manera tal que hoy asumen un papel importante en los diversos métodos de screening de trastornos mentales infanto-juveniles. Existen actualmente numerosas escalas y listados utilizados para la investigación de psicopatologías infantiles. Estos difieren en una multiplicidad de aspectos relevantes (Pedreira Massa, 2000; Calleja Pérez, 2004) que influyen y condicionan la validez y fiabilidad de las escalas”.

El trabajo además retoma las conclusiones de Pedreira Massa <sup>40</sup> acerca de los métodos de screening de trastornos mentales infanto-juveniles en atención primaria, quien sostiene que es suficiente la existencia de escalas para la valoración de los trastornos psicopatológicos más comunes en la infancia, aunque resultaría provechoso

---

<sup>39</sup> TRF (Teachers Report Form), ACTeRS (ADD-H Comprehensive Teacher Rating Scale) y SNAP IV (Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality), Manual DSM-IV TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

<sup>40</sup> Pedreira Massa, J. L. (2000) *La evaluación de los trastornos mentales en la infancia en atención primaria*. Descargado de: [http://www.comtf.es/pediatria/Congreso\\_AEP\\_2000/Ponencias-htm/JL\\_Pedreira\\_Massa.htm](http://www.comtf.es/pediatria/Congreso_AEP_2000/Ponencias-htm/JL_Pedreira_Massa.htm)

profundizar los estudios de las propiedades y utilidad de las escalas existentes, dado que existen pocos trabajos que valoren la utilidad de las escalas en el seguimiento de niños diagnosticados con alguna psicopatología, que se encuentren recibiendo tratamiento farmacológico, conductual, familiar, psicoterapéutico. “La utilidad de las escalas se vería reforzada si tuvieran la capacidad de establecer subagrupamientos de poblaciones infantiles en categorías más específicas y relacionadas con los diversos pronósticos al inicio del tratamiento. Permitiría, además, la replicación de los estudios por parte de otros investigadores, con el empleo de la misma escala y puntos de corte análogos, evitándose el recurso a la utilización de criterios subjetivos para la clasificación de los casos”.

A partir de estos datos, la autora vuelve a poner el eje en la importancia del diagnóstico inicial de la patología y en el cuestionamiento de la validez y la fiabilidad de las herramientas utilizadas para tal fin, remarcando que: “El uso de escalas de comportamiento infantil reposa en una serie de supuestos o fundamentos, descritos por Cairns & Green en 1979 (Pedreira Massa y Sánchez Gimeno, 1992):

El informante y el investigador coinciden en su concepción acerca del atributo o comportamiento que es objeto de la investigación, el informante comparte con el investigador un saber acerca de cuál/es comportamiento/s del niño expresan el atributo que se describe en la escala, el informante es capaz de detectar, de entre la multiplicidad de conductas cotidianas del niño/a, aquellas relevantes a los efectos de la medición del atributo que se describe en la escala, el informante y el investigador tienen un punto de referencia conceptual similar que comparten al momento de calificar la intensidad del comportamiento en la escala.

En salud mental infantil se plantea una dificultad adicional: el proceso evolutivo del sujeto. Para atender a esta particularidad, se han desarrollado instrumentos para informantes múltiples, en diferentes contextos de desarrollo y perfiles, que atiendan a las diversas edades y sexos”.

Además define validez y fiabilidad, así como confiabilidad de un instrumento de medición, como para remarcar los principales problemas a los que el proceso diagnóstico debe enfrentarse en la realidad: en primer lugar, la ausencia de consenso en la definición

de muchos de los trastornos mentales, paso necesariamente anterior al uso de cualquier escala que intente medir el trastorno en cuestión. En segundo lugar, el hecho de que los trastornos psicológicos en la infancia no resultan nunca entidades clínicas puras y la presencia, en todo cuadro infantil, de comportamientos que aparecen tanto en la normalidad como en la patología.

### **Trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes.**

#### **Programa de educación en Salud Mental de la Federación Mundial de la Salud Mental, 2003.**

El documento pretende establecer la situación de la salud mental en niños y adolescentes a nivel mundial con el objeto de aumentar la conciencia a nivel global, acerca del problema. Para ello retoma los problemas identificados por la Organización Mundial de la Salud como inquietudes prioritarias, sobre la base de su prevalencia o su capacidad de causar minusvalías y sus posibilidades de recuperación con abordajes terapéuticos adecuados, especialmente a nivel de la atención primaria en salud:

El trabajo aborda como ítems fundamentales:

- Salud mental de niños y adolescentes, situación de los trastornos emocionales y conductuales graves.
- Abuso de sustancias entre los adolescentes.
- El suicidio en los adolescentes.
- La ansiedad en los niños.
- Trastornos por déficit de la atención con hiperactividad.
- Autismo y otros trastornos del desarrollo.
- Trastorno bipolar.
- La depresión en los niños.
- Trastornos de conducta perturbadora.
- Trastornos de la alimentación.
- Discapacidades del aprendizaje.
- Esquizofrenia.
- Falta de sueño en los niños.
- Tics y Trastorno de Tourette.
- Adelantos en investigación de la salud mental de niños y adolescentes.

Tratando en todos los casos de aportar datos para el conocimiento de los padres respecto de esas patologías.

Respecto de los trastornos emocionales y conductuales graves en la infancia; el texto recalca la importancia de la familia para el desarrollo adecuado del niño, situando a partir de allí las diferencias entre países con desigual situación económica que dejan seriamente afectado dicho vínculo.

Según datos estadísticos del documento, a nivel mundial hasta un 20 % de los niños y adolescentes padecen de una enfermedad mental discapacitante, y, entre un 3 – 4 % requiere tratamiento. Traslados por guerras y catástrofes, consecuencias a nivel familiar del SIDA, tensiones familiares, adversidad económica y limitaciones en los derechos a la educación y la salud para los niños y las mujeres encargadas de su crianza, resultan las principales variables listadas como causa del empeoramiento de la situación de la infancia.

Según las mismas fuentes estadísticas, a nivel mundial el suicidio es la tercera causa de muerte de los adolescentes.

Respecto de los trastornos listados como principales para la mencionada franja etaria, el documento menciona:

- Síndrome de Asperger
- Autismo.
- Trastorno bipolar.
- Trastorno de a conducta perturbadora.
- Manejo del trauma, violencia y guerra.
- Niños afectados por el VIH/SIDA.
- Trastornos depresivos.
- Trastorno por ansiedad.
- Déficit de atención / Trastornos por hiperactividad.
- Trastornos de la alimentación.
- Discapacidades en el aprendizaje.
- Abuso de sustancias nocivas.

- Tic / Tourette.
- Suicidio entre adolescentes.

Siendo los últimos ocho de la lista los identificados por la Organización Mundial de la Salud como inquietudes prioritarias, por su prevalencia, su capacidad de provocar minusvalías a largo plazo y sus posibilidades de recuperación, especialmente a nivel de atención primaria de la salud.

En relación a la prevalencia de éstos trastornos a nivel mundial, el documento resalta la variación en la forma en la que se diagnostica a nivel mundial, y las diferencias culturales existentes para definir la enfermedad mental. Por éstas razones no es posible comparar muchos datos, sin embargo los mismos nos permiten inferir la enorme proporción de problemas de salud mental en la población de niños y adolescentes.

Luego de recorrer algunos ejemplos de experiencias innovadoras a nivel mundial, el documento propone pautas generales para mejorar el futuro de niños y adolescentes:

A nivel mundial:

- Hacer de la salud mental una prioridad mundial.
- Establecer un plan de acción, a nivel mundial.
- Acumular conocimientos en un registro único.
- Usar la red mundial (WWW) para diseminar la información.

A nivel local:

- Conocer las necesidades de salud mental de niños y adolescentes.
- Crear equipos que trabajen en colaboración.
- Planificar en forma adecuada, como centro de toda iniciativa política.
- Perseverar en acciones que necesitan del desarrollo en el tiempo.

El documento analiza, en forma detallada, cada una de las patologías listadas, sin dar muchos datos estadísticos de la prevalencia de las mismas, pero fijando criterios respecto de su diagnóstico, siguiendo especialmente los ítems usados por el DSM. Además fija diez conceptos básicos considerados cimientos científicos del desarrollo temprano adecuado. Los mismos resultan de singular interés para considerar parámetros de comparación que resulten respetuosos de las diferencias culturales e individuales:

- El desarrollo humano se forma por la interacción dinámica y continua entre la biología y la experiencia.
- La cultura influye sobre todos los aspectos del desarrollo humano y se refleja en creencia y prácticas de crianza concebidas para promover la adaptación sana.
- La creación de autorregulación es una piedra angular del desarrollo infantil temprano que afecta todos los aspectos de la conducta.
- Los niños son participantes activos de su propio desarrollo.
- El afecto y los vínculos humanos son la base del desarrollo sano.
- La gama enorme e diferencias individuales entre los niños pequeños hace difícil diferenciar las variaciones normales y las demoras en la maduración de los problemas temporales o permanentes.
- El desarrollo infantil avanza por carriles singulares caracterizados por continuidades y rupturas, así como por transiciones importantes.
- El desarrollo normal conjuga fuentes de vulnerabilidad y de resistencia.
- En el desarrollo son de suma importancia las experiencias tempranas, pero en la mayor parte de los casos la vulnerabilidad a riesgo y la eficacia de las influencias protectoras continúa durante los primeros años de vida hasta la entrada en la adultez.
- El curso del desarrollo puede cambiar por la influencia de experiencias efectivas, favoreciendo los resultados adaptativos.

### **Epidemiología Psiquiátrica.**

**Revista Colombiana de psiquiatría. Volumen 32, Número 1. Enero/Marzo 2003. Issn 0034-7450. rev.colomb.psiqiatr.**

Doctora Marcela Alzate

La autora reseña los aportes de la epidemiología, resaltando como la misma ha logrado una mayor integración entre la clínica y la salud pública. Ésta, como ciencia básica de la prevención de la enfermedad, ha cambiado el paradigma de atención en el ámbito clínico y en el desarrollo y evaluación de las políticas públicas para la atención de los problemas en salud. Como resultado aplica su metodología en la comunidad, en el hospital o en el laboratorio e involucra a todas las ramas de la medicina. Define la epidemiología como un término derivado del griego epi (sobre), demos (gente) y logos



(ciencia). Es la ciencia a la que le conciernen los eventos en salud en la población humana. Cita El Diccionario de epidemiología que demarca a esta disciplina como «El estudio de la distribución y los determinantes de los acontecimientos relacionados con la salud en las poblaciones específicas y la aplicación de este estudio a los problemas sanitarios»<sup>41</sup> esto es, la epidemiología psiquiátrica estudia cómo los estados de salud están distribuidos entre la población y cómo influyen los factores ambientales, genéticos o estilos de vida en la presencia o ausencia de enfermedad mental y, aunque mantiene estrecha relación con la epidemiología clínica y la salud pública, esta rama sólo se define por su objeto de estudio, y es ecléctica con respecto a las teorías sobre la causa de la enfermedad.

La autora resalta que la metodología usada por la epidemiología psiquiátrica es básica en la investigación en salud mental, busca los datos necesarios para plantear estrategias en salud y, desde la perspectiva de la clínica, se ocupa de los fenómenos clínicos, es decir, del diagnóstico y del tratamiento de los pacientes con enfermedad mental; asimismo, se encarga de la creación de instrumentos de medición, y, con técnicas específicas, permite la aplicación de los conocimientos generados en grupos de pacientes para la mejor atención de un caso en particular. Además remarca los avances logrados por la epidemiología psiquiátrica en los últimos años, y sus restricciones; pues la mayor parte de los estudios es de tipo descriptivo, trabajan sobre prevalencias y en el estudio de factores de riesgo inespecíficos y poco modificables (edad, género, etc.), lo que disminuye la posibilidad de intervención.

Rastreando los antecedentes, la autora sitúa a mediados del siglo XIX las primeras teorías de la enfermedades, contagiosas o no contagiosas, como inicio de los planteos acerca del papel social y el ambiente.

Destaca, como punto importante en el campo de la epidemiología psiquiátrica, el estudio Epidemiological Catchment Area, realizado en Estados Unidos, primero en aportar el uso de la entrevista diagnóstica de investigación estructurada (DIS), disponible para la investigación desde 1990.

---

<sup>41</sup> Diccionario de epidemiología. Oxford: Oxford University Press, 1988.

Remarca a su vez, la importancia de los estudios epidemiológicos desde diversas razones, entre las cuales listamos tres de las principales:

- Los trastornos mentales figuran entre las clases de mayor prevalencia de enfermedad crónica en la población general.
- Los trastornos mentales aparecen en edades mucho más tempranas que las otras enfermedades crónicas, lo que ha estimulado el interés por la salud mental de los niños y de los adolescentes, al igual que el estudio de los primeros episodios de enfermedad mental.
- Los trastornos mentales hacen parte de las enfermedades crónicas más incapacitantes.
- Sólo una pequeña parte de los encuestados en diferentes estudios, que cumple criterios para cualquier trastorno mental, ha recibido tratamiento.

Si bien la epidemiología psiquiátrica recibe muchas críticas por los sobre registros que se supone que produce, existen otros obstáculos para los estudios de esta índole que no podemos dejar de considerar, entre ellos el subregistro sistemático de este tipo de patologías, la dificultad de acceso a los servicios de salud mental de gran parte de la población mundial, la poca disponibilidad de instrumentos de evaluación validados y la dificultad misma de acercamiento al objeto de estudio en general. Frente a este último punto, la epistemología psiquiátrica dispone de tres modos de aproximación. La epidemiología descriptiva, la analítica y la experimental.

La epidemiología descriptiva ha sido durante mucho tiempo el tipo de estudio preferido en psiquiatría, y su objetivo es determinar la frecuencia de presentación de los trastornos mentales en una población, describir los cuadros clínicos, permitir formular hipótesis sobre mecanismos causales, dar información básica para el planteamiento de las políticas en salud mental y generar las bases para la investigación clínica. El problema incluye entonces diversos aspectos metodológicos como: la determinación de una enfermedad, su frecuencia en una población específica y sus factores de riesgo asociados. Esta rama de la epidemiología contempla diversos tipos de estudios: Estudios de casos, reporte y series de casos, estudios de tipo transversal, estudios de tipo longitudinal. El hecho de que la edad de inicio de la mayoría de las afecciones

psiquiátricas sea más temprana que las otras condiciones crónicas ha incrementado el interés en el estudio epidemiológico de poblaciones específicas como niños o adolescentes en todo el mundo, con este tipo de estudios.

Epidemiología analítica: En psiquiatría, el campo de la epidemiología analítica ha tenido menor desarrollo que el descriptivo. Ésta pone a prueba las hipótesis sobre causalidad o prevención y compara los resultados de dos grupos diferentes. La dificultad particular que afronta este tipo de estudios en psiquiatría radica en el problema de la medición de los fenómenos mentales, pero, sobre todo, en determinar cómo intervienen estos mecanismos (causales) en la génesis de la enfermedad mental. Los estudios analíticos en epidemiología psiquiátrica son: Casos y controles y estudios de cohorte.

Epidemiología experimental: La epidemiología experimental también analiza la diferencia entre dos grupos, pero sobre uno de ellos ha realizado una modificación experimental. Son importantes en el campo de la psiquiatría porque constituyen método de referencia para la evaluación de la eficacia de medidas terapéuticas, preventivas o de otras intervenciones, tanto clínicas como de salud pública, y son un tipo especial de estudio de cohorte. Estos estudios no están libres de sesgos o de azar, por lo cual deben ser específicos en su diseño y aplicación.

### **Características epidemiológicas de la salud mental de los niños montevideanos.**

Dra. Laura Viola, Dra. Gabriela Garrido, Dra. Alicia Varela.

Revista de Psiquiatría del Uruguay. Uruguay, Volumen 72, Número 1, Agosto 2008.

Las autoras remarcan la importancia del aporte epidemiológico en la planificación en salud mental infantil, para dar cuenta de la situación existente, así como para evaluar el impacto de las acciones planificadas.

Con tal objeto, describen en el presente artículo el estado de la salud mental de los niños montevideanos al momento del punto de partida de una investigación epidemiológica a nivel nacional, realizada en el 2006 por la Clínica de Psiquiatría Pediátrica, cuyo fin inicial era el aportar insumos para el desarrollo de planes de salud mental.

Luego de resaltar la ausencia de estudios a nivel nacional sobre el tema, describen la situación de la infancia en Uruguay, desde los ejes de la realidad política y económica de los últimos años de ese país, remarcando como durante dicho período se han incrementado los factores que exponen a riesgo a la infancia (situación de calle, precarización económica, trabajo infantil y limitación de los derechos a la educación y la salud). Pobreza, desempleo, exclusión social, diversas modalidades de violencia, adicciones, depresión y suicidio afectan a la población infantil del país en forma directa e indirecta. A su vez, estos factores ambientales se asocian con la vulnerabilidad biológica del niño y el adolescente, afianzando los riesgos que de por sí suponen.

El informe de Uruguay al Proyecto ATLAS, 2004, en su versión para niños y adolescentes, resalta la ausencia de datos sobre prevalencia de las enfermedades mentales, así como la ausencia de otros datos básicos como número de niños y adolescentes que reciben efectivamente asistencia en salud mental y de recursos disponibles para la atención de dicha franja etaria.

Frente a esta situación, la investigación toma como escala global para la medición la CBCL “Children Behavior Check List”, para la indagación de la población.

Según el artículo, los datos internacionales indican que los trastornos mentales afectan entre el 10% y el 20% de la población menor de 18 años. Además se considera que el 50% de los padecimientos adultos en el área de salud mental, comienzan en la infancia.

La investigación aplicó el instrumento a una muestra representativa de 513 niños de entre 6 y 11 años, escolarizados, provenientes de 23 escuelas públicas y privadas de la ciudad de Montevideo.

Los resultados más importantes:

- De los 690 niños seleccionados el 74,3% respondió el formulario en forma completa.
- La media de los problemas totales para hombres y mujeres fue de 33,43 y 30,33 respectivamente.

- La distribución de los problemas emocionales y conductuales no fue homogénea para todo Montevideo. El porcentaje de niños que no presentan patología en las escuelas de contexto socioeconómico favorable es del 87,5%, en cuanto a dicho porcentaje en las escuelas de contexto sociocultural desfavorable, se reduce al 56,1%.
- El 18% de los niños encuestados viven en situación de hacinamiento.
- El 38% de la muestra presentó problemas de aprendizaje.
- El 28% de la muestra tienen madres cuya instrucción no supera los 6 años.

**Revista Trabajos Distinguidos en Salud Mental, Volumen 11, Número 3, Junio 2008. Sociedad Iberoamericana de Información Científica**

En una investigación realizada en el Hospital Universitario Niño Jesús, Madrid, España, los autores plantean la necesidad de control de los efectos secundarios de los antipsicóticos de primera y segunda generación en niños y adolescentes. Plantea que es de fundamental importancia el estudio y control de los síntomas extrapiramidales, para eliminar los síntomas negativos (retraimiento emocional, social, ensimismamiento, etc.).

En un estudio desde el año 2005 encontraron alteraciones metabólicas, ganancia de peso, hiperprolactinemia y en un caso, aplanamiento de la onda T en el E.E.G.

Se estudiaron los efectos secundarios en niños tratados con risperidona y se encontraron como efectos adversos dificultades de concentración, astenia, sedación e hipersomnía.

En una investigación publicada en el British Journal of Psychiatry en febrero del 2008, los autores (Phillipsen A., Limberger M., Bohus M., et alia), estudiaron la asociación entre el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad y la gravedad del Trastorno Límite de la Personalidad.

En alto porcentaje los adultos que presentan Trastorno Límite de la Personalidad (TLP) con sintomatología más grave han tenido en su infancia Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH). El 41,5% reunía los criterios para el diagnóstico de TDAH en la infancia. El 16% se lo asoció con Trastorno Paranoide en la adultez.

El diagnóstico de TDAH retrospectivo se asoció en forma significativa con el abuso emocional durante la infancia, no así con el abuso físico o sexual o negligencia física o emocional).

Dicen los autores: “El entorno familiar adverso relacionado con el nivel socioeconómico bajo y los conflictos familiares se considera un factor de riesgo importante para la aparición de síntomas de TDAH y el aumento de la gravedad del cuadro”. Además la falta de tratamiento predice la gravedad del cuadro en la adultez y la aparición de TLP.

En esta muestra no se detectaron problemas en la escolaridad en los pacientes investigados. La asociación entre ambas entidades diagnósticas no pudo ser descubierta en sus causas, pero se debería a “la similitud entre las características clínicas y los criterios diagnósticos de ambas entidades”.

## **LOS DATOS Y SU TRATAMIENTO**

### **1. Datos de Salud de la Municipalidad de La Matanza**

El Partido esta dividido en tres regiones de salud, cada una de las cuales cuenta con Unidades Sanitarias, que son los efectores de primer nivel, Centros de Salud, que funcionan como efectores de segundo nivel y dos Hospitales de referencia.

#### **Región de Salud I.**

Comprende los barrios de Virrey del Pino, 20 de Junio y Gonzalez Catán. Esta integrada por los siguientes efectores:

Región de Salud I –Hospital Materno Infantil Dr.José Equiza. Dr. Equiza (Ex Cuyo) 4067 y Maestra Concepción Valle. Dr. Equiza Ex Cuyo 4246, a 50 mts. de la Ruta 21.

Centro de Salud Dr. Ignacio Ezcurra N° 1. Monseñor López May 6560 Bo.Villa Borrego.

Centro de Salud Dr. Domingo Roca N° 2. Miller entre Hormiguera y California S/N, Bo. Oro Verde, Virrey del Pino.

Unidad de Salud Eva Perón (N° 22). Federico P. Russo N° 4200, Laferrere.

Unidad de Salud Móvil Municipal "Las Casitas". Scarlatti y Clay Bo. Lasalle.

Unidad de Salud Los Ceibos. Bordoy e/M. Acosta y Dragones.

Unidad de Salud Alberto Sabin. Manuel Arias N°4241.

Unidad de Salud La Esperanza. Apeninos N°600, Virrey del Pino.

Unidad de Salud San Pedro. Santiago del Estero 3389, Virrey del Pino.

Unidad de Salud Móvil Esperanza. Julio Verne y El Dorado Virrey del Pino.

Unidad de Salud La Foresta. California y Colorado, Virrey del Pino.

Unidad de Salud Los Álamos. Córdoba entre Camarones y Cachimayo (Km 35), Virrey del Pino.

Unidad de Salud Virrey del Pino (N° 41). Arengreen 5165 y Manzanares Virrey del Pino.

Unidad de Salud Barrio Nicolle. Calle 8 entre 102 y 103, Ruta 3 Km 35, Virrey del Pino.

Unidad de Salud Francisca Caputo. San Carlos y N. York, Virrey del Pino.

Unidad de Salud Dr. Roque Pérez. Carabajal 1428 20 de Junio.

Unidad de Salud Bo. Independencia. Juan Cobo e/ José Hernández y E. De Lucas, Bo. Independencia

## **Región de Salud II**

La región comprende los barrios de Rafael Castillo, Ciudad Evita, Gregorio de Laferrere y parte de Isidro Casanova.

Hospital Materno Infantil Teresa Luisa Germani. Av. Luro 6561. Laferrere.

Centro de Salud Dr. Ramón Carrillo N° 3. Av. Central y 200, Ciudad Evita.

Unidad de Salud Puerto Argentino. El Garabato entre El Cisne y El Leñatero, Ciudad Evita.

Unidad de Salud Centro Cívico La Quilla. La Quilla y El Tiburón, Ciudad Evita.

Centro de Salud Dr. Alfonso Sakamoto N° 4. Dávila y Jaramillo, Rafael Castillo.

Unidad de Salud Juan XXIII (Bo. 22 de Enero). Los Claveles y Crisantemos, Ciudad Evita.

Unidad de Salud Juan Manuel de Rosas. Ruiz de Los Llanos 267, Isidro Casanova.  
Unidad de Salud 17 de Marzo. Gavilán y S. Sombra, Isidro Casanova.  
Unidad de Salud Malvinas Argentinas. Ignacio Rucci 4400, Isidro Casanova.  
Sala de Salud San Pedro. Bedoya 6367, Isidro Casanova.  
Unidad de Salud Arcos del Mirador. Soldado Sosa 3071, Rafael Castillo.  
Unidad de Salud El Tambo (APS). Bach y Obligado, Isidro Casanova.  
Unidad de Salud Villa Giardino. Martínez y Recuero.  
Unidad de Salud Don Juan. Salvigni e/Tasi y Tarija.  
Unidad de Salud Monseñor Bufano. Alagón y Las Flores, R. Castillo.  
Unidad de Salud San José Obrero. Toldos Manzana 29, Rafael Castillo.  
Unidad de Salud Laferrere. Estanislao del Campo 3067, G. de Laferrere.  
Unidad de Salud Rafael Castillo. Yanzi e Ipiranga, R. Castillo.  
Unidad de Salud El Torero. El Poncho e Itaú, R. Castillo.  
Unidad de Salud María Elena. Risso Patrón y Ortega, R.

### **Región de Salud III**

La región comprende los barrios de Villa Luzuriaga, San Justo, Ramos Mejía, La Tablada, Villa Madero, Tapiales, y parte de Isidro Casanova.

Unidad de Salud Región III – San Justo. Entre Ríos 3037.  
Unidad de Salud La Tablada. Nazar 548 La Tablada.  
Unidad de Salud Aldo Bonzo. Pilcomayo 1217, Aldo Bonzi.  
Policlínico Central, San Justo. Almafuerte 3016.  
Unidad de Salud Almafuerte. Peribebuy y Alcorta.  
Centro de Salud Dr. Francisco Giovinazzo N° 5. F. Seguí 6164 – I. Casanova.  
Unidad de Salud San Carlos. Lavallol 1095, Isidro Casanova.  
Unidad de Salud Padre Mario. Montgolfier 1939, G. de Laferrere.  
Unidad de Salud 17 de Agosto. Edison y Lafayette, I. Casanova.  
Unidad de Salud Griselda del Giudice. Atenas y Granaderos S/N, Luzuriaga.  
Unidad de Salud Fournier. Agüero 1037, Bo. Fournier, Tapiales. Unidad de Salud Dr. Manuel Viera, Villa Rebase (N°6). Balcarce 1909, Bo. Lomas del Millón, Lomas del Mirador.  
Unidad de Salud Santos Vega. Formosa 3350, Bo. Santos Vega, Lomas del Mirador.



Unidad de Salud Saturnino Segurota. Necochea 4226, La Tablada.

Centro de Salud Dr. Eizaguirre (Nº7). González Chávez y Juárez Celman S/N Bo. Juan Manuel de Rosas, V. Celina.

Unidad de Salud 2 de Abril. M. Sánchez de Thompson y Colectora Ricchieri (hacia Aeropuerto) - Villa Madero.

Centro de Salud Villa Recondo (Nº8). Av. Avelino Díaz 500, Bo. Vicente López y Planes, Villa Celina.

Unidad de Salud José Hernández. Los Nogales entre Lobos y Paso de los Andes, Villa Celina.

Unidad de Salud Las Antenas. Alnte. Brown 4207, Lomas del Mirador.

Unidad de Salud Justo Villegas. Guatemala 4905 Bo. Justo Villegas.

Además existen Centros Especializados, para la atención de las tres regiones, y Hospitales Generales.

### **Centros Especializados**

Hospital Municipal del Niño. Granada 4175, I. Casanova.

Centro de Zooantroponosis Dr. José Revoredo. Peribebuy 4770, I. Casanova.

Departamento de Medicina del Deporte. Av. Eva Perón 650 Lomas del Mirador.

Departamento de Epidemiología y Profilaxis. Entre Ríos 3037, San Justo.

Departamento de Vías Respiratorias, Alergia e Inmunología. Villegas 2340, San Justo.

Centro Especializado de Medicina Física y Rehabilitación (CEMEFIR). Perú 2433, San Justo.

Centro Odontológico Municipal Dr. J. Echeverría. Almafuerde 2902, San Justo.

Departamento de Medicina Laboral-Legal. Hipólito Irigoyen 2562, PB. San Justo.

Dirección de Medicina Social. Entre Ríos 3058 PB, San Justo.

Dirección de Programas Sanitarios e Investigación Epidemiológica. Hipólito Irigoyen 2562 PB, San Justo.

Dirección de Tránsito e Inspección y Control Transporte Público. Brig.. Juan Manuel de Rosas (Ruta Nac. Nº 3) 3715.

Subsecretaría de Planificación de Políticas Sanitarias. Almafuerde 3050, 1º Piso.

Centro de Salud Mental Dr. Mario Tisminetzky. Thames 3669, San Justo.

Subsecretaría de Personas con Capacidades Diferentes y Previsión Social. Hipólito Irigoyen 2132, San Justo.

### **Hospitales Generales.**

Hospital Zonal General de Agudos Simplemente Evita. Dr. Equiza 6300, Bo. Los Ceibos, González Catán.

Hospital Interzonal General de Agudos Dr. Paroissien. Brig. Juan Manuel de Rosas 5975, I. Casanova.

Para organizar el trabajo de campo, nos dirigimos inicialmente a la Secretaría de Salud de la Municipalidad de la Matanza, en busca de estadísticas de atención, tarea que no fue sencilla y demandó varios meses de espera.

Datos obtenidos en la Dirección de Información Sistematizada de Salud:

- La Dirección mencionada recibe mensualmente planillas de la estadística de atención psicológica y psiquiátrica, discriminada por edad. En las mismas no se especifican diagnósticos ni otros datos auxiliares.
- La planilla correspondiente a niños está organizada para volcar información en el rango de edad de 5 a 14 años, especificada en dos rangos etarios: de 5 a 9 años y de 10 a 14 años. Asimismo se especifican los totales atendidos en función del sexo: varones y mujeres. La planilla discrimina la información de consultas psicológicas y psiquiátricas.
- No realizan ningún tratamiento estadístico de la información proveniente de los Centros de Salud y Hospitales del Partido.
- Este organismo concentra la información y recaba datos cuantitativos. Les interesa el número de casos atendidos, en función de las correspondientes asignaciones de recursos económicos que deben distribuir.
- Cualquier información que organice más datos permanece en los correspondientes hospitales y centros y no es utilizada para fines de organización y/o planificación.

A partir de los datos aportados por este organismo se desprende la siguiente información:

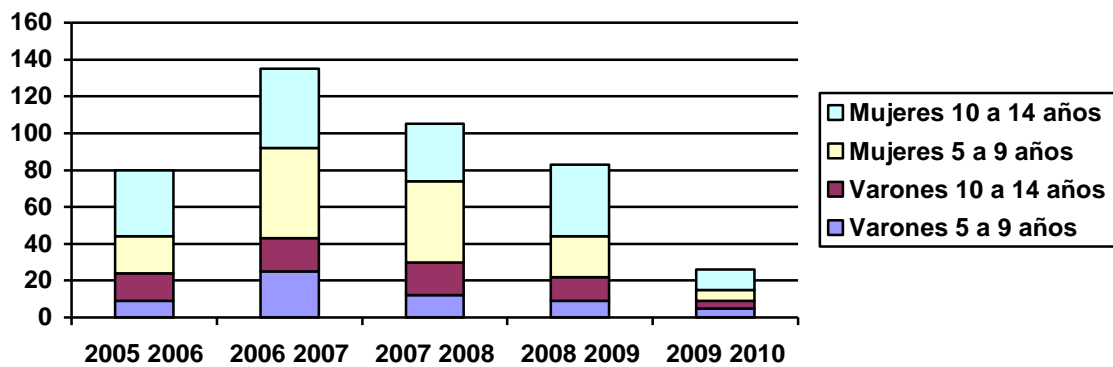
Llega a la Dirección de Salud la información de doce (12) hospitales y centros de salud en los cuales se reciben consultas y/o se realizan tratamientos psiquiátricos y/o psicológicos de niños en la actualidad y en los últimos cinco años.

Presentamos los datos por efector:

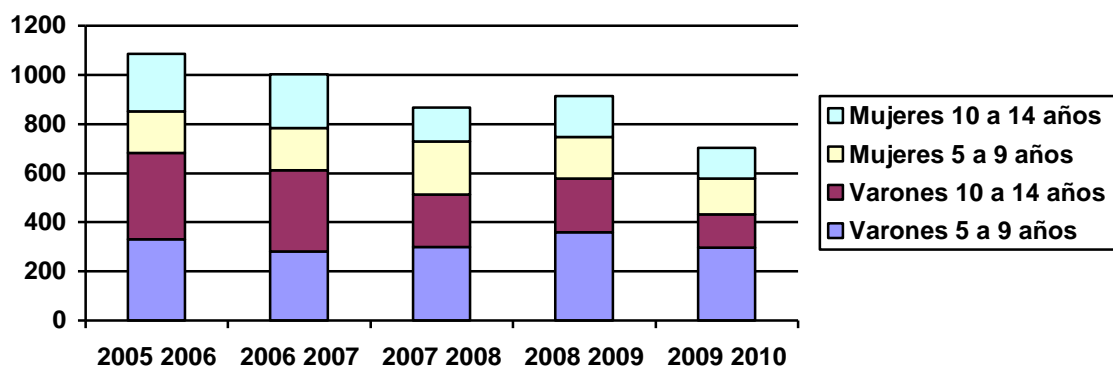
## Región de Salud I

### Hospital Materno Infantil Dr. José Equiza.

Consultas Psiquiátricas.



Consultas Psicológicas.



En el Hospital Materno Infantil Dr. José Equiza se atendieron en total 26 niños en psiquiatría durante el período 2009-2010, discriminados de la siguiente manera: en el intervalo de 5 a 9 años de edad, cinco varones y 6 mujeres, y en el intervalo etario de 10 a 14, 4 varones y 11 mujeres.

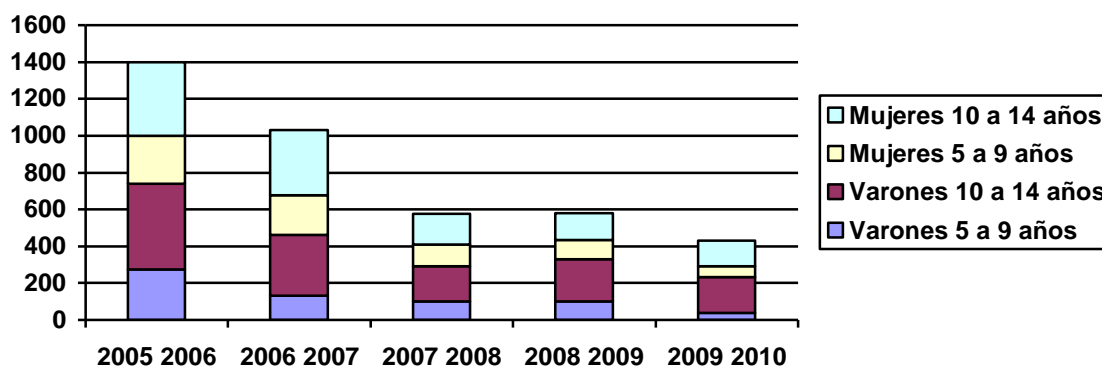
Recibieron tratamiento psicológico 704 niños en ese período, en el intervalo de 5 a 9 años de edad, 297 varones y 145 mujeres, en el intervalo de 10 a 14 años de edad, 136 varones y 126 mujeres.

El número de casos ha disminuido progresivamente en los últimos cinco años. Para psicología, de 1086 casos atendidos en el período de tiempo 2005-2006 disminuyó a 704 en el período 2009-2010. En la atención psiquiátrica la consulta pasó de 80 casos en 2005-2006 a 26 casos en 2009-2010.

### Centro de Salud Dr. Roca.

Este centro no cuenta con atención psiquiátrica.

Consultas Psicológicas.



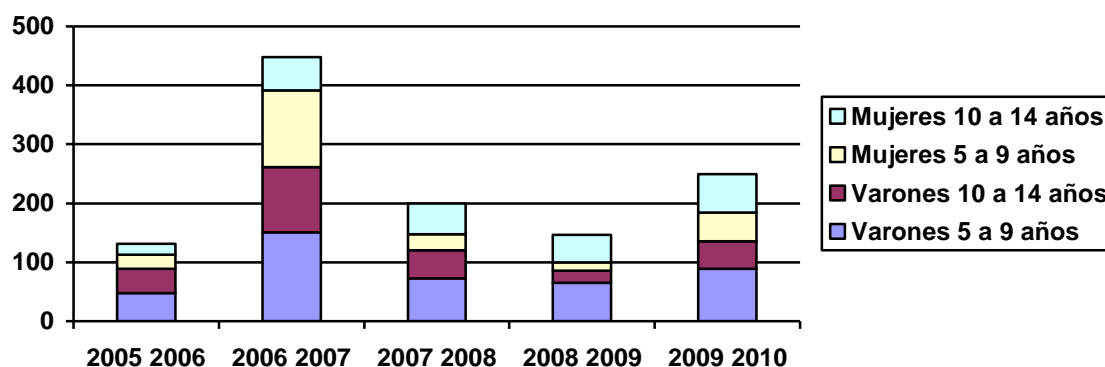
En el Centro de Salud Dr. Roca solo se ofrece tratamiento psicológico. En el período de tiempo 2009-2010 se atendieron en total 432 niños, 37 varones y 58 mujeres, que contaban entre 5 a 9 años de edad. En el período etario comprendido entre los 10 a 14 años se atendieron 196 varones y 141 mujeres.

En relación al total de casos atendidos en el período 2005-2006, la disminución es sensible, ya que en ese período se atendieron 1399 niños.

### Centro de Salud N° 1 Dr. Ezcurra.

Este centro no cuenta con atención psiquiátrica.

Consultas Psicológicas.

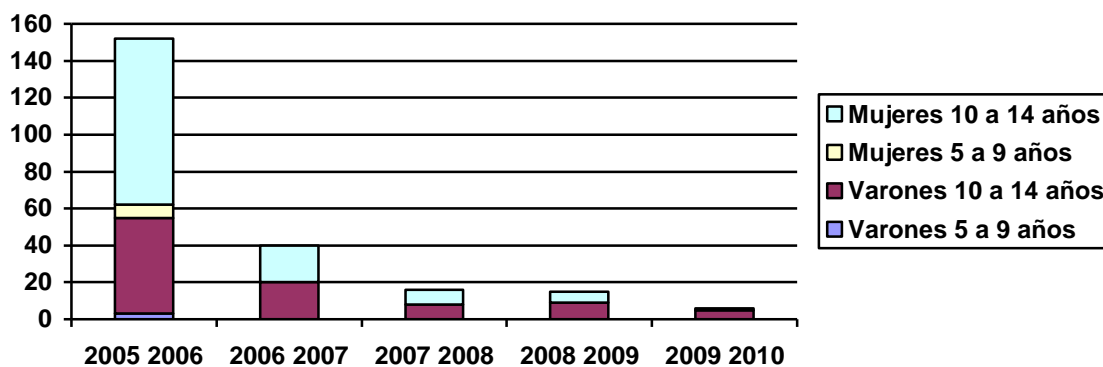


En la Unidad de Salud Dr. Ezcurra se han atendido en tratamiento psicológico durante el período 2009-2010 un total de 249 niños. Entre 5 y 9 años se atendieron 89 varones y 48 mujeres. En el intervalo etario de 10 a 14 se atendieron 47 varones y 65 mujeres. En el período 2005-2006 se había atendido un total de 131 niños.

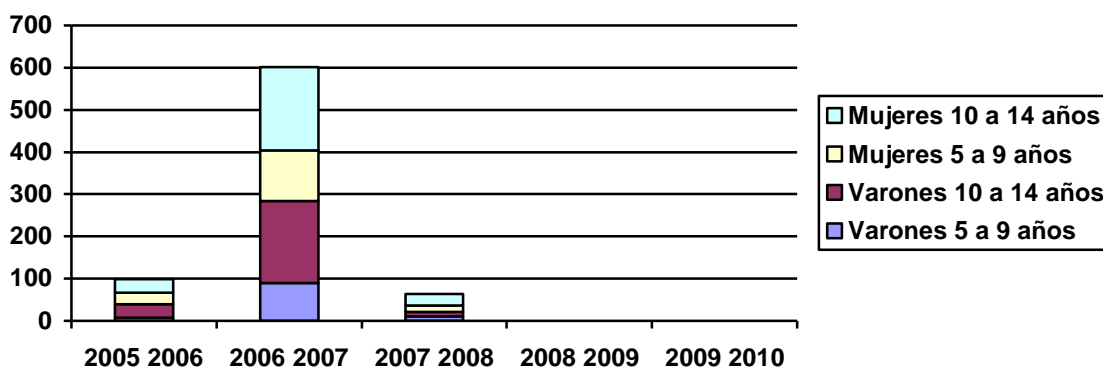
## Región de Salud II

### Hospital Materno Infantil Dra. Germani.

Consultas Psiquiátricas.



Consultas Psicológicas.



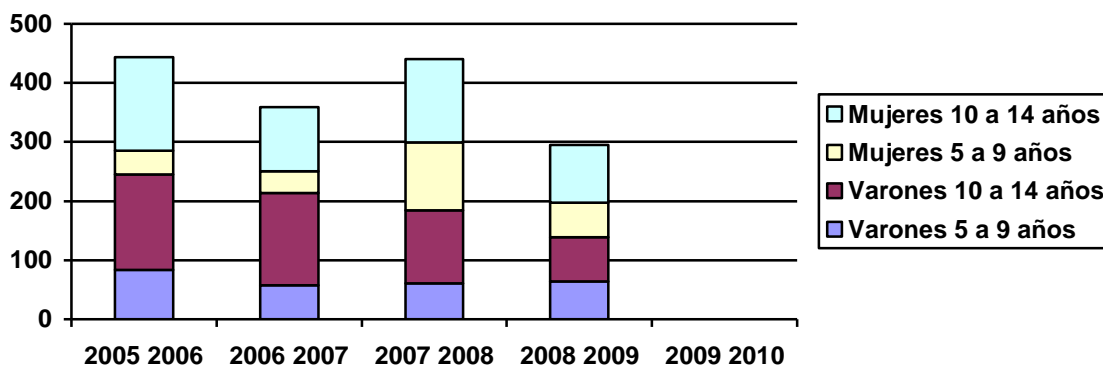
En el Hospital Materno Infantil Dra. Germani en el período 2009-2010 se atendieron en psiquiatría 6 niños en total, 5 varones y una mujer, todos con edades que oscilaban entre 10 a 14 años. La consulta psicológica fue nula en el mismo período en este hospital.

En el período 2005-2006 se atendieron 152 niños en psiquiatría y 98 en psicología.

### **Centro de Salud N° 3 Dr. Ramón Carrillo.**

El Centro no cuenta con atención psiquiátrica.

Consultas Psicológicas.



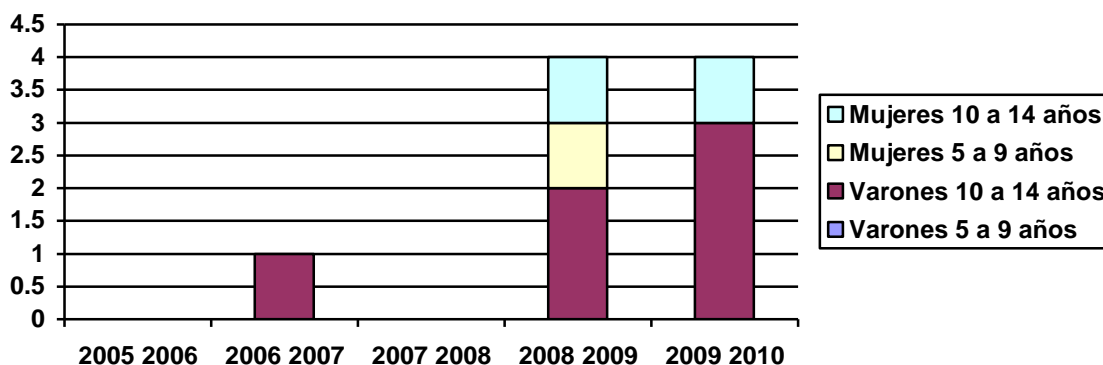
En el Centro de Salud No. 3 Dr. Ramón Carrillo en el período 2009-2010 no se atendió ningún niño en psicología, única especialidad relacionada con Salud Mental ofrecida en este centro.

En el período 2005-2006 se atendieron 444 niños, 83 varones y 40 mujeres con edades que oscilaban entre 5 y 9 años, y 162 varones y 159 mujeres con edades entre 10 y 14 años.

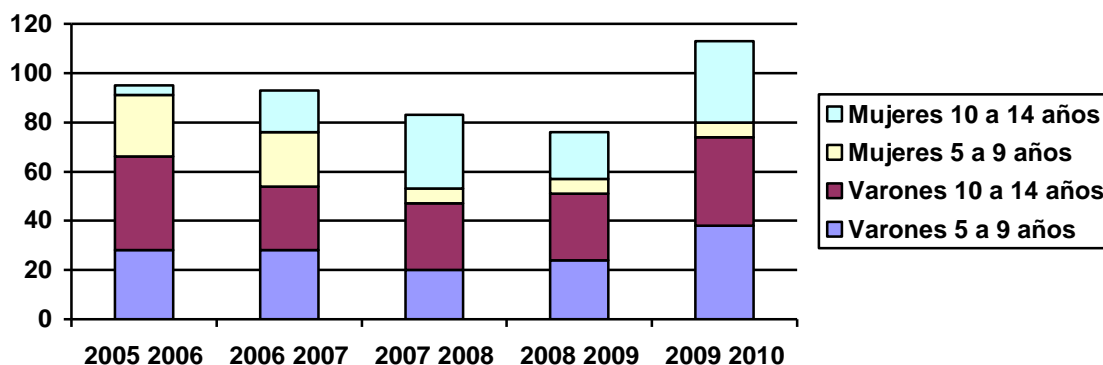
Según datos relevados en las entrevistas, actualmente el centro no cuenta con profesionales en el área, puesto que luego de que se jubilara la última psicóloga, no fue hasta la fecha, cubierto su cargo.

### Unidad de Salud Puerto Argentino.

Consultas Psiquiátricas.



Consultas Psicológicas.



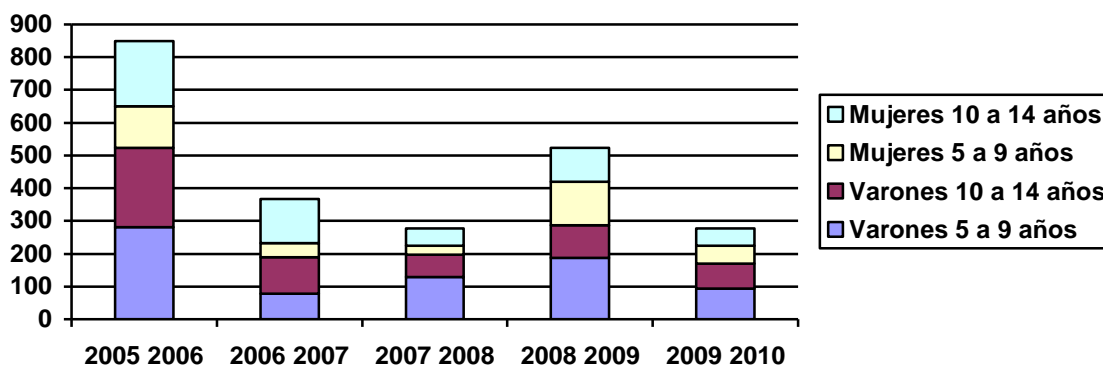
En la Unidad de Salud Puerto Argentino se atendieron en el período 2009-2010 en psiquiatría 4 niños, 3 varones y una mujer, comprendidos en las edades de 10 a 14 años. Fueron a tratamiento psicológico 113 niños, en el período etario de 5 a 9, se atendieron 38 varones y 6 mujeres, y 36 varones y 33 mujeres, cuyas edades se encontraban entre 10 a 14 años.

En el período 2005-2006 no hubo atención en psiquiatría y se atendieron en psicología un total de 95 niños.

#### Centro de Salud N°4 Dr. Alfonso Sakamoto.

El centro no cuenta con atención psiquiátrica.

Consultas Psicológicas.





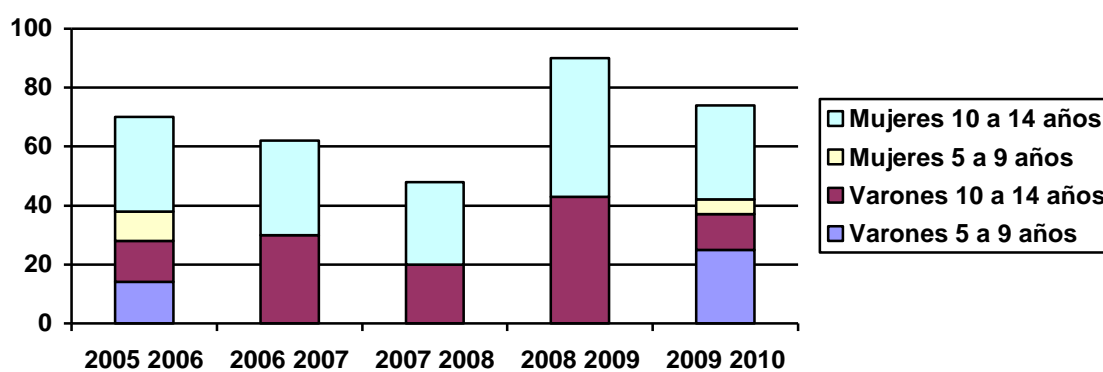
En el Centro de Salud No. 4 Dr. Alfonso Sakamoto se atendieron en psicología durante el período de tiempo 2009-2010 un total de 277 niños. En el rango etario de 5 a 9 se atendieron 94 varones y 54 mujeres. En el rango etario de 10 a 14 se atendieron 76 varones y 53 mujeres.

En el período 2005-2006 se atendieron en ese centro un total de 850 niños.

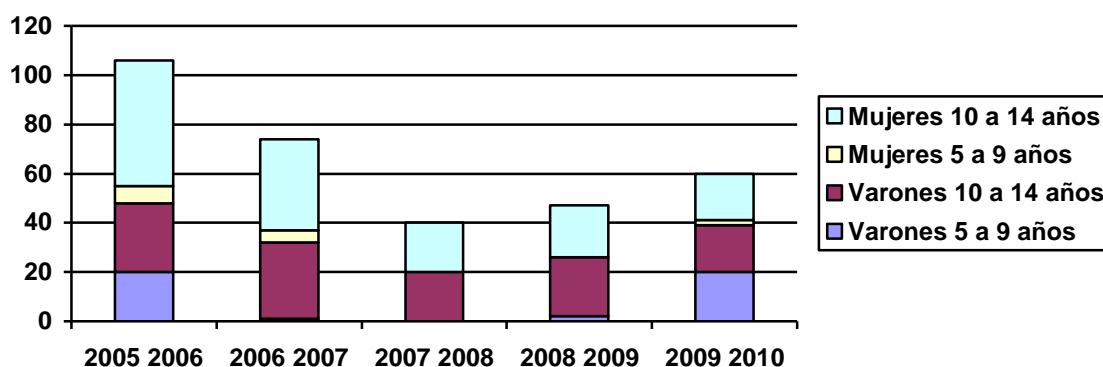
### Región de Salud III.

#### Policlínico Central de San Justo.

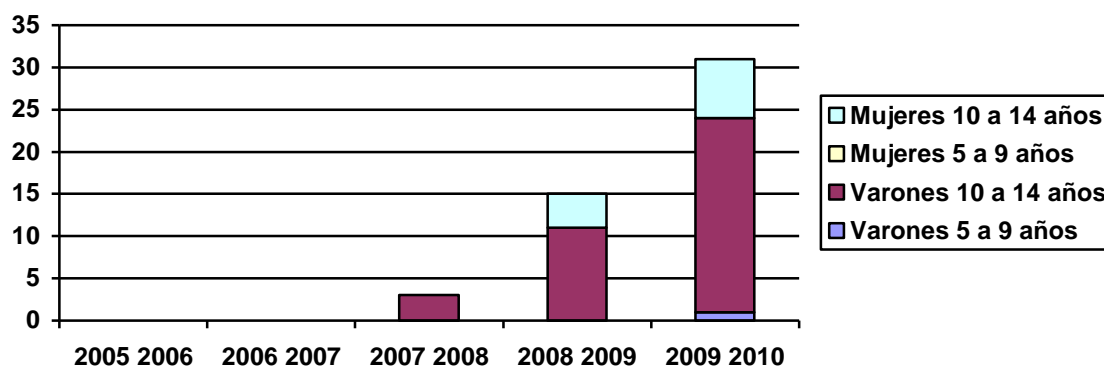
Consultorio de Psicología Obstétrica.



Consultas de Psicología Neonatal.



## Consultas Psicológicas.



En el Policlínico Central de La Matanza se atendieron en el período 2009-2010 en psicología 31 niños, en el rango etario de 5 a 9 solo un varón y ninguna niña y en el rango etario de 10 a 14 se atendieron 23 varones y 7 mujeres.

En psicología neonatal en el mismo período de tiempo se atendieron en total 60 niños, 20 varones y 2 mujeres cuyas edades oscilaban entre 5 y 9 años, y 19 varones y 19 mujeres con edades entre 10 y 14 años.

En psicología obstétrica se atendieron en este período 74 niños, 25 varones y 5 mujeres con edades entre 5 y 9 años, y 12 varones y 32 mujeres con edades entre 10 y 14 años.

En el período 2005-2006 en psicología no se recibieron consultas nuevas.

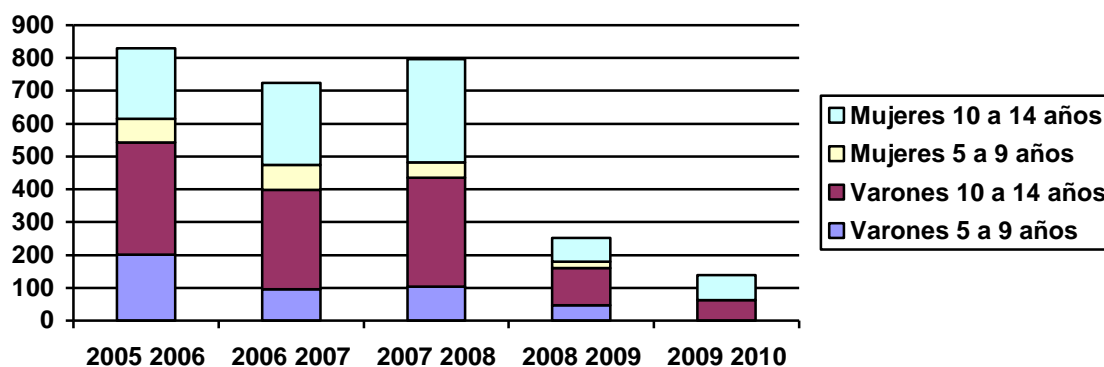
En psicología neonatal se atendieron en ese período 106 nuevas consultas.

En psicología obstétrica se atendieron 70 niños que consultaron en ese período de tiempo.

## Centro de Salud Dr. Eizaguirre.

El centro de salud no cuenta con atención psiquiátrica.

## Consultas Psicológicas.

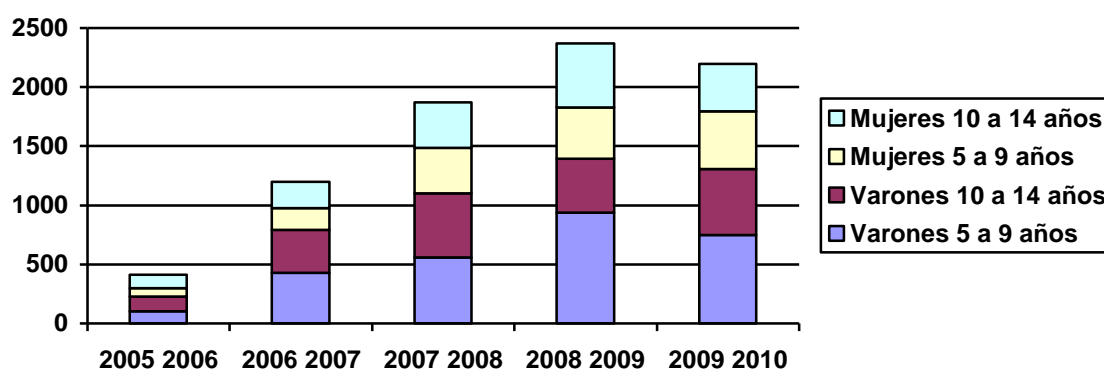


En el Centro de Salud No. 7 Dr. Eizaguirre durante el período 2009-2010 no hubo consultas psiquiátricas por estar el servicio sin profesional. Hubo 138 consultas en psicología, 62 varones y 76 mujeres cuyas edades estaban en el rango 10 a 14 años. En el período 2005-2006 no hubo consultas psiquiátricas por estar el profesional con licencia por enfermedad. En psicología hubo un total de 832 consultas en ese período.

## Unidad de Salud N° 5 Dr. Francisco Giovinazzo.

El Centro no cuenta con atención psiquiátrica.

## Consultas Psicológicas.



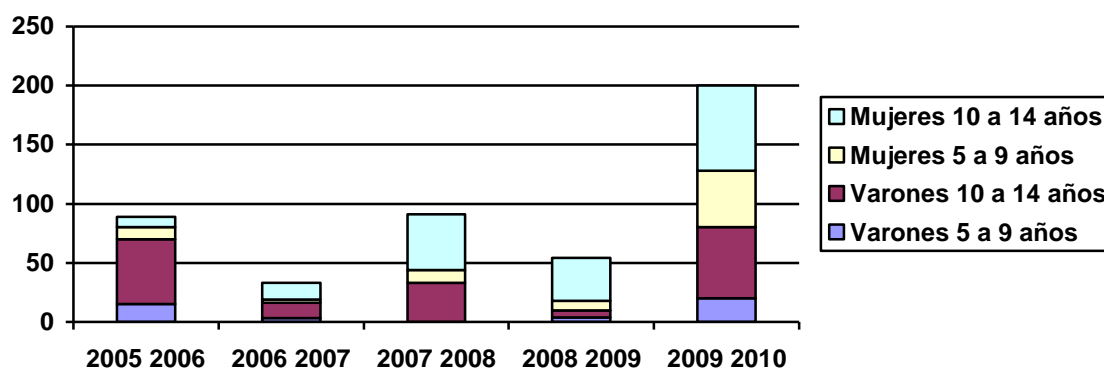
En el Centro de Salud No. 5 Dr. Francisco Giovinazzo se atendieron en el período 2009-2010, un total de 2199 niños. Entre la franja etaria de 5 a 9 consultaron 746 varones y 489 mujeres. En la franja etaria de 10 a 14 se atendieron 560 varones y 402 mujeres.

En el período 2005-2006 se había realizado 412 consultas de niños.

### Centro de Salud N° 6 Villa Rebas.

El centro no cuenta con atención psiquiátrica.

Consultas Psicológicas.



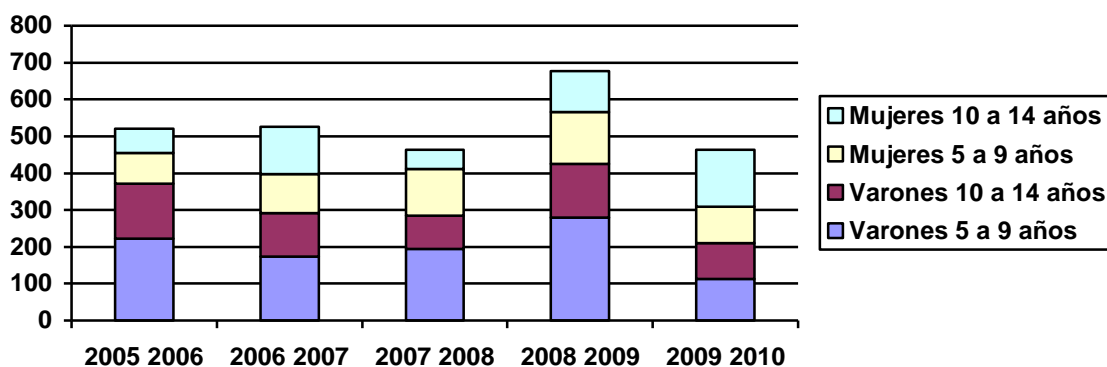
En el Centro de Salud No. 6 Villa Rebas se atendieron en el período 2009-2010 un total de 200 niños, 20 varones y 48 mujeres del rango etario de 5 a 9, y 60 varones y 72 mujeres del rango etario de 10 a 14.

En el período 2005-2006 se recibieron en total 89 consultas psicológicas de niños.

### Centro de Salud N° 8 Villa Recondo.

El centro no cuenta con atención psiquiátrica.

Consultas Psicológicas.



En el Centro de Salud No. 8 Villa Recondo se atendieron 463 consultas de niños en el período de tiempo 2009-2010. Se atendieron 113 varones y 99 mujeres de 5 a 9 años de edad. Se atendieron 97 varones y 154 mujeres de 10 a 14 años de edad.

En el período 2005-2006 se atendieron en total 520 consultas psicológicas de niños.

## 2. Hospitales y Centros relevados

### Centro de Salud Mental Dr. Tisminetzky

Resumimos los datos generales del centro, obtenidos de la entrevista con su directora y de distintos profesionales que se desempeñan en el lugar.

El plantel profesional de planta del Centro de Salud Mental se ha reducido en un 50 % en los últimos dos años. Hasta hace un año contaban con neurólogo en este momento no, según la directora del centro, el cargo está, pero no hay postulantes. La Dra. Benmuyal atribuye esta situación al deterioro de los sueldos profesionales en provincia, comparados con las remuneraciones en Capital Federal o en el ámbito privado, situación que dificulta cubrir cualquier cargo profesional en la zona.

El Centro cuenta con 20 psicólogos de planta, 2 trabajadores sociales, una técnica en electroencefalografía. Poseen equipo para electroencefalogramas y cámara Gessell. Hay 6 psiquiatras de planta, infante juveniles y de adultos.

Hay muy pocos psiquiatras trabajando en el Municipio de La Matanza. El centro envía psicólogos a diferentes Unidades Sanitarias, pero no cuentan con el suficiente número de profesionales como para destinar psiquiatras a las mismas. Actualmente no hay fonoaudiólogo.

El 30 % de los casos que atiende el Centro son niños y jóvenes. Actualmente se trabaja únicamente con población que no cuenta con obra social.

La demanda es grande, no hay turnos disponibles y la lista de espera para la atención es de aproximadamente 5 meses.

Recibe derivación de los Centros Zonales de Protección de los Derechos del Niño, entre 15 y 20 informes por semana. Debe haber siempre turnos disponibles para ellos.

Otra fuente de derivación es directamente de Tribunales, para los que también deben contar con turnos disponibles en forma permanente, dado la gravedad de los casos.

La demanda de las escuelas de la zona tiene prioridad también. Existen acuerdos con las escuelas sobre ciertos criterios de riesgo para estas derivaciones, sobre todo en casos de niños repetidores y chicos con conducta violenta.

A consecuencia de estas disponibilidades obligatorias hay demoras en los turnos de demanda espontánea.

En el año 2008 el centro atendió 7.678 consultas por mes. En el 2009 el promedio bajó a 7.076, debido a la pérdida de profesionales.

En los últimos 5 años ha cambiado la demanda del centro por las derivaciones de los centros locales y zonales de protección de derechos.

Dra. Leonor Benmuyal. Centro de Salud Mental Dr. Mario Tisminetzky.

La entrevista se llevó a cabo en el mencionado centro.

La doctora Benmuyal es médica psiquiatra, directora concursada del mencionado Centro de Salud Mental desde hace nueve años.

Luego de explicarle, con más detenimiento que en nuestras entrevistas telefónicas el propósito de nuestra investigación, la entrevistada comienza a hablar de las dificultades para acceder a las estadísticas en salud y los obstáculos con los que se ha encontrado en el desarrollo del trabajo en el centro, así como en las anteriores instituciones de salud en las que ha trabajado, para lograr vencer la resistencia de los profesionales a la codificación de las patologías mentales.

· Dra:

-Desde 1992 que trato de concienciar a los profesionales de la necesidad de usar criterios establecidos de diagnóstico, a los fines de poder usar esas estadísticas en pos de establecer políticas públicas y de fijar la distribución de recursos en el área. Existe en la mayoría de los profesionales una gran resistencia a lo que se supone que implica “etiquetar” al paciente, sin embargo, la intención no es esta. Cada caso debe ser atendido en sus particularidades, pero tener claro como evolucionan las patologías y la demanda hace que se pueda planificar en salud. En ese año yo insistía en el uso del DSM IV como herramienta para esto. Desde la historia de nuestro trabajo, todos estábamos muy influenciados por el Dr. Tisminetzky. El estableció, desde el paradigma sistémico, una nueva mirada, sobre todo en los médicos, que eran los menos acostumbrados, que apuntaba a ver a cada caso como emergente de un contexto enfermo y a poner el acento en las disfunciones familiares que de algún modo explicaban el estado de un paciente, así como a considerar el tratamiento de las mismas como punto necesario para la cura del paciente. Si bien en este momento el centro no es exclusivamente sistémico, esa mirada macro sigue presente. Pero esto no debe invalidar las diferencias en cada patología.

La provincia de Buenos Aires ha caído en este desprecio por el diagnóstico y la estadística. Si bien no exige el uso del CIE para establecer diagnósticos que debemos consignar en las planillas internas de cada institución, donde cada profesional da cuenta de sus prestaciones, cuando estas planillas deben volcarse a las planillas generales, que son las que enviamos a La Plata, no hay espacio para reportar ningún diagnóstico en ellas. Sólo se consideran las edades.

Desde hace más de tres años ninguna de las planillas que envían las instituciones de salud mental a la Provincia incluye codificaciones diagnósticas. Esto impide cualquier planificación y cualquier programación de los recursos de forma adecuada. Por qué, como calcular a que población deberían destinarse los recursos? sólo sabiendo las edades de la consulta? Yo hace años que estoy muy preocupada por la planificación en salud mental. Hice un Master en Gestión de Salud Mental y elaboré un plan de salud mental para el Municipio que ya he elevado a las autoridades, en el cual no se trata de destinar necesariamente más recurso, sino de la forma de usar los recursos existentes.

- ¿Con qué profesionales cuenta actualmente el Centro?

· Dra:

- Ahora contamos con el 50% menos de médicos de planta que hace dos años atrás. Hace un año teníamos neuróloga, que renunció y nunca más pudimos cubrir ese cargo. Las autoridades colaboran, hay recurso disponible para cubrir esos cargos, lo que no hay es postulantes.

Hace 15 años atrás, en la provincia los sueldos eran mejores que en capital. Antes, por ejemplo, pagaban el 5% anual de antigüedad, ahora sólo el 1%. Provincia no paga ningún incentivo, ni siquiera el título de especialista. Así, la gente se va y no se pueden cubrir los cargos. Psicólogos hay, tenemos unos 20 profesionales de planta, tenemos también dos trabajadoras sociales, una de las cuales es part. time, contamos con una técnica en electroencefalografía, porque tenemos el equipo para hacer electroencefalogramas, pero desde que no tenemos neuróloga bajaron terriblemente esas prestaciones, porque no contamos con alguien que realice los informes de los electros.

Tenemos una cámara Gessell, que de hecho nos piden mucho para los juzgados, porque allí realizan las entrevistas con menores, lo que también ha sido un tema complejo. En el centro usamos la cámara y la retrocámara como consultorio, así que tuvimos que realizar todo un trabajo para que los juzgados comprendan que se las prestamos sólo los jueves, que para nosotros son días de docencia y hay pocos profesionales atendiendo.



Las bajas en psiquiatría no son sólo del centro, todo el municipio tiene el mismo problema. Yo ahora tengo 6 médicos de planta, psiquiatras infanto juveniles y de adultos, pero en la zona no hay otro médico afuera. Los psicólogos del centro van a Unidades Sanitarias afuera, pero no hay psiquiatra para mandar.

Hace unos años, a partir de un suicidio de un adolescente en una escuela de la zona, mandamos un psiquiatra a trabajar con el psicólogo y el trabajador social del centro de salud de esa área y fue un trabajo muy productivo con los alumnos y con la comunidad, dado que el suicido infanto juvenil es un problema endémico para nosotros. Pero en ese momento contábamos con tres psiquiatras infanto juveniles, ahora ese que iba renunció y no hemos podido cubrir ese cargo, así que no podemos enviar a nadie.

La fonoaudióloga también se fue y sigo buscando. Y allí las autoridades siempre apoyan, “vos conseguime el médico que yo te lo nombro” es lo que dicen siempre, pero los médicos no los consigo.

- ¿Qué proporción de población infanto juvenil atiende el centro y de dónde vienen derivados esos chicos?

· Dra:

- El 30% de los casos que atendemos son niños y jóvenes. Ahora trabajamos sólo con población sin obra social. Antes no teníamos necesidad de estrechar la oferta tanto, pero ahora de otro modo sería imposible. Los pacientes tienen que venir con la declaratoria de ANSES para poder obtener un turno. Hoy en día trabajamos con pobres. El centro esta muy bien armado, vos ves que no hay gente haciendo cola, ni esperando por horas. Damos turnos, y atendemos media hora por cada consulta psiquiátrica y una hora por cada consulta psicológica. Pero, a mi me da vergüenza, cuando llama alguien para pedir un turno de demanda espontánea y tengo que decirle que tengo cubiertos los turnos por los próximos cinco meses. Pero tenemos todo cubierto por los próximos cinco meses!

- ¿Cuáles son las principales fuentes de derivación de la población infanto juvenil que llega al centro?

· Dra:

-Te cuento, primero, cuales son las demandas que debemos atender con prioridad. A partir del 2007, con la reforma de la Provincia de la Ley de Menores, no se judicializan más los casos de menores en riesgo, sino que se derivan a Centros Locales y Zonales de atención. Son los Servicios Locales o Zonales de Protección del Derecho del Niño. Lo que eran los jueces de los tribunales de menores ya no intervienen excepto en los casos de jóvenes de entre 16 y 18 años que delinquen, por debajo de los 16 años, es tierra de nadie. La ley es verdaderamente hermosa, por el respeto con el que trata al menor, pero hace agua en su implementación porque falta plata.

Los servicios locales o zonales nos derivan al centro para que armemos el tratamiento del niño o del joven y de la familia. El problema es que muchas veces no hay nada con que armar, no hay familia, no hay referentes de contención.

A nosotros nos llegan entre 15 y 20 informes por semana, y la derivación nos la hace directamente el equipo técnico del servicio local o zonal. No todos los Municipios han creado equipos locales, algunos no quisieron o no tenían plata para ese gasto y usan el equipo zonal directamente, como es una ley Provincial, la Provincia se hace cargo de los equipos zonales. Esta es una importante fuente de derivación y no podemos no tener turnos para ellos.

Después esta todo lo que justicia, en sentido amplio, nos deriva y lo que viene de justicia también tiene prioridad. Por eso tenemos tanta demora para dar turnos de demanda espontánea. Además de lo que les decía, sobre la falta de profesionales. En todo el 2008 el centro atendió un promedio de 7678 consultas por mes, en el 2009 el promedio bajó a 7076 por mes, por la pérdida de profesionales. Esta baja de prestaciones se debe al personal que se fue. Los electros bajaron también, por la falta de neurólogo que informe los estudios.

Antes hacíamos también los psicotécnicos de los conductores profesionales, pero ahora eso pasó a tránsito, y las tres psicólogas que trabajaban acá en eso también pasaron a tránsito, pero eso es más operativo.

La demanda de las escuelas de la zona también tiene prioridad, pero hemos acordado criterios de riesgo con las escuelas, que dan prioridad a algunos chicos, por ejemplo los repetidores o los que tienen conductas agresivas, porque de otro modo no podríamos cubrir esa demanda. A nosotros los profesionales y todo el personal se nos enferman mucho, de cáncer, de cosas graves, se nos mueren, el factor del estrés laboral es muy importante. Por los problemas sociales que atendemos, porque atendemos pobres... Te doy un ejemplo, de toda la población que atendemos, unas 3000 personas son nuestra población psiquiátrica habitual, pacientes que están medicados. Hace unos tres años, conseguimos que nos consideraran efector provincial, así que mensualmente nos enviaban la medicación para esa población, en realidad en ese momento conseguimos que se oficializara algo que de hecho veníamos haciendo hacía mucho tiempo, pero que se venía dificultando porque con los casos vinculados a la efedrina, ya no conseguíamos ninguna donación de los laboratorios, antes nos donaban todo! Desde ese momento, con lo que la provincia nos enviaba y lo que nosotros conseguíamos con el dinero de cooperadora, porque provincia no envía todos los tipos de medicación, veníamos cubriendo sin problemas la entrega de medicamentos, y asegurándonos que los tratamientos que indicábamos, los pacientes los podían cumplir, porque siendo población tan pobre la que atendemos, no sirve de nada si yo le doy sólo una receta al paciente. Bueno, hace dos meses que no nos mandan medicación y nos tenemos que manejar con o poco que nos queda o, con darle una planilla a cada paciente, una planilla de “uso racional de la medicación”, con la que el paciente tiene que ir a provincia y pedir la medicación. El tema es que por ahí el paciente no tiene dinero para el colectivo que le permita llegar a hacer ese pedido!, por suerte, se ve que los deben haber hartado con las colas de pedidos, así que ahora parece que vamos a volver a recibir entregas de medicación para que los pacientes se las lleven de acá. Pero te imaginas lo que fueron estos meses en que teníamos que decirle a la gente que no le podíamos dar los medicamentos, no? Hace pocos días vino una señora diabética, que no tenía más antidepressivos y me decía que no podía conseguir la insulina y que tuvo que ir a buscarla a diferentes lugares, porque el programa provincial no la estaba dando y un poco pudo comprar porque la ayudaron los hijos, pero si compraba insulina para el antidepressivo no le alcanzaba... y claro, con tantas dificultades, se profundiza la depresión, no tienen antidepressivo, esa mujer dentro de poco no tiene fuerza para ir a buscar la insulina y no sigue su tratamiento ni para la diabetes y se deja morir!. Entonces, qué salud de la población tenemos?

- ¿Ha notado algún cambio significativo en el tipo de patologías que aparecen en las consultas infanto juveniles en estos últimos cinco años?

· Dra:

- Ha cambiado nuestra demanda por las derivaciones de los centros locales y zonales de los que te hablé, hay también muchos más casos de ASI (abuso sexual infantil), es mucho más frecuente que se consulte, lo que no quiere decir que los casos sean más frecuentes, más bien yo creo que hay más conciencia en la población en general sobre el tema, por todo el trabajo de información que desde diferentes lugares se hace, tanto de los ASI como del suicidio infantil. Recuerdo, por ejemplo la buena recepción que han tenido diversas charlas que hemos dado, para el 2006, 2007, por ejemplo, yo estaba en una jornada sobre suicidio y abuso infantil, como expositora junto con una jueza muy importante de menores, que ahora por el cambio de la ley pasó a ser jueza correccional. En ese momento la relación entre salud y justicia estaba muy aceptada y era muy estrecha, ahora los juzgados correccionales intervienen en menos casos que los antiguos juzgados de menores. Después de la charla mucha gente de educación privada se acercó a pedirnos que diéramos esas charlas en sus escuelas, o incluso frente a personal de la policía, cosa que hicimos, y esa tarea crea conciencia. Los Juzgados de Responsabilidad Juvenil, así se llaman ahora, lo que antes era juzgado de menores. Ahora tenemos que reconvertir esa relación, y estamos tratando de hacerlo, pero hay que ir armando como, porque hay cosas que la ley prevé que hay que perfeccionar. Por ejemplo, ahora esos menores entre 16 y 18 años van a Centros de Referencia, no es detención, es tratamiento, hay operadores, trabajadores sociales, pero, cuando nos envían un caso del Centro de Referencia, nos piden un diagnóstico, y eso es un problema, porque por ética los profesionales sólo podemos remitir un diagnóstico a nuestro jefe médico o a un juez. De todos modos hemos trabajado con el Lic. Javier Núñez, que es el trabajador social que dirige el centro de referencia que esta en Aldo Bonzi, y que acuerda con nuestros cuidados, él mismo nos decía que “la historia del chico no puede estar en televisión”, para hacer pasar los oficios por la Asesoría Letrada, y enviar diagnóstico sólo al juez. A los trabajadores del centro nosotros les decimos que informamos la dinámica familiar y del chico, pero nos reservamos el diagnóstico.

Esto a mí siempre me hace acordar a algo que aprendí cuando empecé a practicar. Yo al principio hacía pediatría, y ahí siempre decíamos que los pulmones del niño son algo dinámico y evolutivo, nuestro trabajo también es dinámico y evolutivo y hay que ir perfeccionando los canales de intercambio.

Volviendo al tema del diagnóstico, aquí hay que considerar un gran sesgo social, porque, por ejemplo, está comúnmente aceptado que hay un 0,1% de la población infantil mundial que tiene TGD, pero si se le suman aspectos sociales? El tema social es cada vez peor, aunque por ejemplo, nosotros no trabajamos con adicciones, esos casos se derivan a los CPA (Centros para la Atención de Adicciones), sin embargo, la pobreza que avanza cada vez más, avanza a nivel de crear “no familia”, así que es muy difícil armar redes de contención para el niño, y si la escuela siempre fue “la gran alcahueta”, igual que el jardín, porque si había un caso no detectado al llegar a la escolaridad hacía agua, ahora lo es más, porque hay menos personas que se puedan ocupar del niño antes de la escolaridad.

- Qué sucede con la demanda que el Centro no logra atender?

· Dra:

- Lo que no podemos atender aquí se deriva al Paroissien. Y si tenemos que internar acá, cosa que tratamos de todos los modos posibles de no hacer, lo hacemos también en el Paroissien. Allí tienen 12 camas para psiquiatría y una guardia de tres camas que terminan siendo ocho. Es, por la ideología que formó el Dr. Tisminetzky, en tiempos que internacionalmente lo propiciaban, con Basaglia y otros, un hospital de internación abierta, y pensada como intervención de crisis, para evitar las cronificaciones. El problema claro, es cuando no hay red a la que enviar al paciente. En casos de internación cerrada, que son los menos, porque como te decía tratamos de evitarlo al extremo, se deriva al Estévez o a Open Door. El fármaco en la actualidad permite siete días en un hospital general cercano y afuera.

En ese sentido me han impresionado mucho los planes de salud que vi en Brasil por la maestría que hice en ISALUD. Este debería ser un centro de segundo nivel, en un curso que di con la Dra. Calcaño, sobre salud mental para atención primaria en salud, yo había tomado un flujograma de la OMS que me parece de lo más interesante, porque

habla de filtros. Parte de considerar que el 25% de la población va a tener algún trastorno mental durante su vida, allí el primer filtro es la población, la comunidad que lo percibe, lo contiene o lo acompaña a la consulta, en un segundo nivel dónde, de ese 25%, un 80% - 90% llegan a una consulta de atención primaria, primer contacto con el personal que diagnostica, de ese porcentaje solo entre un 50% o 60% tienen alguna patología que necesita ser derivada a atención en un tercer nivel. De ese porcentaje, según la OMS, sólo entre un 5% a un 15% llegan a una consulta especializada. Es un porcentaje menor de la población, que deberíamos estar capacitados para atender.

### **Centro de Referencia La Matanza**

Resumimos los datos obtenidos del Centro de Referencia, a partir de la entrevista con su director y de distintas entrevistas con los profesionales que trabajan en relación al mismo.

En el centro de Referencia de La Matanza recepciona todos los casos que tienen causas penales, sin privación de la libertad.

El centro se ocupa de realizar las derivaciones correspondientes para la atención psiquiátrica y/o psicológica.

Trabajan en el centro dos psicólogas, una de ellas especializada en adicciones.

Los casos de adicciones son derivados a los Centros correspondientes de prevención y tratamiento de adicciones de la zona.

Los casos en los que hay problemas de salud mental se derivan al Centro de Salud Mental de La Matanza.

En caso de deserción escolar se intenta la reinserción en el sistema educativo.

Las patologías de mayor incidencia son las adicciones, tanto a drogas como al alcohol.

Los profesionales del centro señalan como problemas actuales la presencia de adicciones en chicos que, aparentemente, no tienen problemas familiares, hay familia, y suficiente recurso económico y además son chicos escolarizados. Estos chicos delinquen bajo el efecto de la droga. Las causas que considera posibles son la falta de límites, el abandono por parte de los adultos responsables de la función tutelar y situaciones de violencia familiar.

En este tipo de problemas hay mayor incidencia en varones que en mujeres.

Señalan, además, una adecuada respuesta de los centros de salud a la demanda actual de tratamiento, no así en la respuesta del sistema educativo a esta problemática. La escuela en general se presenta expulsiva y discriminatoria hacia los menores, según su evaluación.

Licenciado Javier Núñez

Centro de Referencia. La Matanza.

- Buenos días Javier. Gracias por recibirnos. Venimos de la Universidad Nacional de la Matanza y estamos llevando a cabo un proyecto de investigación que se basa en el análisis del sistema de salud mental. El objetivo es explorar desde las patologías mas frecuentes hasta el funcionamiento del circuito de derivación e instituciones intervinientes. El estudio tiene un recorte espacial delimitado para la zona de La Matanza, y un rango de análisis que incorpora chicos de 6 a 11 años.

Por lo que habíamos estado hablando la otra vez, ustedes trabajan con un rango de edad un poco mas alto, adolescentes mayormente, pero quisimos concretar la entrevista igual por que a pesar de no ajustarse exactamente a nuestra muestra, amplia el panorama del análisis y puede aportar información importante para entender el contexto y los distintos factores sociales e institucionales que están presentes en el proceso tanto de salud como legal.

Así que si querés podés empezar por contarnos un poco de que se trata el Centro de Referencia y cuales son sus actividades.

- Bueno, antes que nada estoy encantado de poder aportar a su proyecto. Les cuento que el Centro de Referencia del que soy director depende de la Dirección de medidas alternativas, de la Unidad de coordinación del sistema de responsabilidad penal juvenil, que se encuentran nucleadas por la Subsecretaria de Niñez y Adolescencia del Ministerio de Desarrollo Social.

El Centro se encarga de recepcionar todos los casos de chicos con causas penales sin privación de libertad. Nosotros lo que hacemos es tener una entrevista con el chico y la familia para luego derivarlo a los espacios que sea necesario, y en la medida de lo posible hacer un seguimiento de la evolución de su caso. Al principio esto era sencillo ya que teníamos pocos casos, pero a pesar de que hace muy poquito que estamos, desde el 2007 nosotros y somos uno de los más viejos, hoy son tantas las causas y los chicos que nos envían que es bastante difícil el seguimiento.

- Y con que equipo cuentan?

- Bueno yo soy trabajador social, recibido en la Universidad de la Matanza también, después tenemos una psicóloga que viene a razón de 2 veces por semana, y una psicóloga del CPA que viene cada 15 días. Contamos con un abogado también, y dos empleados administrativos. Los recursos la verdad que son escasos, de hecho, yo no debería tener entrevistas con los chicos, pero estamos tan sobrepasados que suelo encargarme de varios casos yo mismo.

- Cuando llegan los chicos cual es el camino a seguir?

- El Juzgado nos envía un oficio especificando las condiciones del procesado, y a partir de ahí nosotros tenemos una entrevista con el pibe, hablamos un poco con el para ver si hay problemas de adicciones, de abuso, o algún otro problema de índole sanitario. Buscamos a algún adulto responsable, familiar, amigo, vecino, alguien que se comprometa con el chico en el proceso, y sea el nexo para el seguimiento. A veces cuesta más de lo que se imaginan, pero por lo general siempre hay alguien a quien



recurrir. Le explicamos la situación, y bueno, si es necesaria la derivación se lleva a cabo.

- Cuales son los principales centros a los cuales derivan?

- En caso de problema de salud mental generalmente los mandamos al Centro de salud Mental de La Matanza, los casos de adicciones son recepcionados por los CPA, y sino se intenta una reincorporación al servicio educativo si es que esta incompleto, acuérdense que nosotros trabajamos con chicos de 14 a 18 años.

- Como es la respuesta de las Escuelas? Tienen un dialogo fluido con ellas?

- Y la verdad es que cuesta bastante, a veces tenemos buena respuesta, pero depende mucho de los profesores también. Nos ha pasado que no quieran otorgarles las vacantes, y somos nosotros los que tenemos que ir a pelearnos con la institución para explicarles la situación y que les den un lugar. Pero también es complicado, lo mismo pasa cuando intentan reincorporarse en algún puesto de trabajo. Muchas veces hay “oportunistas” que se aprovechan de la duda que genera que haya alguien con antecedentes, y los incriminan, o simplemente sin llegar a esos casos, la discriminación que sufren día tras día hay que entender que es difícil de llevar. Cada tanto hay alguien que se compromete y colabora con nosotros, como te decía antes, algunos maestros se acercan a nosotros o nos llaman por teléfonos para informarnos si el chico sigue asistiendo a clase o no, pero son los menos.

- Y con respecto a las patologías notan algunas mas frecuentes que otras?

- Mira, no hay tantos casos de patologías psicológicas, lo que mas abunda son los problemas de adicciones. No solo con el uso y abuso de drogas, sino también del alcohol, que es, no se si la peor, pero al ser permitida a nivel social tiene una incidencia mucho mayor. Capaz hablas con los chicos, y les preguntas si salieron el fin de semana y si consumieron algo, y cuando les decís así muchos te dicen que no, que ellos no se drogan, pero cuando investigas un poco mas, te terminan contando que se tomaron 5 o 6 tipos de bebidas alcohólicas diferentes, sin tener conciencia de que es una droga también... así

que yo creo que ese es el principal problema de la juventud hoy en día, y viene en incremento constante.

- Y usted cree que en esto tiene alguna incidencia el nivel socioeconómico de los chicos?

- No, yo creo que eso es una mirada que tiene la sociedad bastante equivocada. Acá vienen muchos chicos que tienen todos los recursos necesarios para vivir bien, tienen su casa, fueron a la escuela, tienen familia, y sin embargo delinquen igual. Ahora esta toda esta cuestión con el paco por ejemplo, y la verdad que muchos de los chicos que consumen paco terminan tirados en una cama, no pueden hacer nada, ni siquiera salir a robar. Me parece que tiene tal vez que ver más con la falta de límites, el abandono por parte de adultos responsables, y situaciones de violencia familiar, tal vez, más que con el dinero en sí mismo.

- Hay casos de mujeres penalizadas?

- Sí, hay algunos, pero son muy pocos realmente. Y de hecho, los más difíciles de tratar. Suelen tener personalidades muy fuertes y manipuladoras, por lo general, si hay alguna mujer en la banda es la líder del grupo. Pero es mínimo el porcentaje que manejamos.

- Y con los otros centros de referencias zonales, tienen comunicación? Hacen relevamientos?

- Sí, estamos haciendo una reunión por mes, en donde nos juntamos, discutimos de los casos, y buscamos la coordinación y organización de futuras actividades. Pero en lo general realizamos un trabajo independiente. Las reuniones son jornadas de debate más que nada, e intercambio, para ver que mejoras se pueden implementar, pero la recepción del chico, la derivación, y el relevamiento del informe nuevamente al juzgado son independientes de cada centro, sin intervenciones.

- ¡Perfecto!, Bueno Javier, la verdad que te agradecemos inmensamente por tu colaboración, creo que toda esta información nos amplía bastante el panorama y nos lleva a plantearnos nuevos interrogantes y caminos... Muchas Gracias!!!

- No chicas, gracias a ustedes por dejarme compartir nuestro trabajo. Todavía queda mucho por hacer, es muy reciente esta disposición, pero estamos abiertos a toda ayuda disponible y con muchas ganas de seguir trabajando... así que gracias a ustedes por el interés...

## **Hospital Paroisien**

Reseñamos los datos obtenidos sobre el hospital a partir de las diferentes entrevistas con profesionales de diversas áreas de atención.

El Parroisien es un hospital general de agudos. En el mismo funciona un Centro de Salud Mental que recibe pacientes en guardia e internación en salud mental de adultos. Tienen 12 camas permanentes para internación y es la segunda especialidad que interna pacientes en guardia, después de clínica médica.

El servicio de niños solo cuenta con una psicóloga, que es becaria y espera su nombramiento hace varios años. Esta profesional atiende la demanda externa, de instituciones escolares y judiciales, la demanda espontánea y trabaja en interconsulta con pediatría.

Además, según hemos relevado en entrevistas con los profesionales del Hospital, el equipo de residentes puede hacerse cargo del tratamiento de algunos niños.

El hospital no cuenta con estadísticas de pacientes niños específicamente, las planillas no están diferenciadas para estos. La profesional que atiende niños no tiene estadística de atención.

En los últimos 5 años disminuyó la cantidad de profesionales que trabajan en salud mental con niños, de 4 o 5 profesionales (entre psicólogos, psicopedagogos) a uno. El trabajo en equipo que se realizaba dentro del hospital. Hacia la comunidad, trabajo

que el hospital realizaba se discontinuó se desarmó como consecuencia de la pérdida de profesionales.

Doctora Estela Cazal Romero. Directora del Servicio Salud Mental del Hospital Parroisien.

La doctora es médica psiquiatra, directora del Servicio de Salud Mental del Hospital Parroisien.

La entrevista se llevó a cabo en el citado hospital.

- ¿Qué cantidad de niños reciben en este servicio, cómo se hacen las derivaciones?

· Dra:

- Este es un servicio de adultos.

-¿No se producen derivaciones de niños?

· Dra:

- No hay recursos capacitados para la atención de niños. Hace más o menos dos años se consiguió el nombramiento de una psicóloga que trabajase con las problemáticas de niños y sobre todo con los servicios locales de la municipalidad. Pero la prevalencia y todo lo que tiene que ver con la asistencia del servicio es con adultos. Las internaciones y las urgencias son con mayores de 18 años. Esta psicóloga trabaja con algunas cuestiones puntuales de derivaciones que hagan los servicios locales en relación a chiquitos que tengan algún problema con la familia, o porque son dejados, o están en riesgo. Todo lo que era anterior a la ley de menores, que lo toman los servicios locales y que se modifica toda la cuestión sobre los derechos del niño, es lo que ella recibe y trata en el servicio. Hace además interconsultas en el servicio de pediatría, cuando se pide alguna. Piden interconsulta sobre todo si ven alguna cuestión con la mamá y el niño, más una cuestión relacional es lo que se trabaja en la interconsulta con pediatría, si ven alguna cuestión de riesgo, situaciones de violencia en las que el niño hace una sintomatología física, pero que hay problemas en la familia.

Por eso mucho sobre prevalencia y motivo de consulta yo no te podría ampliar, es muy poco lo que se ve.

- ¿Lo que nombraste sería lo que prevalece dentro de las interconsultas?

· Dra:

- Si, son las situaciones de riesgo en niños, violencia, maltrato, problemas en la pareja o alguna situación en la que el niño tiene alguna enfermedad psicosomática como asma y aumenta cuando hay problemas entre los padres.

- ¿Hay alta incidencia de interconsultas en niños?

· Dra:

- No, dentro de las interconsultas no son de las más frecuentes. Si hay una situación de violencia o de riesgo en niños además interviene la gente de trabajo social y se trabaja en conjunto. Ha habido casos, pero yo no te puedo dar una casuística. Han entrado al servicio chicos con algún tipo de adicciones. Esto se trabaja en conjunto, la psicóloga, la trabajadora social y el pediatra para orientar el tratamiento a esa problemática.

- ¿Esta psicóloga trabaja con los centros de salud mental de la zona?

· Dra:

- Si. El servicio local necesita un turno para niños, ve algún problema que deba ser derivado a tratamiento, los puede mandar a pedir la consulta con la psicóloga que atiende niños en este servicio. Ella hace tratamiento psicoterapéutico de esos casos derivados por los servicios de la zona. Pero no tomamos patologías crónicas, trastornos graves o psicosis que necesitan medicación porque no tenemos psiquiatra infantil. Los juzgados ya saben esto y estos casos graves se derivan al Centro de Salud Mental. Esto es todo lo que yo puedo decirles en relación a niños.

- Bueno, te pedimos entonces que nos conectes con la psicóloga que atiende niños en el servicio. ¿De todos modos en relación a la salud mental en general, en tu experiencia con

adultos, observaste algún cambio en los últimos 5 años en relación a la incidencia de patologías? ¿Qué cambios observaste en relación a la constitución de las familias?

· Dra:

- Lo que ha aumentado en este tiempo en los jóvenes, en los adultos jóvenes, son los que nosotros llamamos “trastornos del límite”, auto agresiones, heteroagresiones, en muchos casos con situaciones de co-morbilidad con adicciones. Ingresan o por un intento de suicidio o por tener situaciones de pelea entre los miembros de la familia o los grupos de amigos. Estas situaciones “del límite” son situaciones por las que se consulta frecuentemente. Son situaciones que se repiten habitualmente en los jóvenes.

- ¿A partir de qué edad?

· Dra:

- Nosotros aquí internamos a partir de los 18 años. Te puedo hablar de gente que tiene más de esta edad; 20, 23, hasta los 30 años, es una población bastante importante la que consulta por esto.

- ¿Dentro de las patologías que recibe este servicio estas problemáticas son las de mayor incidencia?

· Dra:

- Esta es una de las problemáticas que se ve. Nuestro hospital es el único dentro de la región sanitaria, con guardia de salud mental y dentro de las otras regiones, por su cercanía, es el único lugar con guardia de salud mental en un hospital general, una guardia de 24 horas, entonces hay descompensaciones o trastornos psicóticos que son frecuentes también, trastornos psicóticos sumados a adicciones también son frecuentes, y los trastornos del límite son las patologías que se ven con mayor frecuencia en la emergencia.

- ¿Cuántas camas hay destinadas a la guardia de salud mental?

· Dra:

- La guardia general tiene un pull de camas, de estas camas se interna según la capacidad que tenga la guardia en ese momento. Salud Mental es la segunda especialidad que más interna en la guardia, después de Clínica Médica.

En el servicio tenemos disponibilidad de 12 camas. Nuestra internación es con la familia y/o la red social de esa persona. Tratamos de que la persona que esté sufriendo la crisis siga en contacto con su sistema de convivencia o su sistema de red. Esto nos facilita a nosotros mucho el trabajo, no solo porque se interviene en las entrevistas cuando se hace el tratamiento durante la internación. La familia participa de las entrevistas, además de las entrevistas individuales que pueden tener. Esto acorta el tiempo de internación y facilita el proceso de mejoría. Es matemático; todo aquel que tiene una pobre red social, es el que más tiempo se queda.

De la guardia pasan al servicio, a estas camas que tenemos destinadas. El promedio de internación en tiempo es de 20 a 25 días. Se internan adultos a partir de los 18 años.

- ¿Volviendo a las interconsultas con niños, qué otros problemas sociales ves asociados a las consultas? Decías que hay violencia, maltrato, pero ¿cuál es la situación social asociada, el contexto socioeconómico de las familias?

· Dra:

- En general son situaciones de poblaciones vulnerables, padres que no tienen un empleo fijo, o el papá perdió el empleo, la mamá sale a trabajar, pero no es que trabaja en relación de dependencia sino que hacen changas, o tienen un “plan social”, los chicos se mantienen en la escolaridad sobre todo para aprovechar el comedor escolar, pero los ves que están desfasados en el aprendizaje, van perdiendo años. En ese aspecto la población tanto de niños como de adultos tiene una situación de vulnerabilidad importante. Vos preguntas en cuanto a los lugares donde viven, que no tienen independencia, viven en una casita varias familias, que no tienen baño dentro de la casa.

- ¿Esto ha cambiado en los últimos 5 años?

· Dra:

- En los últimos años esta situación de vulnerabilidad se ha profundizado. Cada vez se hace más difícil que haya alguna salida de esto. Los chicos cuando llegan te dicen: “Yo no terminé la escuela, no sé si la voy a seguir”. Hay pérdida de la capacidad del trabajo. Hay en estos chicos conductas permanentes de robos. Esta es la manera que tienen de acceder a lo económico. En ese sentido creo que se ha profundizado la crisis social. No sabemos en los próximos años a qué tipo de situación tendremos que dar respuesta desde el servicio, en qué vamos a tener que estar entrenados, de hecho en este momento la adicción es una co-morbilidad de cualquier cosa que venga a la guardia, pero de cualquier cosa, ya sea que tenga que ver con salud mental, o que entren por traumatología o que entren por clínica. Lamentablemente lo sanitario no está dando en este momento una respuesta adecuada a esto, no hay mucha especificidad al respecto, no hay mucha capacitación al respecto. Son muchos los límites que nosotros tenemos en relación a esto.

- ¿En qué están estos límites, en recursos, en qué los ves?

· Dra:

- En todo, en recursos, en políticas sanitarias, en ver desde qué visión se va a encarar la problemática, a quién le corresponde, qué trabajos se van a hacer en conjunto, porque bueno finalmente nosotros, en un lugar como el nuestro, somos como decimos “de trinchera”. La gente tiene un problema y viene y consulta. Y hay limitaciones en varios aspectos.

- ¿Antes de la profesional que atiende niños, en otro momento hubo algo destinado a niños en el hospital?

· Dra:

- En niños nunca fue el fuerte de este servicio. Había un equipo de psicopedagogía, pero la psicopedagoga dependía de la municipalidad. Ahora está en el Centro de Salud Mental. Lo que pasa es que el servicio es un mix, es provincial pero la guardia se cubre con recursos municipales. Hace muchos años atrás esta coparticipación estaba más ensamblada y el equipo de pedagogía estaba acá en el hospital. En ese momento había una red formada y se trabajaba en conjunto con las escuelas. Ahora



puede ser que tengamos nuevamente psicopedagogía, porque hay un recurso provincial, que estaba en otra ley y va a pasar a la ley de profesionales, entonces eso se va a retomar.

El servicio de psicopedagogía trabajaba muy bien, con la red del hospital Garrahan, trabajaba con las escuelas, daba capacitación. Esto fue entre el 2000 y el 2003.

- ¿Esta psicóloga que atiende niños recibe consultas de escuelas?

· Dra:

- A veces vienen consultas de escuelas, se les explica nuestra limitación por tener un solo profesional, pero a veces se acerca alguna escuela por algún niño, pero esto es muy limitado el tiempo que tenemos en el servicio para poder brindar esto.

Yo creo que al menos en La Matanza esta es un área que no está bien provista, y en la provincia les que diría que tampoco. No tenemos referencia de lugares, si hay patologías más complejas no tenemos lugares para derivar, esto es un tema complejo. No hay recursos.

- ¿En niños se deriva del Hospital de Niños, al Tobar García?

· Dra:

- Si creo que sí, y sé que a veces se deriva a lugares privados locales.

Para internar adultos también hay dificultades. Si no puede ser internado en el servicio porque el caso reviste otra necesidad no podemos mandar a Capital, los lugares de internación son provinciales.

- ¿Tienen estadísticas de consultas? ¿Está diferenciada en las mismas la consulta de niños y adultos?

· Dra:

- No, entra dentro de las estadísticas generales, sin diferenciar la edad. En realidad si hay una planilla donde se incluye la edad en las estadísticas, pero si vos me decís en este momento yo no tengo una estadística específica de las consultas de niños.

Hay consultas en general de salud mental, pero no estadísticas diferenciadas por edad. El sistema estadístico y epidemiológico tiene algunas debilidades.

Entrevista con la Lic. Fabiana Bohn.

Psicóloga infantil. Hospital de Agudos Paroissien

-Buenos días Fabiana, ¡Muchas gracias por recibirnos! .Te cuento que nosotras estamos haciendo una investigación para la Universidad Nacional de la Matanza, en la cual estamos queriendo ver un poco como es trabajado el proceso de salud mental infantil en los servicios públicos de la zona. Más que nada nos centramos en cuáles son las patologías más frecuentes y también en los factores sociales que acompañan e inciden en estas problemáticas.

¿Te parece empezar contándonos un poquito como es la organización acá en el hospital...?

- Bueno, seguramente te contó Estela, que acá en niños estoy yo sola...

-Sí, ¿hace mucho que estás trabajando acá?

-Yo entre en el 2001 como residente. Para hacer la residencia tenés que pasar por varias áreas, y en esa época he trabajado con niños, pero así esporádico, en realidad yo iba pasando por distintos sectores, así que si bien tuve acercamiento a que patologías había, no me dedicaba específicamente a eso. Cinco años después, vuelvo a entrar con una beca, y ahí si ya me aboque al tema de niños, o sea que hará 4 años que yo estoy específicamente atendiendo niños.

-¿Hay otros profesionales?

- Cuando yo entré estaba Alicia, que es una psicóloga de planta que ahora está como coordinadora; y Adolfo, otro psicólogo que los dos atendían niños. Y después había becarios también, con becas que duran un año y concursos, pero no sé lo que paso, que quede yo sola.

Así que bueno, mucho sobre los cambios que hubo no les puedo decir, lo que sí, acá se atienden casos de neurosis, las psicosis no se atienden porque no hay psiquiatría infantil. En ese caso se deriva al centro de salud mental. Igual, si bien esto es así, yo tengo algunos pacientes que están medicados en el centro de salud mental, y yo los sigo por psicología de acá. Porque yo también me turno, con algunos a lo mejor hacemos un arreglo y yo los atiendo por psicología y allá están en psiquiatría... pero en la mayoría de los casos no son psicosis.

Después, ¿Qué temas? Y si hay una patología dominante son los problemas de conducta, enviados por las escuelas.

-¿Estas son las instituciones que mas derivan o hay otras?

-Si, sinceramente las escuelas. Lo que llegan mas acá es de las escuelas, porque capaz enviaron a un pacientito de alguna escuela, entonces ya te tienen como referente y te envían 10 o 15, que a veces se puede y a veces no. Como ves tenemos una lista de espera, y a veces se puede, y a veces no se pueden tomar, porque bueno, capaz del mismo curso tenés 10 chicos, y no llegas, la demanda es mucha...

-¿Y, digamos que, la consulta es por problemas de conducta, pero detrás de esto que se llega a diagnosticar como más frecuente?

- Claro... la realidad es que todo tiene un trasfondo familiar y social, por que como te dije los manda la maestra. Los casos que se siguen son los que los padres los traen, entonces en esos casos se puede hacer algo, pero la mayoría de las veces vienen con un papelito del colegio, les das un turno, vienen una vez para cumplir y que les des el certificado, luego desaparecen, capaz vuelven a los 6 meses que otra vez en la escuela le dieron el ultimátum de que si no vienen... pero en esos casos mucho no se puede hacer. De hecho estamos implementando un dispositivo para trabajar con los maestros, porque en este último tiempo han venido desbordados los maestros, porque no pueden con esto... pero siempre es entre los maestros y los nenes, ¿y la parte de los papas? Es muy importante para trabajar en el tema de niños pero los perdés, entonces no hay mucho para hacer. Pero si, generalmente hay violencia de todo tipo, violencia familiar, social, son chicos que vienen con hambre... les pregunto “¿por qué no estudias?” y me

dicen “porque tengo hambre”... están violentados desde mucho lugares y hay veces que se pueden hacer intervenciones y se pueden cambiar cosas, y hay veces que la situación supera lo que podemos llegar a hacer.

-¿Y en esto, vos viste algún cambio en los últimos años, de incremento en estas patologías o problemáticas?

- Si. Este tema de violencia en las escuelas yo creo que fue incrementándose, porque yo, cuando entre en el 2001, participaba de un grupo de chicos que tenían problemas de conducta, que los coordinaba Alicia que era psicóloga de planta, y en otro grupo que eran las madres de estos chicos, y si bien había estos temas , no eran en el grado que hoy se escuchan, había siempre dos o tres en el grupo, hoy por hoy son las nenas, los nenes, enfrentan a las maestras, no sé.. Hoy escuche que la arañaron toda a la maestra... cada vez los casos son más graves, ya no hay respeto ni a la maestra, ni a la directora. Por eso también este desborde de los docentes, que piden licencia, que va mas allá de las intervenciones que puedan hacer, hoy por hoy ya no son más un grupito de tres o cuatro los “problemáticos”, ahora son las nenas, los nenes, cada vez más violentos. Cuando esta la familia presente algo se puede hacer, ya sea la mama, el papa, los tíos, a veces hay algún familiar que los trae y se hace cargo, ahí se pueden cambiar cosas, pero hay veces que los dejan en banda... vienen los maestros a pedir por los chicos...

-¿Ustedes tienen algún tipo de dialogo con estos maestros para ver como avanza el tratamiento del chico o si una vez terminado surgió efecto?

- Si, por que lo que hacen es que te derivan al nene, vos le das el turno, le das la constancia, y después te piden informes. La verdad es que yo mucho no me manejo así, por que el informe va a un legajo y no sirve de mucho, capaz que sirve para decir: “bueno, me cubro, el nene está en tratamiento, yo hice lo posible”, pero yo generalmente o hablo por teléfono o los cito para que vengan acá, y por ahí planeamos juntos alguna estrategia para ese nene en particular, según la familia, y también para ver que le pasa al maestro con ese nene. Generalmente lo cito, y si no se da, trato de llamarlo por teléfono. Intento manejarlo, no con informes, sino con entrevistas, porque cuando hay una entrevista se pueden planear otras estrategias, además, la mayoría de los maestros cuando

son citados vienen, están interesados en que haya un seguimiento, ¡y lo hay!, si hay gabinete, aun si no hay gabinete...pero con los papás es más difícil...

-¿Y esta dificultad de los papás, de continuidad y acompañamiento, a que te parece que se podría asociar?

-La verdad es que por ahí si haces entrevistas vez que hay mucho desborde, hay también patologías asociadas, drogas, violencia... es muy diverso, y mayormente son mamás solas con 7 u 8 chicos. Hay muchos temas, porque hay algunos que empiezan y después no llegan a concluir el tratamiento, por que justamente hay mucho desborde. Por ahí vienen desesperados para que los escuchen en algún lugar, y algunos se pueden quedar y otros no, les gana la situación, y vienen y te cuentan de otra cosa, de otro hijo, no se... del marido... son demasiados temas, y capaz que el tema del nene que se porta mal en el colegio es lo mínimo que les pasa, y comparado con otras cosas es nada. Y por ahí faltan dos veces, y el turno se pierde, y tienen que volverlo a sacar. Pero capaz no tuvieron una moneda para venir, y vienen del kilómetro no se cuanto... y esto es una característica que hay que tener en cuenta, es real y hay que intentar darles otra oportunidad...por que no es que vienen en el auto y se estacionan y no vinieron por que se quedaron durmiendo, sino porque la verdad es que si, hay veces que no tienen esa moneda para viajar, o en el medio les pasaron, no se... mil cosas...

-¿La mayoría de la población es de un estrato social bajo?

-Si, en general sí. Aproximadamente el 80%... pero también el que quiere venir viene, hay algunos que vienen desde re lejos, y hacen una parte en colectivo, otra caminando, si quiere venir se las arregla, o a veces me mandan una carta o llaman diciendo que no llegan. No tiene que ver con eso cumplir con el tratamiento o no, porque después hay algunos que teniendo más posibilidades no lo hacen. Esto de que quienes cumplen o no con el tratamiento tiene que ver más con el desborde, vos le querés hablar para ver por qué no hacen las tareas o porque empuja al compañerito, y te cuentan otros dramas que... son terribles... mucha violencia, abuso, mal trato, y en cadena, porque bueno, los padres te hablan de lo que vivieron ellos... es muy complicado, son varios temas...

-¿Y qué edades llegan a tu consulta por lo general?

-Y, mira... el mas chiquito tiene 3 años, y después hasta 13, 14 años, he atendido algunos adolescentes, pero como hay otros psicólogos que se encargan de atender adolescentes, y hay muchos más en adultos, que atienden por lo general adolescentes también, entonces trato de derivar, como en niños estoy yo sola, trato de que las edades sean mas o menos esas. También, que se yo, hay casos que los atiendo hace 4 años, y ya tienen 15 pero los sigo viendo yo, pero en general, sino hasta los 13 o 14 años.

-Y en cuanto a criterios o técnicas de diagnóstico, ¿qué es lo que más utilizas, como te manejas?

-En general son entrevistas, por ahí en algún caso específico que está entre psicosis y neurosis, tomo batería de test, pero sino con entrevistas: entrevistas a los padres, a los familiares, entrevistas con el nene, hora de juego, test gráficos, más que nada es eso...generalmente yo me tomo un par de entrevistas con los padres o quien cuide al chicos, y después 3 o 4 con el nene, y de acuerdo a eso evalúo, si es para tratamiento, o si es por ahí para entrevistas familiares, y ahí hago el diagnóstico diferencial, ahí evalúo si hay psicosis o algo... una pre psicosis, en ese caso por ahí derivó el tratamiento a otro lado, o lo sigo pero teniendo en cuenta que tienen que asistir a psiquiatría. Bueno, después de esa tercera entrevista veo, si sigue el tratamiento acá o si hay un problema de psicopedagogía y lo tenemos que derivar también. Los criterios me tomo primero su tiempo para evaluarlos... o por ahí es un tema puntual, lo hablamos, algo cambia en ese tiempo y no amerita tratamiento...

-¿Y los casos de psiquiatría infantil es al centro de salud mental donde derivas?

-Si... que también ahí no dan abasto los profesionales, así que a veces también nos derivan, pero si, generalmente derivamos ahí. Creo que por ahí hay más problemas con psicología allá, que por ahí nos mandan a nosotros, que con psiquiatría. En psiquiatría, por lo general son muy buenos, y como estamos conectados, hacemos cursos, y tenemos muchos pacientes en común, ellos vienen acá o nosotros vamos allá, entonces más o menos conocemos a la gente y estamos en contacto. Eso ayuda mucho, porque hay gente de allá que hace guardias acá, entonces vos sabes con quien estás

hablando, a quien derivar, hace que sea un dialogo más fluido. Pero bueno, como siempre el número desborda, derivar a todos es imposible...

-¿Y cuando hay criterio de internación, como suelen manejarse?

- En general como no tenemos casos graves... te digo, una sola vez nos paso con una concurrente de psicopatología que había en ese momento, y también, lo derivamos ahí al Centro de Salud Mental, y a partir de la evaluación de psiquiatría se derivó al Hospital de Niños, pero acá no pasa por que no tenemos casos graves...

-Claro, no tienen una urgencia psiquiátrica...

-Si vienen urgencias de todas maneras acá no se atienden, ni siquiera en la guardia de niños. Si se atienden los de adultos que se internan acá, pero de niños no, como no hay psiquiatría infantil, entonces no entran ni siquiera a la guardia...

-Claro, ya son casos en los que paso la urgencia psiquiátrica...

-Claro, por eso, como no hay psiquiatría infantil, no hay guardia de psiquiatría infantil, entonces no entran las urgencias tampoco. Generalmente cuando es una tema de psiquiatría infantil se deriva al Centro de Salud Mental y no te sabría decir acá en provincia otro lugar...

-¿Para urgencias psiquiátricas sabes si hay otro lugar de derivación?

-No sé si hay, no te sabría decir... nosotros hemos trabajado con el Hospital Tobar García, pero eso es Capital Federal, por acá no se si hay... por ahí en el Hospital de Niños, pero es para el momento, porque tampoco tienen internación, así que eso es una falencia, la psiquiatría de niños, al menos acá ¿no? en La Matanza...

-¿Conoces organizaciones no gubernamentales que colaboren en estas temáticas, u otro tipo de organizaciones?

-La verdad es que no... sé de escuelas para discapacidad, el Centro Nuevo Día que está en Ramos Mejía, pero no de centros psiquiátricos, o sea de trabajo con psiquiatría. Con chicos con discapacidad, con retrasos, hacen trámites y actividades en estas escuelas y sé que trabajan muy bien, son para casos graves pero en casos de retrasos. En psiquiatría no, se deriva a Capital, tal vez en otras zonas allá, pero acá en Zona Oeste no, es un tema...

-¿Y notas alguna diferencia en motivos de consulta de niños y niñas? ¿Hay más porcentaje en alguno de los géneros?

-Sí, el 70% u 80% son varones acá en el hospital, porque yo atiendo privado en Ramos, y es 50% y 50%, pero acá con esta temática que se da más frecuente te diría que sí, el 80% de mis pacientes son varones. Varones entre 9 y 13 años...en la etapa escolar.

-¿Y en las niñas los motivos de consulta son parecidos?

- No, las niñas generalmente... por ejemplo, yo estoy en interconsulta en pediatría, y llegan por ahí niñas que estuvieron internadas en pediatría por temas como asma, temas respiratorios, temas de la piel, que tienen alguna urgencia psicológica... pasa que las niñas son más de trabarse en un problema, y después expresarlo en alguna enfermedad, producto de una mala relación con sus compañeritos, hijas de papas separados, todas son enfermedades psicosomáticas. Hoy por hoy no tengo niñas con problemas de conducta, he tenido en su momento, y en adolescentes también, pero no es lo más frecuente...

-¿Y tienen algún registro de todo esto? ¿Registro de cantidad de casos, diagnósticos?

-No, en niños específicamente no, tenemos las estadísticas que hacemos para todos los pacientes. Llenamos unas hojas de estadísticas donde a todos los pacientes que van entrando los anotamos, ahí ponemos: las edades, el domicilio, patologías, cada mes el diagnóstico, pero no algo específico para niños, por que como te conté estoy sola, y yo llevo mi registro pero no es oficial...



-Pero por ejemplo en Salud Mental, ¿ellos me pueden decir cuántos niños y cuantos adultos se atendieron?

-Si, eso sí, la secretaria lo tiene registrado...

-¿La secretaria es solo de Salud Mental?

-Si, pero en realidad es algo que hacemos todos en el hospital. Es una hojita donde vos pones los datos del paciente: pones la patología; pones si es la primera vez o ulterior; edad; en donde reside; y si tiene obra social o no; esto lo tenés que hacer día a día con cada paciente. Y bueno, esto después cada servicio lo carga en la computadora, y lo pasan a un sistema que es general del hospital. Y ahí tenés las edades, quien lo atendió... registro hay, pero no hay algo especifico para niños...

-Claro, no es algo específico, solo capaz la diferencia si es niño o adulto...

-No, en realidad está la edad y que patología es. Según el DSM se especifica que patología es también. Así que hay un centro de estadísticas, yo no lo tengo, pero pasamos por secretaria y ahí lo tienen... yo tengo mis datos y mis notas nada mas...

-¿Y los casos que vos tenes, se centralizan siempre acá, o por ahí dependiendo la zona los derivas a algún lugar?

-Si, por que si yo los tomo y los evalúo, si... depende de la lista de espera también, porque hay veces que evalúo pero los tengo que derivar porque no tengo turno. Yo en consultorios externos también estoy en pediatría, entonces no puedo tampoco ocupar todos los turnos, porque los casos que son de pediatría que ameritan tratamiento los tomo yo. Siempre tengo que tener un espacio para los casos que ameritan tratamiento y que vienen de pediatría...

-¿Y mientras están internados, los vas a ver acá también?

-Si, esa es la interconsulta, pero después, al externarlo,- porque igual las internaciones son cortas, de una semana, y por ahí podes verlo 2 o 3 veces-, y ahí bueno,

si ameritan tratamiento, los seguimientos los hago yo... a veces hay derivaciones a los residentes... la residencia es de 4 años en psicología, y hay residentes que están interesados en trabajar con niños, y entonces se lo puedes derivar. Pero la residencia lo que tiene es que puede estar en primer año y tiene 4 años para aprender, o puede estar en el ultimo, y bueno, el tratamiento dura 3 o 4 meses... porque son gente que va y viene ¿entendés?, o por ahí puede ser que, entre todos los residentes, no haya nadie que le interese trabajar con niños... es algo que depende del momento y del interés, no es algo que este fijo y que vos puedas contar con eso.

-¿Y además de pediatría hay algún otro servicio con el que trabajes con frecuencia?

-No, en realidad no, yo trabajo con pediatría, ¡ah! y con trabajo social... trabajamos con casos de pediatría. En general cada grupo tiene designado un servicio para trabajar con interconsultas, pero bueno, sí, con las trabajadoras sociales trabajamos en conjunto...

-¿Reciben derivaciones de casos judiciales?

-Mira, generalmente, como trabajamos en equipo, cuando es así yo hago el informe, pero generalmente lo eleva la trabajadora social. Hacemos un contacto, tenemos una entrevista y trabajamos en conjunto, pero la que hace el contacto, la que eleva los informes, -yo los hago nada mas-es la trabajadora social... como que tenemos esta modalidad, ella es la que se encarga del dialogo con el juzgado, intentamos dividir las tareas y que cada cual se ocupe de algo en particular.

-¿Y casos de abusos?

-Eh, en general, hemos tenido en pediatría, pero generalmente se derivan porque está Protección de Derechos, que se encargan ellos del seguimiento. Esta también es una diferencia, en el 2001 no estaba esta institución de Protección de Derechos, entonces por ahí si los teníamos que seguir nosotros, y por ahí si el chico seguía el tratamiento te pedían informes, pero desde que está ésta institución realmente, lo hacen ellos el tratamiento.

- ¿Sabes si hay información en la zona respecto a este tipo de servicios, o sea si la gente llega informada al hospital sobre ustedes y sobre otras instituciones?

-Eh, en general no, eso es una falencia, porque la verdad que generalmente “tal lo derivo acá y el otro le dijo que no”, y eso me parece que es una falencia importante y una falta de respeto al paciente; porque es preferible decirle que no hay, por que capaz que antes de llegar acá pasaron por un montón de lugares, “no acá, no allá”. La verdad que no hay mucha información, entonces se los deja en lista de espera porque seguramente van a conseguir antes acá o por ahí en el Centro de Salud Mental, que en otro lado, por la información que circula. Tal vez tendría que haber una guía, al menos para orientar, el tema es que no hay, entonces siempre hay más cantidad de demanda que lo que se puede ofrecer... no hay equipos, es muy poco lo que se puede hacer... si hubiera alguien más sería distinto, podríamos trabajar en equipo, pensar en grupo, habría un montón de cosas posibles para hacer... pero falta gente... y de hecho yo estoy acá pero estoy becada, estoy esperando el nombramiento, porque no tengo ningún puesto, y la verdad que no todo el mundo acepta esto de trabajar con una beca, no tenés obra social, no tenés jubilación, no cualquiera acepta en estas condiciones, hay que ver cuando sale el nombramiento... como te digo, hay nombramientos en adultos, pero en niños... no se...

-¿Pero el equipo de Salud Mental no puede organizar internamente que, por ejemplo, haya otro psicólogo que se dedique a niños?

-Y lo que pasa es que tiene que haber interés, vos tenés que querer trabajar con niños, y en este momento de la gente de planta, no hay interesados en niños. Sí hay muchos residentes que tienen interés, pero habría que pensar nuevos lugares, esto es lo que falta: no hay concursos, no hay nombramientos, sino si, hay mucha gente interesada en residencia, pero bueno, terminan la residencia y se van, es una lástima, porque por ahí hay ideas para hacer, talleres. De hecho, nosotros hace algunos años que venimos haciendo un taller de plástica y dibujo para niños, pero bueno, se van los residentes y se pierde, y tenés que esperar a que venga otro que tenga interés y armar todo de nuevo, al no tener un equipo estable no puedes armar nada.

-¿Y anteriormente había un equipo más grande, o siempre fue así organizada la atención de niños?

-En su momento estaba Alicia, que es ahora la coordinadora de consultorios externos, que ella también atendía niños; había una psicopedagoga, que fue derivada al centro de salud mental, que con ella también trabajábamos en conjunto; y después, la psicóloga de planta que trabajaba con niños, una psicopedagoga y una trabajadora social que eran otro grupo, pero que trabajaba con los padres de los niños. Entonces había como cierto funcionamiento de equipo, pero ahora estoy yo sola, de hecho no hay mucha gente que quiera trabajar con niños, depende del momento.

-¿Y para vos las causas de que se haya desintegrado este grupo tienen que ver más con las condiciones de contratación o con la falta de interés de trabajar con niños?

-No, en este caso Juliana, que era la psicopedagoga que les conté, fue derivada al centro de Salud Mental,- si hubo una interna no te sabría decir bien cual fue-. Ella hoy por hoy, tiene el equipo allá, está trabajando allá, el mismo equipo que tenía acá lo tiene allá. Y después la psicóloga paso a ser supervisora de consultorios externos y se dedica a adultos, está en la interconsulta, también, pero en otros servicios, no en pediatría. Y después había concurrentes y becarios que se les termino la beca, y... se termino, la perdieron. La mayoría de los interesados son residentes o becarios, y las becas duran un año o dos, y cuando se les termina no se renuevan.

-¿Esas becas son en relación con alguna universidad?

-No, porque hay dos tipos de becas. Una, que es la beca pos residente, que son cuando vos terminas la residencia, tenés un año más pago y con las mismas condiciones, pero con esto te podes incorporar al sector que te interesa... esa dura un año nada mas, que a veces hay una renovación de un año más, pero termina. Otra es la beca asistencial, que es la que tengo yo, que se renueva año a año automáticamente, hasta que salga el nombramiento. Se supone que tendría que ser por dos años y que después salga el nombramiento, pero, se supone... a veces están 10 años y no sale, o sea, si bien tenés la continuidad por que la beca se renueva año a año, estás esperando el nombramiento, que puede tardar un año o diez. Y como te digo, son las condiciones que...tenés el mismo

horario de trabajo que la gente de planta, pero no tenés jubilación, no tenés obra social, el sueldo es mucho más bajo, son cosas que no todo el mundo resiste... si bien vos sabes que a la larga los nombramientos salen, al no haber un tiempo estipulado, para armar equipos a veces se complica, no todos aceptan estas condiciones de trabajo.

-¿Y sabes si hubo algún pedido formal del hospital para cubrir mas cargos?

-En realidad como acá el fuerte es la guardia, todos los pedidos de la gente que entro,- de hecho cuando entre yo con la beca asistencial fuimos 5 los que entramos-, y el resto fue todo para la guardia, por que había que cubrir los lugares de psicólogos de guardia, o sea que si bien se pidieron las becas, fueron ahí. Como que el fuerte de acá es la internación y la guardia de adultos. Es cierto que esto es un hospital de agudos y no se puede abarcar todo, pero bueno, estaría bueno que entrara alguien más, que seamos un equipo, pero bueno, si se piden becas o nombramientos, directamente van primero a la guardia, que es el fuerte de acá, y la parte de niños queda... más relegada. Es como te decía, lo que había se pasó al Centro de Salud Mental. Así que esperemos que esto en algún momento cambie... porque es una falencia importante.

-Si, de hecho nos contactamos con el Hospital de Niños, y nos dijeron que solo había dos psicólogas para todo el hospital... nos pareció bastante poco...

-Si, así es imposible darle continuidad, y es una lástima porque hay un montón de residentes interesados, pero no hay inserción...

-Bueno, Fabiana, nos respondiste ampliamente nuestra guía, ¡así que te agradecemos muchísimo!

-No chicas, gracias a ustedes, y espero que les sirva.

Entrevista a la Jefa de Residentes de Psicología del Hospital Paroisien.

Lic. Laura Gonza.

-¿Qué sucede con la atención de niños y adolescentes en psicopatología en el hospital en que trabajas?

- El hospital no recibe demanda espontánea de tratamiento para niños o adolescentes. En este momento hay trabajando diez psicólogos en Consultorios Externos, dos en Internación, y hay siete psicólogos y diez psiquiatras en guardias de 12 horas.

En Consultorios Externos hay también dos psicopedagogos y dos psiquiatras. La Interconsulta, en general, esta a cargo de los residentes y de la única psicóloga de niños que el hospital tiene.

En el hospital sólo se internan adultos, por lo que si a guardia llega un niño o un adolescente en crisis se lo compensa y se lo deriva al Hospital Tobar García.

Las únicas consultas de niños que se atienden en el hospital, dado que no hay admisión, llegan por interconsulta de otros servicios o por derivación de las escuelas de la zona, pero actualmente hay una lista de espera de seis meses para las consultas, y, como te decía antes, formalmente hay una sola psicóloga que atiende niños. Es la única de planta que trabaja con esos casos. Para nosotros los residentes es optativo, si alguien quiere y esta interesado en esa clínica, puede tomar casos de niños.

- Y desde tu experiencia en el hospital en estos cinco años, ¿qué tipo de consultas son las más frecuentes, en esa población?

- Lo más común son las derivaciones de la escuela por situaciones de violencia, aunque va incrementándose la consulta por adicciones. Actualmente es común que lleguen al hospital chicos de 10 u 11 años por adicción al paco. En general esos casos entran a guardia, por situaciones clínicas de descompensación y se evalúan en Interconsulta, que, en general también, es la que pide atención. Dependiendo de la gravedad del caso, también se puede decidir compensar el cuadro clínico y derivar o dar intervención al Servicio Local, para que se encarguen del caso.

Si yo tuviera que hacer una lista de demandas, por su frecuencia, te diría que primero están los problemas de violencia y abuso, después los casos de adicciones...

Pero ahí también, la violencia es el motivo de consulta por excelencia. Creo que desde que estoy en el hospital he visto sólo una consulta de un niño psicótico...

- En tu experiencia, hay diferencias en las consultas por niños y niñas?

- En general la consulta es mayor por varones que por niñas, en varones eso es así por guardia. Y, si no es por guardia, la escuela sigue siendo el mayor detector de problemas. Hasta toparse con el colegio primario es muy difícil que haya detección de los problemas, aunque cuando uno reconstruye la historia del chico, es muy claro que estaban desde mucho tiempo antes.

- ¿Hay límites de tiempo para los tratamientos en el hospital?

- No, no hay límites para la atención de niños, ni de adultos. El problema es que con niños, como te decía, no se recibe demanda espontánea, siempre hay lista de espera, o hay que derivar a otros centros como el Timinsky o a Morón. El Paroisién no cuenta con psiquiatra de niños ni con neurólogo infantil, para eso mandamos al Tobar. Y como no se trata de un hospital que atienda niños, tampoco hay canales institucionales formales para la circulación de esa clase de demanda, hay un equipo de residentes que funciona bien, pero la cosa es más “este chico me preocupa, aténdelo”... El hospital tiene su fuerte en el servicio de guardia, de los residentes, los que se pueden quedar son los psiquiatras, en guardia, pero en general no les interesa, porque el sueldo no es bueno. Psicólogo de guardia hay recién hace un año... Es muchas veces, atajar la urgencia, pero sin red... Porque al paciente se le hace muy difícil continuar con el trabajo terapéutico... Hasta hace poco no se podían ni cubrir los cargos de residentes, porque nadie los quería...

### **Hospital del Niño de San Justo**

El hospital del Niño de San Justo es el único hospital de agudos especializado en niños en el partido de La Matanza que tiene complejidad como atender todo tipo de patologías orgánicas, agudas y crónicas. Cuenta con un centro de patologías del riñón,

con numerosos pacientes que realizan diálisis y tratamientos postoperatorios entre ellos trasplantados en recuperación.

Cuenta con tres psicólogas especializadas en niños. Una trabaja específicamente con pacientes afectados por patologías del riñón. Las otras dos profesionales atienden tanto en interconsulta en urgencias, como en internación. Además reciben consultas de demanda espontánea y derivación de juzgados y escuelas.

No pudieron darnos cuenta de la cantidad de pacientes que atienden o atendieron en el último año. Por estar sobrecargadas de trabajo no pueden realizar estadísticas de la atención.

Entrevista a la Lic. Celeste Benedetti

Psicóloga de planta del Hospital de Niños de San Justo

- ¿Qué tipo de población atiende este hospital?

- Este es un hospital específico de niños y viene todo, lo inimaginable viene acá. Es el centro de atención de toda la zona para niños. Lo otro, periférico funciona como consultorio.

En relación a lo socioeconómico la población es de nivel bajo, a marginal, cada vez más bajo.

En el tiempo que yo estoy aquí en el hospital y trabajando en La Matanza, lo que veo en este momento no lo vi nunca.

- ¿Hace cuánto tiempo que estás trabajando en el hospital?

- Aquí en el hospital estoy hace 5 años, pero desde el 90 trabajo aquí, porque estábamos aquí mismo, dentro de este predio, porque estábamos en el Centro de Salud Mental. Esta es una comparación subjetiva y absolutamente personal, pero lo que se ve ahora, yo no lo vi, históricamente, nunca. Mucha pobreza. No hay redes sociales. Es todo marginal. La mayoría son familias monoparentales, con muchos hijos. Padres ausentes,



son muy pocas las familias en las que puedo convocar a un padre, porque son todas monoparentales. La situación socioeconómica oscila entre pobres a marginales. Esta es la población que estamos atendiendo acá. Es un panorama muy difícil.

- ¿Cuáles son las patologías más frecuentes en niños a nivel de la salud mental?

- Tenemos trastornos de aprendizaje, trastornos de lenguaje y después, por ser un hospital de agudos está muy mezclado todo lo que es la patología crónica, entonces allí la diferenciación de cuadros netamente psicopatológicos es bastante compleja, porque está el compromiso orgánico crónico muy puesto de manifiesto, entre este contexto, entonces se agrava todo. Desde infectología hasta patologías renales, diabetes, situaciones endocrinológicas, respiratorias, accidentes. Entonces es todo un popurrí. Además abuso sexual infantil, que eso es todo un tema porque nosotras somos dos psicólogas. Mi compañera se dedica a todo lo que sería crónico de terapia intensiva. Acá hay dos terapias intensivas. Hay situaciones de mucha gravedad, con familias muy complejas, inexistentes, es decir, con conformaciones familiares muy particulares. Tiene que ver con una cuestión ideológica. Para mí todo es familia, familia, cuidadores o vecinos o lo que haya.

Entonces hay enfermedades crónicas mezcladas con padres adictos, padres con enfermedades infecciosas. Es un popurrí amplio, migraciones, eso también son situaciones traumáticas que producen muchas situaciones de riesgo en los niños y en las familias. Es un popurrí. Y abuso sexual infantil también digamos, pero no espontáneamente. Lo que vemos de abuso sexual infantil viene por guardia o por internación, o sea el niño hecho bolsa. Pero además tenemos derivación de las comisarías de la Mujer. Ya con esto creo que es suficiente decirte que es muy difícil porque no contamos ni con centro de derivación. Es muy complicado, dos personas, como ya te darás cuenta no damos abasto para la cantidad. La prioridad es siempre guardia e internación. Hay una tercera psicóloga que trabaja solo con diálisis y nefrología.

Trastornos de aprendizaje y de lenguaje es lo que más viene de demanda espontánea, lo recibimos por consultorios externos.

Aquí tenemos veinte pediatras todos los días, con que te manden un niño cada uno, ya no damos abasto. Entonces la prioridad de atención siempre es internación y guardia. En eso ya está mezclada la patología crónica, con negligencia contextual, cultural y accidentes, que a veces son negligencia, pero algunos accidentes tienen que ver con cuestiones de patología más severa. Pero esto discriminado, que vos me digas, tanto de esto, tanto de lo otro, tanto.... no lo tenemos.

- ¿Encontrás diferencias en cómo se presentan los casos en los últimos 5 años?

- Si, gran deterioro, mayor marginalidad. Pero no solamente es el deterioro de la población, sino que está acompañado con el deterioro institucional. Como institución no tenemos redes. Digamos, la única cara que abre la puerta y dice no hay turno, soy yo o mi compañera.....Es complicado.

Considero que si hay deterioro, considero que la salud pública está en crisis, creo que crisis es una palabra liviana, creo que es un caos, que es una catástrofe, para usar una expresión de Leucovich. Estamos haciendo salud en catástrofe. Obviamente esto es una posición ideológica, esta es mi ideología de trabajo.

Bueno, de eso se trata. Es como vos ves la realidad en la que estás parada todos los días.

Digo esto porque no hay ni respaldo institucional, ni la gente, que vos armabas redes, armabas cuestiones de solidaridad. O sea puedes trabajar en la misma sala, a veces con una madre, a veces con otra.... Cada vez es más costoso. Más allá de las habilidades que uno tenga, esto ahora es más costoso.

- ¿Quién deriva? ¿Ha cambiado el modo o la fuente de derivación en los últimos 5 años?

- Deriva la Comisaría de la Mujer, de afuera. También derivan algunos hospitales generales el Garrahan, el Gutierrez, patología grave, TGD, pero poco. Daría la impresión que la gente que tiene oportunidad, posibilidad de ir a alguno de estos hospitales, se queda allá. Parece que ven la diferencia, solamente con entrar.

Derivan también los juzgados de familia. Y de acá adentro todos derivan, cirugía, terapia intensiva, todas las especialidades, consultorios externos, servicio social. Todos, nadie nos deja afuera.

- ¿Esta derivación ha cambiado en los últimos años?

- De afuera siempre lo mismo, es siempre un alud. A partir de que se enteraron que había psicólogos acá, porque antes no había psicólogos, hacen 5 años que estamos nombradas. A partir de entonces mandan indiscriminadamente casos las instituciones, porque como no tienen lugares donde mandar, mandan, y mandan y mandan. O sea no hay instituciones creadas para trabajar con juzgados, porque si vos trabajas con juzgado exclusivamente aparecen otro orden en el panorama, si bien se cruzan los problemas, porque el niño llega aquí por guardia, pero por lo menos lo ambulatorio iría a atenderse en otro lugar, y aquí se podría trabajar con internación. Al no haber un servicio para eso específicamente el panorama es muy complicado, se superponen las tareas, es complejo, por eso digo que estamos en catástrofe.

- ¿Reconoces alguna relación entre el nivel socioeconómico de las familias y la presencia de alguna patología en particular?

- No, en particular no.

- ¿Reconoces particularidades o diferencias en la presencia de patologías en niñas y en niños, varones y mujeres?

- No. Yo no reconozco, tal vez existen. Yo no reconozco particularidades.

- ¿Cuáles son los criterios más utilizados para diagnosticar?

- El diagnóstico es también una cuestión ideológica. Mi planteamiento es familiar. En el diagnóstico de niños, si bien es necesaria una orientación para saber qué tratamiento sería el más útil, no etiquetamos.

Usamos para diagnosticar como técnicas Bender, Persona bajo la lluvia, Familia. Familia cinética, a veces H.T.P.

- ¿Qué categorías diagnósticas utilizan?

- El D.S.M. IV para hacer la estadística. Este es un ítem que uso mucho; negligencia contextual. Yo uso muchos trastornos relacionados con enfermedad médica, o de relación, abuso sexual obviamente, negligencia obviamente y también uso el ítem: problema biográfico, como para no marcar en ningún aspecto al niño porque está en un proceso de crecimiento.

En general esto es lo que utilizo a menos que llegue una patología muy seria. Llegan también intentos de suicidio, allí usamos el ítem: trastorno límite de la personalidad, también para las conductas autolesivas. Hay muchos en adolescentes. Y finalmente usamos también los ítems: trastorno por estrés postraumático y trastorno de ansiedad debido a enfermedad crónica.

Trastorno de aprendizaje no especificado y trastorno fonológico y trastorno por separación o vinculación en la infancia.

Encopresis y enuresis hay poco y cuando viene en esta población está relacionado con abuso. Siempre que hay estos síntomas estamos en alerta. Los consideramos síntomas relacionados con maltrato.

Como acá tenemos todas las especialidades, te puede venir cualquier patología, pero nuestra prioridad es guardia e internación. No llegamos tampoco a dar respuesta a todos los casos, porque todo tiene un atravesamiento psicológico importante, pero allí indudablemente está la crisis, y ahí trabajamos porque está en juego la vida.

Estas categorías diagnósticas son las que yo uso de acuerdo a mi ideología, desde lo familiar.

- ¿Reconoces alguna variación en la edad de consulta y derivación en los últimos 5 años?

- Yo estoy aquí hace 5 años. Todo lo que uno ve acá es grave, pero es grave porque no hay red, no porque haya patología en niños más pequeños. Yo veo deterioro en la conformación familiar efectiva. Un simple tema de conducta tiene entonces asociadas patologías relacionadas con la pobreza, con la indigencia, con conductas que a veces tienen que ver con pautas de sobrevivencia. Entonces determinar con precisión de qué manera influye este contexto para este trastorno de conducta es muy complejo. Habría que hacer una investigación, evaluar el vínculo, evaluar al niño, evaluar a la madre. Tenemos las herramientas, pero no las usamos, porque no hay tiempos y posibilidades. Y por otro lado no están homologadas con lo que es esta realidad. Las herramientas de diagnóstico están usadas con otra realidad social. Aquí es complicado. Habría que tener un tiempo de estudiar y de investigar esto y no lo tenemos. Entonces es todo urgencia.

- ¿Quién y de qué modo establece el diagnóstico en este Hospital, en este Servicio?

- A veces hacemos las entrevistas de admisión conjuntas, tratamos siempre que es posible, de hacerlo así. Lo que tomamos es lo manifiesto, lo grosero y lo manifiesto. Luego tomamos el caso, y hacemos el diagnóstico entre todas, luego de tomar al chico en tratamiento. Somos dos y una tercera psicóloga que trabaja en nefrología exclusivamente. Aquí hay diálisis y los chicos transplantados vienen a tratarse nuevamente aquí. Todavía no hay trasplantes aquí.

- ¿Qué tan frecuente es el uso de medicación en niños y qué medicación es la más utilizada?

- Aquí no hay psiquiatra, así que no se medica. Hacen dos semanas está viniendo una psiquiatra los días viernes. Viene en préstamo, porque no es del Hospital, por la ley nueva de salud mental, no se puede derivar, tiene que ser atendido aquí el paciente.

Los casos que reciben medicación en su mayor parte son intentos de suicidio. A veces los medican y a veces no. También tiene que ver con una cuestión ideológica. Esta

psiquiatra por su posición ideológica, no usa mucha farmacología, solo cuando es necesario y cuando hay cuadros de excitabilidad psicomotriz, pero en general no medica.

Creo que no vemos patología “psiquiátrica” infantil justamente porque nos abocamos a todo lo que tiene que ver con la implicación somática, con la enfermedad.

Nosotros no somos un servicio de psicopatología común, somos psicólogas trabajando en un hospital de agudos. Hay que hacer una operación y se trabaja en la psicoprofilaxis de la operación, en el trauma posterior al accidente, en la enfermedad crónica que aparece y se diagnostica acá. Con neurología también trabajamos mucho, por eso vienen los trastornos de aprendizaje, porque no hay un correlato “orgánico”, pero si hay un correlato de medio, de medio social, de estimulación. Con hematología y endocrinología trabajamos también con enfermedades crónicas. Variado y mucho es lo que atendemos.

Los trastornos de alimentación, como es anorexia, bulimia, en general lo derivamos a Salud Mental. Toda la patología que es “psiquiátrica” la derivamos a Salud Mental.

- ¿Cómo es la circulación del paciente en este Servicio y qué tipo de trabajo interdisciplinario es el más frecuente?

- El trabajo interdisciplinario más frecuente se realiza con la trabajadora social. En general lo que yo noto a lo largo de estos cinco años es que nos han ido incorporando a las psicólogas como una voz a consultar.

Para trabajar en la guardia, por una cuestión de preservarme y de preservar, en general vamos con la trabajadora social. Esto es un trabajo en equipo. Trabajamos en catástrofe y hay que preservarse. Te encuentras con el niño “hecho miércoles”, con familias que no sabes si los utilizan, si los comercializan. Los intentos de suicidio también, mezclados con adicciones. Para mi la interdisciplina es fundamental porque no puedes sobrevivir en estas situaciones si no trabajas en equipo. Hablo de sobrevivir, pero eso también implica pensar y reflexionar y tener una intervención determinada. A

medida que el equipo se va consustanciando puede pensar, intervenir y planificar. A lo largo de estos 5 años estuvimos haciendo eso.

Con respecto a los médicos, cada vez preguntan más y prestan más atención a lo que decimos. En la guardia con trastornos somáticos, prestan atención a nuestra opinión y con algunos pocos, decidimos juntos. Creo que esto se debe también a que ellos no pueden solos, necesitan esta otra mirada, y algunos pocos firman con nosotros las intervenciones que se hacen. En este contexto si no trabajas en equipo interdisciplinario, en mi opinión, no se puede trabajar. No haces nada porque es muy frustrante esta realidad. En cambio así se hace, se resuelve en función de cada parte del proceso, luego de logrado se avanza a la otra parte, por pasos. Por eso te digo que esto del diagnóstico es algo que va en proceso, y depende en cada momento lo que es más adecuado para ese niño y esa familia en determinado momento. Es una construcción digamos.

- ¿Vos estás aquí hace 5 años, antes no había psicólogos en este hospital?

Si había dos psicólogas prestadas por el Centro de Salud Mental, que trabajaban en infectología y en consultorios externos. Y ahora somos dos psicólogas de planta. Yo concursé para venir acá. Hacen 5 años que el Hospital tiene psicólogas de planta. Antes no necesitaban porque Salud Mental, donde yo trabajaba también, estaba dentro del mismo terreno del Hospital, entonces las interconsultas se hacían con el Centro de Salud Mental porque estábamos todos aquí. Estábamos donde ahora funciona terapia intensiva, entonces era todo un grupo de psicólogos que tomaba los casos porque era aquí el Centro de Salud Mental. A partir del 2000, se traslada el Centro, porque aquí se construye terapia intensiva.

-¿Te parece que necesitas agregar algo más, algo que te parezca importante?

- Quería agregar esta cuestión de la “soledad” que hay. El tema de la ley de protección de los derechos del niño es espectacular, yo adhiero, como adhiero a la nueva ley de salud mental. El problema es que en este país se hace todo sin planificar, entonces se nos somete a los profesionales que trabajamos en el estado a ser “la única referencia”. Atrás no hay nada. Entonces el trabajo se hace muy difícil. Ante eso la única solución es trabajar con otros, en interdisciplina, porque no hay instituciones. Si vos querés mandar a

un nene a Salud Mental a hacer un tratamiento, primero quién lo lleva, quién sostiene el tratamiento, en el caso de familias que no sostienen ni siquiera lo básico, que es alimentarse. Con todos los planes sociales que haya, que los hay, pero viven en los kilómetros, entonces el solo hecho de venir aquí es un esfuerzo enorme. No pueden hacer más que eso. Para ellos este es un centro de alta complejidad y las falencias institucionales que hay no permiten operar. En cambio trabajando con otros uno encuentra una salida, lo acuerda con la familia, con quien esté de la familia. Así es como yo encontré una posibilidad de trabajar y lograr algo, mínimo a veces, pero algo.

- Respecto a las estadísticas que me decías que no pueden hacer ¿es esta planilla que deben llenar?

- Si, deberíamos hacerla. El D.S.M. IV es una convención que sirve, deberíamos poder hacer diagnósticos, también diagnósticos cognitivos, más precisos, más actuales. Eso no se hace. Es algo para planificarlo. Es tal el aluvión de la urgencia y de la emergencia que estamos siempre resolviendo lo urgente.

- ¿Tienen algún tipo de contacto con el Centro de Salud Mental, algún tipo de contención?

- Si, como yo pertenecía al Centro, los conozco, nos brindan acompañamiento. Como trabajé en toda La Matanza, tengo contacto con otros profesionales a quienes derivo casos. Es solidaridad profesional porque nos conocemos.

Este hospital es distinto. Lo mayoritario en este hospital es maltrato, negligencia, por eso no viene tanta patología “psicopatológica”. Lo mayoritario aquí son traumas, severos y crónicos, entonces

Eso dispara una cantidad de sintomatología y de cronicidad.

- ¿Respecto de los servicios locales tienen que hacer peritajes o algo similar?



- Lo piden, pero yo me corro. La Comisaría de la Mujer manda casos de abuso y hay que decir quién fue el abusador. En esos casos nos corremos, no somos peritos. Podemos comparecer testimonialmente pero no es un peritaje.

En esta multiplicidad vamos recortando y tenemos que decir nos quedamos con esto, sino es mucho lo que no se puede resolver y es muy frustrante.

### **Equipo Regional de Salud Mental.**

El equipo cuenta con dos integrantes estables, una psicóloga coordinadora del mismo y una trabajadora social. Además, a partir de un acuerdo con la Universidad Nacional de la Matanza, reciben pasantes de la Carrera de Trabajo Social, que prestan servicio en la región.

El equipo funciona en el Hospital Paroisien, pero atiende casos de todas las regiones. Cuenta con un consultorio externo y no cuenta con internación, por lo que no puede tomar casos de situaciones sociales graves. Además se atiende niños y adolescentes en el Servicio de Salud Mental Thames y cuenta con un Hospital de Día, para pacientes adultos, en Ramos Mejía. Participa de lo que, desde el año 2009 es el Consejo Local.

Reciben diferentes pacientes niños y adolescentes, sobre todo aquellas consultas que provienen de chicos en situación de calle.

Entrevista con la Lic. Mabel Seguro. Equipo Regional de Salud Mental.

La Lic. es Trabajadora Social del Equipo de Salud Mental Regional.

· Lic.:

-En este equipo somos dos personas. Hemos hecho un acuerdo con una cátedra de la Universidad de La Matanza para recibir pasantes en este servicio. Para nosotros es estratégico formar trabajadores sociales en salud porque se están haciendo tres hospitales y para nosotros es fundamental tener trabajadores sociales con formación en salud. El

Equipo de Salud Mental que hay en la región se conforma de la coordinadora que es psicóloga y yo. Somos un equipo que hace 3 o 4 años que estamos trabajando.

- ¿Qué podrías decirnos respecto de la atención a niños en Salud Mental en el Hospital Parroisien, y en la Región?

· Lic.:

- Tenemos un gran déficit de salud mental en niños en el distrito porque desde que se empezó a aplicar la ley de protección integral, la 13.298, que le corresponde la 26.061 en el orden nacional, lo que sucedió fue.... En general los niños de La Matanza eran atendidos por el Hospital Tobar García o en efectores de Capital Federal. A partir de la aplicación de la ley empezaron a derivarlos para acá y no tenemos lugares especializados.

El servicio que funciona acá tiene consultorio externo, pero no tiene internación, no puede tomar situaciones graves, con los nenes más complicados es verdaderamente un problema. Después se atiende niñez y adolescencia en el Centro de Salud Mental de Thames y los otros servicios que hay son para adultos, pero un servicio montado para niños, con todas las especialidades que un niño que tiene un padecimiento en salud mental necesita no existe, este es un déficit importante en la zona.

El Centro de Día que nosotros coordinamos que está en Ramos Mejía, es para pacientes con padecimientos severos de salud mental, externados de monovalentes, pero adultos, jóvenes a partir de 18 años. Para niños no estamos teniendo una respuesta acorde. En su momento nosotros participamos como Salud Mental del espacio de la Intersectorial de Infancia Municipal, que se transformó a fin del año pasado en Consejo Local, con la idea de funcionar en red y optimizar lo poco que hay esta participación es indispensable.

Desde ese espacio lo que se intentó fue organizar algún dispositivo de asistencia y sobre todo de contención a chicos “en calle”, que son los que llegan con crisis más serias, en el Hospital de Niños de San Justo, que fue la articulación con el C.P.A.

Es un tema importante con respecto a los trabajadores de salud, comprender la importancia de abordar este tema. Había muchos casos de chicos con crisis de impulsividad, y no es tan fácil tenerlos en una sala de pediatría común, y no siempre los trabajadores de salud, clásicos, como venimos formados hasta ahora, tienen las herramientas para abordar esto, sobre todo el personal de enfermería, los pediatras con más años de hospital, no están acostumbrados a contener a un niño que llega en estado de ansiedad intensa. Habían implementado operadores de los C.P.A. que iban y trabajaban con los equipos y con los niños que se internaban allí. Como son niños que no tienen una estructura familiar armada de acuerdo a lo que estamos acostumbrados, había que armarles un sistema de contención, ya sea con amigos, con la ranchada del tren, con operadores. Todo eso hace que también entre en crisis el propio sistema de salud, que no tiene las herramientas a veces, y concretamente entras en una disputa por los espacios. Un pacientito oncológico tampoco se puede bancar en la cama de al lado un chico con este tipo de problemática.

Ese fue uno de los intentos de armar una red para dar respuesta a los problemas más graves en salud mental con los niños. Se iba a armar algo también en el Hospital Equiza de González Catán, porque allí también hay un flujo muy importante de niños que vienen desde Virrey del Pino hasta ahí, que no pueden acceder a esta zona por la distancia y la situación socioeconómica. El Hospital Equiza es materno-infantil, allí se iba a organizar algo, pero vieron que cuando intervienen muchas instancias..... En ese espacio de la Intersectorial hay efectores provinciales, municipales, asociaciones civiles. Todo esto hasta que puede confluir en una estrategia de abordaje conjunta tiene su complejidad..... Sé que la asistencia por consultorio se está haciendo en Thames y acá, en el Parroisien, y después en el Servicio de Psicopatología del Hospital de Niños de San Justo. Pero la mayor dificultad se presenta con los casos más severos, con criterio de internación, aunque sea breve. Laferrere no tiene internación, el Hospital de Niños de Catán todavía no tiene. Aquí las 12 camas que hay para internación de salud mental es para adultos, y hasta por como están dispuestas las camas. Este es un servicio que nació para adultos y hasta ahora no se dio una estrategia de trabajar con niños. Además porque este es un hospital general.

Lo que sí nos pasa, que Estela les habrá contado, son los chicos que caen en la guardia, cada vez con menor edad, los que antes eran de 14 o 15 años, con una

descompensación por consumo de paco, o lastimado en calle y sin una referencia y te lo trae el patrullero, hoy por ahí son niños de 7, 8 o 9 años. Estos niños quedan en la guardia y se comienza a organizar un poquito todo con el Centro de Protección de Derechos local... Es como así...

Lo que llega mucho al hospital, al Servicio Social es la interconsulta por situaciones de abuso. Hay un porcentaje altísimo de interconsultas que tienen con pediatría por situaciones de abuso. También violencia intrafamiliar crónica digamos, que termina afectando a los chicos.

¿Hablaron con la gente del Servicio Local? Ellos son, desde la vigencia de la 13.298, los primeros que reciben las situaciones problemáticas. A lo mejor llegan por educación o llegan por salud, pero nosotros nos referenciamos allá igual. Ellos tienen lo que llega por demanda espontánea, lo que llega por comisaría y lo que llega por nosotros, por los efectores que estamos trabajando. Olga Enrico es la responsable.

Ahora en Provincia está el Programa Envió, que es un programa dedicado a chicos que están teniendo vulneración de derechos, es provincial, y yo sé que al Servicio Local de La Matanza le van a bajar una buena cantidad de becas de ese programa. Ese programa es nuevo es por la cantidad de habitantes y por el N.B.I. de cada distrito el recurso que provincia te da. La Matanza seguro que va a tener, es uno de los municipios con mayor pobreza.

- ¿Qué otros motivos de consulta tienen prevalencia además del maltrato?

· Lic.:

- Marcela (Coordinadora del Servicio Social del Hospital) es la que puede informarles mejor sobre eso. Sé que ellos tienen un programa de H.I.V., sé que en número no es tan importante, pero tienen muchos casos. Está pasando que les cuesta mucho a los padres que los niños puedan hacer su tratamiento. Por un lado es un tratamiento complejo para administrar a un niño, pero además pensemos en las características del grupo familiar, a veces son papás que no han podido ellos mismos sostener sus propios tratamientos. Eso se trató en la Intersectorial, porque era un tema preponderante en salud. Las familias no estaban pudiendo garantizarles a los niños los

tratamientos, contando con la medicación y demás por supuesto. Era una cuestión concreta de no poder administrarles la medicación, eso es gravísimo para un niño, porque directamente pierde efecto el tratamiento y hay peligro de muerte. Vinieron los equipos del Hospital Muñiz a apuntalar esto. Está además la cuestión de hasta dónde uno puede intervenir para que lo hagan, en general son las abuelas las que se hacen cargo de administrarles la medicación en esos casos. Se genera ahí una pelea entre las abuelas y los padres en función de quién es el verdadero responsable del chico. Ese era un tema que estaba como candente en el espacio de la Intersectorial.

En el Hospital del kilómetro 32 hay un Servicio Social que recibe mucha demanda, a pesar de que el servicio de pediatría estuvo cerrado mucho tiempo, al servicio social le llegan muchos casos de niños. Antes había un servicio importante de pediatría allí.

- ¿Qué pasó que se desarmó?

· Lic.:

- Hay cuestiones generales que inciden, los sueldos que está pagando provincia son muy bajos por un lado, la distancia que tiene el hospital, con Capital por ejemplo, de donde podrían venir los profesionales es otro factor de incidencia. Se hace poco interesante como oferta laboral. Dejó de ser lo que antes era el hospital público, una oferta interesante desde lo económico. Además es un lugar complicado donde hay que poder soportar algunas cosas que te van a pasar como trabajador, por el lugar mismo, porque te involucran. Se buscó resolverlo pagando ahí como una insalubridad, para que tengan un mayor sueldo. Hubo un manejo político, ciertos sectores tomaron esto como una bandera, y eso dificultó más la situación, porque un hospital que está permanentemente parando, que no se convierte en referencia para una comunidad, que no ofrece respuesta en salud, no es un lugar al que la gente quiera ir a trabajar. Para que el profesional quiera ir tiene que sentir que hay iniciativa, que se está trabajando, que hay propuestas para jerarquizar el servicio. Es una pena porque es un hospital hermoso. Pero cuando el hospital se empieza a caer eso impacta también en la autoestima de los profesionales. Si un espacio de trabajo no tiene iniciativas de investigación, pasantías, residentes, no prospera, es muy importante para los trabajos en el ámbito de salud. Por

eso nosotros estamos empezando a preocuparnos por formar gente en salud, para los hospitales que se van abrir.

Nosotros tenemos un especial interés con infancia, porque cuando empezamos a trabajar en salud mental en la región fue lo que apareció como lo más flojo, de recursos de salud no sobra en nada, pero en niños es donde más falta. Dicen “nos van a dar 8 operadores para trabajar con niños”. En Matanza 8 operadores es nada, como una aspirina para un tumor.

Habíamos propuesto una unidad de desintoxicación en el kilómetro 32, hicimos una propuesta escrita, la elevamos al Ministerio, pero al no tener pediatría.... Es más, el director del 32 es psiquiatra, así que había una idea de trabajo conjunto que se lo daba la empatía lógica de manejar el tema. Y él nos iba a ceder una parte de pediatría, pero si no tenés el servicio básico de pediatría es muy loco pensar en que puede funcionar una unidad de desintoxicación para niños. Pensamos en poner esta unidad de desintoxicación porque allí hay una red para después seguirlo trabajando, está el Padre Mario, hay gente de una O.N.G., hay gente de otras iglesias que están en Catán. Hay un espacio donde después el pibe pudiera empezar a circular en beneficio de estar un poco más saludable. Pero la propia estructura del hospital no ofrecía lo mínimo, quien te baraje de la guardia al pibe y lo aloje en el piso.

- ¿Las estadísticas de salud mental del hospital tiene diferenciados adultos y niños?

· Lic.:

- De salud mental sí. Estela debe tener estos números. Fabiana Bohn, que es la psicóloga que atiende niños, tiene su propia estadística también.

Nosotras hace un año que estamos gestionando cosas en el Centro de Día de Ramos Mejía. Estamos haciendo eventos culturales temáticos con los pacientes y la comunidad. Los pacientes trabajan investigando el tema y ese día del encuentro cuentan o leen, lo que cada uno puede, de todo lo que investigaron. Lo hacemos con una red de Centros de Día del Oeste en la que estamos participando, entonces vienen pacientes y familiares de estos otros centros, de Ituzaingó, Moreno, Morón, del Posadas. Hicimos

uno en pleno verano y fue muy bueno, desbordó la gente, había gente hasta en la calle, vino el chino del supermercado de enfrente, vecinas, fue maravilloso. Esas vecinas que vinieron ahora se están integrando a los talleres del Centro de Día, entonces vienen a bailar folklore con los pacientes. Desde el primer encuentro se empezó a trabajar sobre la recuperación de la historia del barrio y de la casa particularmente, con una escritora que es una mujer de la comunidad que se enganchó y empezó a venir. Se conectaron personas que habían vivido en la casa, se estudió sobre los que habían vivido en el barrio, se conectó a la gente, hubo un movimiento bastante interesante a partir de decir “queremos generar un espacio donde los pacientes, los familiares, nosotros y la comunidad podamos integrarnos y divertirnos”. Los pacientes del Centro tienen padecimientos graves, psicóticos en general egresados de las macro-instituciones, que están en este tránsito a poder vivir en comunidad. Van con su familia, con su amigo, a veces solos, tres o cuatro veces por semana al centro de día. Es muy interesante lo que se genera ahí. Hay un taller de cine, hay talleres de salud, cuidado de la salud, salen a caminar por el barrio. Trabajamos la salud, el contacto con el cuerpo desde estos recursos.

#### **Centro de Salud No. 4 Dr. Alfonso Sakamoto**

El centro cuenta con una psicóloga que atiende niños y una trabajadora social. Recibe niños derivados principalmente por las escuelas de la zona por problemas de conducta y de aprendizaje, y, en segundo lugar, por demanda espontánea, en cuyo caso, el motivo de consulta más recuente es la violencia familiar.

En el centro no se reportan a la Provincia de Buenos Aires estadísticas discriminadas por patología, si bien al interior del mismo se utiliza el D.S.M como herramienta diagnóstica.

Equipo de Salud Mental – Psicología y Asistencia Social

Entrevista a la Licenciada Scheilm

-¿Cuántos profesionales de salud mental hay atendiendo niños en el Centro?

- Yo soy la única psicóloga que atiende niños. No hay psiquiatra.
  
- ¿Qué cantidad de niños atiende el centro y de qué edades?
  
- El último período anual se atendieron 277 niños en total, 138 niños entre 5 y 9 años y 129 niños entre 10 y 14 años de edad, aproximadamente un 40 % más de varones que mujeres en ambos rangos de edad.
  
- ¿Cuál es la principal fuente de derivación por la que llegan los pacientes de psicología al centro?
  
- La principal fuente de derivación es la escuela. Realmente tenemos muchas derivaciones de las escuelas de la zona. Hay también una parte de los pacientes que atendemos que llega por demanda espontánea. Son casos más graves, relacionados con violencia familiar. Esta es prácticamente la única causa de demanda espontánea. La verdad es que hay muy pocos casos en los que los padres consultan por algo que les preocupa a ellos. Los chicos vienen derivados por la escuela, salvo cuando es la madre la que padece como víctima de violencia y entonces hay alguna consulta en relación a eso, o violencia entre padres e hijos. Como ves tenemos lista de espera, a pesar de que atendemos gran cantidad de pacientes niños, por año.
  
- ¿Realizan derivaciones a psiquiatría?
  
- Las derivaciones que hacemos, ocasionalmente, son al Centro de Salud Mental Dr. Tisminetzky. No son habituales, pero en ocasiones tratamos algunos niños o púberes que tienen que recibir medicación, por problemas de conducta grave, algunos casos de niños con ADD. Esos casos los derivamos para tratamiento psiquiátrico al Centro de Salud Mental.
  
- ¿Qué patologías son las más habituales en la consulta que reciben?
  
- Las consultas que recibimos por la derivación de las escuelas son por problemas de conducta, chicos que presentan problemas de violencia en su relación con sus compañeros, muchos problemas de aprendizaje, especialmente dificultades con el



aprendizaje de la matemática, todo lo que tiene que ver con dificultades en la posibilidad de simbolización. También recibimos muchas consultas por problemas de lenguaje: mutismo selectivo, en chicos de 6 o 7 años, lenguaje infantil, lenguaje incomprensible, dislalias. Tenemos también algunos chicos que vienen ya con diagnóstico de ADD, chiquitos que han recibido medicación desde el jardín de infantes, a veces vienen con el diagnóstico ya hecho en el gabinete de la escuela, o los padres ya han consultado al neurólogo, y reciben medicación, y muchas veces después de un tiempo de tratamiento se puede cuestionar un poco ese diagnóstico y la medicación que reciben se reduce. Algunas familias pueden mantener el tratamiento con continuidad y se llega a esos resultados, pero desgraciadamente son las menos. En general los tratamientos se interrumpen antes que les demos el alta. En cuanto el niño mejora un poco, o la familia se ve afectada por alguna problemática de enfermedad de algún miembro, falta de trabajo, interrumpen los tratamientos de los chicos.

Hay algunos casos también que vienen por violencia familiar, trabajamos con los síntomas de los chicos, con la madre. Son consultas espontáneas generalmente y breves, muy difícilmente mantienen los tratamientos. Cuando pasa la crisis y la pareja vuelve a estabilizarse dejan los tratamientos.

-¿Encuentran alguna diferencia en la consulta en los últimos cinco años?

- Hay muchos más problemas de conducta en la escuela, de niños violentos, que se trenzan en peleas interminables con otros, con niveles de violencia preocupantes. Y también más consultas por trastornos del lenguaje. Esta situación de niños con lenguaje incomprensible o ausente es relativamente nueva. Encuentro también bastante diferencia en los padres. Hacen unos años atrás había mayor preocupación de los padres por los chicos. Había más consultas espontáneas por síntomas o problemas que a los mismos padres les preocupaban en los chicos. Ahora eso es mucho menor, o los deriva la escuela o vienen ante desbordes muy importantes. Por supuesto que esto dificulta nuestra posibilidad de hacer algo eficaz. Las situaciones son más críticas, requieren de tratamientos más largos y en muchos casos de tratamientos en los que hay que trabajar con los padres o los adultos que están en esa función, y no tienen posibilidad de sostenerlo, ni de traer a los chicos el tiempo que sería necesario para finalizar los tratamientos.

- ¿A qué atribuirían estos cambios?

- Creemos que están relacionados con cambios culturales, mayor desborde en general, problemáticas de violencia y adicciones en los padres. Las familias están francamente mucho más desmembradas, los padres ausentes en una mayoría franca, los adultos psicológicamente muy empobrecidos, no sostienen el lugar de autoridad, no cumplen su función.

- ¿De qué zonas llegan los chicos que atienden?

- Principalmente de aquí, de Rafael Castillo, pero también vienen de San Justo, Casanova, Ciudad Evita.

- ¿Cuál es mayormente su extracción social?

- Hay de todo, clase media, clase media baja, clase baja, recibimos chicos que van a colegios públicos y otros a colegios privados. Muchos son hijos de gente que tiene trabajo fijo. Otros papás tienen trabajo esporádico y tienen algún plan social como permanente.

- ¿Cómo establecen el diagnóstico de los chicos que consultan?

- Nosotros no establecemos diagnóstico en las estadísticas que hacemos, que son oficiales y que no llevan diagnóstico, solo sexo, edad y número de casos atendidos. Internamente nosotros nos manejamos con los nomencladores comunes a salud mental, usamos en DSM IV.

- ¿Qué técnicas de diagnóstico utilizan usualmente?

- Nos manejamos con entrevistas, test gráficos para diagnóstico y hora de juego. Cuando tenemos un caso en el que dudamos en cuanto a su gravedad, si sospechamos psicosis o si hay cuestiones que nos hacen sospechar abuso sexual entonces usamos otras técnicas de psicodiagnóstico, tests específicos.

- ¿En los casos en los que hay que derivar a una posible internación cómo se manejan?

- En la zona no hay lugares de internación para niños, así que los enviamos al Hospital Tobar García.

- ¿Hay alguna especificidad en los motivos de consulta en función del género?

- En general hay más varones que vienen por problemas de conducta. En las niñas hay mayores porcentajes en las consultas por problemas de lenguaje y problemas de aprendizaje.

- ¿Cómo se realiza el trabajo? ¿Qué posibilidad de relación con otros profesionales de salud mental tienen?

- En general trabajamos mucho en equipo. Muchas de las entrevistas de admisión las realizamos en conjunto, al menos en los casos en los que hay problemas de violencia o problemas familiares que nos hagan pensar en situaciones de vulnerabilidad, o alcoholismo, drogadicción, etc.

Con respecto a la comunicación con otras instituciones esto se da cuando derivamos a consulta psiquiátrica. Como no hay psiquiatra en el centro, derivamos al Centro de Salud Mental. Nos comunicamos para intercambiar en esos casos.

- ¿Tienen posibilidad de realizar algún seguimiento de los casos que han atendido?

- Durante la atención mantenemos comunicación con las escuelas que nos derivan chicos, por informes que intercambiamos, y en algunos casos reuniones y conversaciones telefónicas. En los casos de abandono de tratamiento, que son muchos, generalmente nos comunicamos con las escuelas. Es el único seguimiento que hacemos. No tenemos posibilidad para realizar otro tipo de seguimiento, ni podemos realizar otros contactos con las instituciones de la zona. Tenemos muchos pacientes y no hay tiempo, ni recursos humanos para otro tipo de intervenciones o comunicaciones inter-institucionales, que serían interesantes, pero que no tenemos posibilidades de realizar.

La verdad es que debería haber más profesionales trabajando aquí, de acuerdo a la demanda que hay. Atendemos mucha gente, en algunas situaciones, con dificultades sociales muy importantes, y tenemos limitadas posibilidades de realizar modificaciones en algunos casos, de mayor vulnerabilidad social.

### **Centro de Salud Mental Número 5. Dr. Francisco Giovanazzo.**

El centro cuenta únicamente con atención psicológica y fonoaudiológica, por consultorios externos. El equipo de psicología esta integrado por tres psicólogas y una fonoaudióloga. Atienden principalmente niños y adolescentes. Dado que no cuentan con psiquiatra o con posibilidad de internación, la principal fuente de derivación de los casos que pueden tomar es la escuela.

El equipo de Psicología del centro esta compuesto por tres psicólogas, la Lic. Polvera, la Lic. Peralta y la Lic. Didari. El 90% de la población que el equipo atiende son niños y adolescentes.

Las tres profesionales que atienden en el centro tienen nombramiento provincial o municipal, pero sólo dos de ellas están rentadas.

Entrevista con la Lic. Silvia Polvera y la Lic. Paola Peralta.

Luego de relatarle a las profesionales presentes el tema de la investigación, la entrevista tuvo la modalidad de una charla, en la que se cubrieron los temas contemplados en el cuestionario de base.

Durante buena parte de la entrevista nos acompañó la Dra. Mónica Cano, actual directora del Centro de Salud.

- ¿Cuál es la principal fuente de derivación por la que llegan los pacientes de psicología al centro?

P. P: La principal es la escuela.

S. P: Antes había casos de juzgados que nos llegaban, pero dada la complejidad de esos casos y el hecho de que el centro es un centro de primer nivel de atención, por su organización no podemos atender las demandas más graves que combinan cuestiones más sociales y familiares, muchas veces esos casos llegaban de asesoría letrada, por la municipalidad, sin mucho filtro...

P. P: Por ejemplo, recuerdo un caso de una chiquita, con una situación de abuso, pero aún conviviendo con su abusador... casos como ese necesitan de todo un trabajo previo, más social y legal, antes de poder instaurar un tratamiento para la niña, y el centro no cuenta con los profesionales para encargarse de esos temas...

S. P: Hemos tenido charlas, incluso con el Servicio de Protección, les pedimos que se acerquen, para poder pensar las condiciones de un tratamiento. El Servicio de Protección es una forma que el juzgado tiene para evitar judicializar los casos, toman esas situaciones más vinculadas con adicciones, abuso, maltrato, atención al suicida... casos que nosotros tratamos de no tomar, porque, por ejemplo, no contamos con psiquiatra. Somos solamente tres psicólogas. Hace años hubo un psiquiatra, pero era pagado por la cooperadora, estuvo hasta hace dos años. Nosotras tratamos de situar con el Servicio de Protección las razones por las cuales no podemos tomar esos casos, porque no contamos con la red necesaria para atenderlos en forma adecuada. Es como tomar la nueva ley, pero en concreto, con nuestras posibilidades.

- Si necesitan atención psiquiátrica para alguno de los pacientes del centro, ¿a qué lugar derivan?

P. P: Derivamos a psiquiatría del centro de salud mental (Dr. Tisminetzky) o, si allí no cuentan con turnos, al Hospital Posadas.

- Y respecto de la demanda que sí se atiende en el centro, ¿Qué tipo de pedidos llegan? ¿Han notado variaciones de la demanda en los últimos cinco años?

P. P: El 90% de nuestras consultas son de niños y adolescentes, lo que llega es principalmente derivado por las escuelas, son problemas de conducta, problemas de límites, en general en relación al lugar del padres, chicos con mutismo selectivo, que

consultan recién a los 7 u 8 años, forzados por la escuela. Chicos que literalmente, no hablan...

S. P: Eso no pasaba antes, ves? Son cada vez más los casos con síntomas a nivel del lenguaje. Lenguaje incomprensible o inexistente, tartamudeo, mutismo selectivo. Chicos que vienen a la consulta y se quedan ahí, parados, y no hablan... Casos en los que, como el chico “no molesta”, no molesta en la escuela, no molesta en la casa, llegan grandes a la consulta, 7 u 8 años, ahí uno ve las cosas más graves y más precarias en la constitución de esos padres y de esas familias... Como si estos chicos estuvieran sometidos a otro demasiado feroz, o feroz de verdad... no sé incluso, si se trata de neurosis.

P. P: Son pocos los padres que pescan la gravedad de los síntomas, por eso son muchos los que abandonan en las vacaciones, como es la escuela la que exige que vengan...de entrada no hay en estos padres ninguna pregunta respecto de que les pasa a sus hijos.

- ¿De qué zonas llegan los chicos que reciben?

S. P: Casanova, San Justo, Laferrere, Ciudad Evita, Castillo...

- ¿Y a qué clase social pertenecen mayoritariamente?

S. P: Hay de todo, clase media, clase media baja, recibimos mucha demanda de colegios privados del partido... hay bastante consulta de hijos de familias inmigrantes de Bolivia y de Paraguay, con un contexto cultural muy diferente, son familias mucho más cerradas... Te menciono un caso, que ahora se me presenta como buen ejemplo: Una nena que llega derivada por la escuela, porque en la institución se presenta como muy inhibida, no se puede integrar, se queda parada sin hacer nada, hasta que alguien, los compañeros o la maestra, le diga lo que tiene que hacer... La historia de esta nena esta muy marcada por el modo de inmigrar de su madre, que se vino de Bolivia hace varios años, dejando a toda su familia, a la que nunca se animó a volver a visitar, y la familia, sus padres, nunca se animaron a venir a Buenos Aires, creado una situación de parálisis, que se reflejaba en la nena...

- ¿Ustedes confeccionan algún tipo de estadística interna, que contemple diagnóstico?

S. P: No.

P. P: Hacemos, sí, las estadísticas de consulta que nos requiere provincia, pero esas no contemplan diagnóstico.

S. P: Yo si es necesario, trato de consignar el síntoma por el que se consulta.

- ¿Y les llegan chicos con el diagnóstico ya hecho a la derivación? Han notado un incremento de diagnósticos como A.D.D o T.G.D?

P. P: Si, llegan chicos con diagnóstico de A.D.D. hechos por el gabinete, tenga este una psicóloga o no, incluso las maestras hacen diagnóstico de A.D.D, sobre todo asociado a situaciones de hiperkinesia o dificultades de atención en algunos niños. Los pediatras también mandan chicos derivados con esos diagnósticos, y asociados a esas mismas situaciones que te comentaba.

S. P: Hay mamás que vienen y te dicen: “No lo va a medicar?, porque el hermano mayor tiene lo mismo y ya esta medicado”. Nosotras hemos tratado de trabajar con las escuelas, para que la derivación sea más cuidadosa, y que las escuelas traten de trabajar con el niño algunas cosas antes de enviarlo a tratamiento. De hecho, hemos realizado jornadas hace unos años, con muy buena respuesta, hay muchísima gente, de diferentes instituciones, muy interesada en el tema de los niños. Respecto de los T. G. D., el centro cuenta con una excelente fonoaudióloga y una excelente terapeuta ocupacional, por lo que tenemos varios casos instalados, que han pasado por todos los equipos, que primero traen al primer hijo, y luego al hermanito, aunque el segundo, como la familia ya esta tratada, llega antes y se pueden hacer más cosas.

Yo creo que en estos casos se combina, una madre que nunca ha mirado a ese niño, con un padre que ha sido barrado por el discurso materno... Hay muchos casos en que, ante un embarazo, ella lo quiere tener, aunque sabe que el padre no lo quiere, pero ella lo tiene igual. Después, claro él es una porquería, porque no lo quiere mantener, y

ella le pone su apellido, porque él no se lo quiso dar, y luego si ella arma pareja con otro hombre, le cambian el apellido... así todo comienza mal. El rol de la madre esta confundido por el odio materno, la función materna y la función paterna tienen que estar igual, aunque la pareja no haya funcionado. Nosotras citamos mucho al padre, a veces no quieren venir. Pero, cuando preguntas a la mamá por el padre del niño, es muy frecuente encontrarte con respuestas como “no tiene”, “no existe”, “no lo llame porque va a venir” no te quieren dar ni el nombre, por lo que es esperable que esos padres no vengan. Tenemos pacientes que ya son famosos en el centro, y que resumen las cosas más graves de este tipo que te puedas encontrar.

P. P: Hay casos que por su gravedad no podemos tomar, pero también hay casos graves que se instalan, que encuentran en el centro un simbólico que los aloja y vienen y vienen.

- Ustedes me contaban que el equipo esta integrado por tres psicólogas, tienen una coordinadora?

S. P: No, trabajamos las tres en equipo, reuniéndonos y compartiendo los casos.

P. P: Somos tres, Silvia con nombramiento de provincia, yo con nombramiento municipal, la otra psicóloga también con nombramiento municipal, pero ad honores. Ella viene por la tarde, y trabaja con la trabajadora social del centro, en un equipo de consultoría de H.I.V, dos días por semana, y los otros días atiende por consultorios externos.

Dra. Cano: Es muy difícil con los nombramientos. Incluso los becarios por Nación que, más allá de lo bien que hayan trabajado, muy pocas veces pueden quedarse nombrados, porque los nombramientos no salen, aunque la demanda es muy grande.

S. P: Desde lo cultural eso también genera un marco, un particular lugar para la atención en salud mental...

- Cuánto tiempo hace que las profesionales que trabajan en el centro integran este equipo?



P. P: La profesional que esta a la tarde, la Lic. Evangelina Didari y yo, desde el 2006, Silvia desde el 2001.

S. P: Acá estoy desde el 2001, pero en provincia desde 1988. Comencé con el trabajo en la comunidad de la villa Perito Moreno. En ese momento se armaron equipos interdisciplinarios para acompañar un programa de autoconstrucción de viviendas. Cada equipo estaba a cargo de 200 familias y contaba con médico, psicólogo, fonoaudiólogo y trabajador social, en un trabajo muy interesante, con el que inclusive yo viaje a Chile. Escribí un libro que relata la experiencia de construcción del Barrio San José Obrero, desde el armado de la cooperativa, el almacén comunitario, el jardín, la escuela, la sala... Iglesia ya había, porque era un proyecto de Caritas del Pueblo. De allí salió también Darío Aranda, con su proyecto de "El Quiosco Juvenil". Cuando me fui de ese proyecto pasé al Hospital Carrillo, y allí me metí con el tema de niños, desde un marco psicoanalítico. En su momento, en el Carrillo había muchos psicólogos, por eso la Municipalidad me traslada a este centro de Salud. Ahora no sé si la profesional que estaba se jubiló.

P. P: Silvia es la que de las tres tiene más experiencia.

- Y cómo funciona aquí la circulación de los pacientes, desde que llegan al equipo?

P. P: Las tres hacemos admisiones, los días miércoles, y vamos dando turnos, o ponemos en lista de espera. Nosotras vamos llamando a los pacientes ni bien existe un lugar. La admisión también nos permite escuchar, dar un lugar, y pensar una derivación apropiada para los casos que no podemos tomar, por ejemplo hace poco, un caso de un intento de suicidio de un adolescente, por esto que te decíamos, el centro no cuenta con psiquiatra y con un caso de riesgo y medicado, se hace muy difícil...

- A quién derivan casos así?

S. P: Al Tobar, al Alvear... a veces al Posadas, pero es muy lejos para muchos de los pacientes de la zona.

- Llegan esas derivaciones?

S. P: En general, no sabemos...

P. P: Antes usábamos planillas de contrarreferencia, si derivábamos un paciente, por ejemplo, lo mandábamos con una planilla que debía firmar el médico de la otra institución. Pero las planillas nunca llegaban de vuelta, así que dejamos de hacerlo... Ahora nosotros recibimos algunos casos que mandan del Garrahan, que cuando concluyan su tratamiento allí, son derivados para continuar por consultorios externos, más cerca de su domicilio.

- Hay algo más que les parece relevante sobre las consultas que reciben y quieran comentarme, sobre todo en relación a este incremento de las consultas por dificultades con el lenguaje, del que me han hablado?

S. P: Es difícil fijar una causa, yo creo que tienen que ver con cambios culturales que, aunque no lo pueda afirmar con seguridad, para mí están muy relacionados con este barrido del lugar del padre, como carencia muy primaria... Es algo que todavía hay que investigar.

- Muchas gracias por la atención y el tiempo que se han tomado para la entrevista.

## **ANÁLISIS DE LAS VARIABLES RELEVADAS**

### **1. Patologías mentales de mayor incidencia en niños**

De acuerdo a lo relevado en las entrevistas realizadas tienen mayor incidencia en niños en la zona cuadros relacionados con violencia, física y psicológica, abuso sexual infantil y algunos trastornos relacionados con negligencia por parte de las figuras parentales.

El suicidio infanto juvenil es un problema endémico en la zona. Muchos profesionales reconocen que la mayor visibilidad de este problema lo acerca en los últimos años a la consulta, aunque dicha situación no implica que sea mayor en número que en años anteriores, sino que la mayor conciencia sobre esta patología implica que se consulte más por ella.

Los profesionales reportan la atención de numerosos casos de problemas de conducta, en general lo que podría caracterizarse como conducta violenta (agresión hacia otros niños o adultos), generalmente reportados en las instituciones educativas o que llegan derivados de los centros locales o zonales.

Otro motivo de consulta son los problemas de aprendizaje.

También patología en el cuerpo que los profesionales encuentran relacionados con situaciones familiares difíciles y llegan a psicología por ello. Entre ellas fueron nombradas asma, problemas dermatológicos, o respiratorios.

No se reportan como habituales TGD, ADD o AHD.

Hay casos de adicciones, pero no son de gran incidencia en la población infantil que consulta en psicología, sí en la población adolescente es de alta incidencia.

En los hospitales de agudos, especialmente en el Hospital de Niños de San Justo muchos de los niños que reciben tratamiento psicológico presentan trastornos o síntomas relacionados con la enfermedad orgánica, aguda o crónica. Así en el mencionado hospital hay una psicóloga dedicada a patologías renales.

En varios centros de los relevados reportan como importante el número de consultas por trastornos en el desarrollo del lenguaje y mutismos selectivos. Éstos, según los profesionales consultados, resultan síntomas nuevos en su prevalencia.

Así mismo, en varios de los centros relevados, la encopresis y la enuresis, síntomas relativamente típicos de la infancia, aparecen en los últimos años, asociados a situaciones de abuso infantil.

La prevalencia de los síntomas asociados a la migración y la ruptura de lazos familiares, como consecuencia del traslado de los padres desde el interior del país o desde países limítrofes, es importante en todos los centros relevados y se expresa como diversas fallas en la adaptación y la integración de los niños al sistema escolar y a la comunidad

## **2. Modificaciones de la incidencia de patologías en los últimos 5 años**

Debemos considerar en este ítem, como los cambios a nivel del marco legal han impactado en la consulta, haciendo visibles situaciones que con anterioridad no llegaban al sistema de salud.

Como ya hemos dicho en el marco teórico, a partir de la Convención Internacional sobre los Derechos del Niño, ratificada en nuestro país en 1990 y elevada a rango constitucional en 1994, quedaron enmarcadas diferentes leyes que cambiaron la condición jurídica de la infancia.

En nuestro país, la ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños Niñas y Adolescentes, reemplaza la ley de Patronato, generando nuevas obligaciones para el estado, y reenviando al sistema de salud casos que resultaban judicializables con la ley anterior.

En los últimos 5 años, todos los profesionales entrevistados reportan un aumento en las consultas por abuso sexual infantil, y por intentos de suicidio en la infancia o situaciones autolesivas en menores. Sin embargo, estos mismos profesionales reconocen que el citado aumento de consultas no necesariamente debe ser entendido como un incremento en los casos, sino como un cambio en la conciencia de la población y de los profesionales, respecto de estos problemas, que genera que en la actualidad se consulte por los mismos.

Hay más consultas por riesgo de suicidio.

Hay más casos de negligencia familiar.

En general se presentan más familias desintegradas o ausentes.

Síntomas típicos de la infancia, como la enuresis y encopresis, se presentan ahora asociados a situaciones de abuso infantil, en lugar de estar asociados al atravesamiento de conflictos típicos de la niñez.

Es más frecuente la aparición de trastornos primarios a nivel del lenguaje en niños de más de 7 años de edad. Todos los profesionales entrevistados reportan esta situación como novedosa.

### **3. Circuitos de derivación**

Dependiendo del efector, los Centros de Referencia, los Juzgados o La escuela son los lugares más reportados como la principal fuente de derivación a la consulta psicológica en niños o adolescentes.

Esto se debe a que los Centros de Referencias y los Juzgados derivan al Centro de Salud Dr. Tisminetzky, un promedio de 15 a 20 casos semanales, por lo que dicho efector debe contar con turnos disponibles para atender esa demanda como urgente, y concentra entonces aquellos casos que con la anterior legislación no solían llegar al sistema de salud.

Otros centros que no atienden ese tipo de necesidades, reportan como principal fuente de derivación a la escuela, o, en caso de Hospitales como el Paroisien, a la interconsulta (de diversos equipos del mismo hospital, incluida la guardia).

Por demanda espontánea llegan el resto de los pacientes que se atienden en la zona. La demanda espontánea se concentra especialmente en los Centros de Salud.

Finalmente hay una derivación interinstitucional en muchos casos, en función de la excesiva demanda en algunos lugares y teniendo en cuenta lugar de residencia.

Los pacientes realizan en general todo su tratamiento en el mismo centro de salud al que acudieron. En los casos en que deben recibir atención psiquiátrica y concurren a un centro que no posee psiquiatría, se completa el tratamiento en el centro de salud más cercano o concurren al Centro de Salud Mental que brinda atención psiquiátrica a niños que reciben tratamiento psicológico en otros centros y hospitales del partido.

Con la consulta psicopedagógica ocurre algo similar, ya que existen pocos lugares que brinden psicopedagogía, con lo cual el paciente debe asistir a dos centros de salud u hospitales diferentes.

No existe ningún circuito preestablecido armado para la prevención primaria o para la derivación sistemática, sobre todo porque no se han sostenido ninguno de los planes de trabajo con la comunidad, existentes en años anteriores.

#### **4. Nomencladores utilizados en el diagnóstico**

Se utiliza para el diagnóstico las categorías establecidas por el DSM IV, como nomenclador general, si bien todos los profesionales entrevistados transmiten que la utilización del mismo tiene, en la realidad de la salud mental de La Matanza, algunas particularidades:

- a) Las planillas que concentran la estadística de pacientes correspondiente a los hospitales y centros de salud municipales no tienen contemplada la consignación de diagnósticos en su confección. El diagnóstico es un dato que se omite.
- b) En los registros internos, que en ocasiones se confeccionan y en otras no, por falta de tiempo según lo expresado por los profesionales, sí se consigna diagnóstico, según el DSM IV o CIE 10 en algunos de los centros.
- c) En las entrevistas aparece con claridad, según los casos, diferentes utilidades de la nomenclatura, en relación a las apreciaciones sobre características de la población a la que se atiende. Todos los profesionales entrevistados reconocen objeciones éticas respecto de etiquetar a un menor en un diagnóstico que

condicione tempranamente sus posibilidades, además de situar cuanto del contexto parental y social condiciona el estado del niño y cuan complejo resulta el abordaje de los síntomas en el menor, dado que el sistema de salud no puede abordar o modificar las variables socioeconómicas que afectan al niño.

- d) En los casos en que el diagnóstico no es consignado, esto se debe, según el discurso de los profesionales entrevistados, a la gran cantidad de tareas que deben realizar, en un contexto en el que la demanda de atención los excede y a la percepción que dichos profesionales tienen del nomenclador en sí mismo, como una herramienta de poca utilidad y de impropia relevancia, para la población que atienden.
- e) Los factores sociales que acompañan, condicionan o determinan la enfermedad hacen impropias o insuficientes, las categorías del nomenclador. Al no realizarse conjuntamente al diagnóstico psicológico un diagnóstico social que permita, en la combinación de ambos dar cuenta de la compleja realidad psicosocial de los problemas de salud mental en la zona, el profesional de la psicología tiende a englobar todos estos aspectos en su elección de nomenclatura.

## **5. Relación de las patologías con la edad y el género**

En la mayor parte de los lugares relevados los profesionales no encuentran diferencias sustanciales que puedan hablar de ciertas patologías francamente asociadas al hecho de pertenecer a determinado género. En el hospital Parroisien la psicóloga de niños entrevistada fue la única de los profesionales en plantear francas diferencias en el motivo de consulta de niñas y varones. Las especificidades en los mencionados motivos de consulta responden claramente a las pautas y el ideal de género para cada sexo: los varones consultan por problemas de conducta y las mujeres por lo que podríamos calificar como “derivación somática del afecto”.

En cuanto a la edad parece expresarse, en la mayoría de los lugares, una predominancia de las consultas en la franja etaria comprendida entre los 9 y 14 años. Esta predominancia responde probablemente a síntomas o trastornos pasados por alto en

la primera infancia y que en dicha edad se vuelven un obstáculo en la relación con el aprendizaje y en el vínculo con los otros.

## **6. Características del Trabajo que se realiza en Salud Mental**

Aún cuando muchas de las respuestas a las preguntas relacionadas con este ítem fueron contestadas reafirmando que existe el trabajo en equipo, en especial, si hablamos del psicólogo y el trabajador social, consideramos que lo descrito en muchas situaciones habla de la atención del mismo paciente por parte de dos profesionales diferentes, el psicólogo y el trabajador social, considerando y en ocasiones interviniendo en dos ámbitos distintos de la realidad del paciente, el psicólogo en la intervención psicológica y el trabajador social en la intervención social y familiar.

Excepto lo descrito en la relación entre los profesionales en algunos casos trabajados en el Centro de Salud Mental y la descripción del trabajo que se realiza en guardia en el Hospital de Niños de San Justo, de las entrevistas se desprende la falta de trabajo interdisciplinario. En consecuencia ocurren todos los errores y perjuicios habituales en la atención de poblaciones vulnerables o en crisis. La atención es menos eficaz de lo que podría ser y los profesionales sufren la sobrecarga de la problemática social y psicológica del paciente, además de experimentar frustración por la reducida posibilidad de transformación en la intervención.

## **CONCLUSIONES**

La realidad de la salud mental en la infancia tiene serios problemas asociados al subregistro o la falta de registro de las dificultades que afectan a los niños en este aspecto.

Los motivos de consulta quedan muchas veces englobados en generalizaciones que impiden el acercamiento a la particularidad y favorecen el ocultamiento del sujeto que sufre.



Los problemas de la infancia son abordados y se hacen visibles, mayoritariamente, recién en el momento del ingreso al sistema escolar. A nivel familiar, muchas veces han sido minimizadas, considerándolas parte del proceso evolutivo normal, y en consecuencia, en muchos casos se ha perdido tiempo que podría haberse utilizado en evitar cronificar alguna patología.

La consulta se ve dificultada muchas veces debido a la multiplicidad de variables intervinientes que hacen que no se pueda resolver el problema en todas sus dimensiones, especialmente en los grupos de población más vulnerable.

Abordar las psicopatologías de la infancia utilizadas en la actualidad en nuestro medio, nos permite analizar su posibilidad de acercamiento a nuevas formas de pensar el ser del niño y sus sufrimientos, su estar en lo familiar y lo escolar, intentando una aproximación a la lectura de los síntomas que expresa el niño que nos permita abrir preguntas acerca de las determinaciones de los mismos.

Acercarse a los problemas psicológicos presentes en la infancia en la zona de La Matanza implica considerar la multiplicidad de factores que se interrelacionan en el establecimiento de diagnósticos y en la asistencia psicológica y psiquiátrica para la infancia: las leyes nacionales y provinciales que determinan el ejercicio de la asistencia en salud mental a niños, la realidad institucional que varía según las diferentes instituciones (hospitales, centros de salud), la realidad socioeconómica de las familias que acuden a la consulta, las metodologías de diagnóstico y tratamiento.

La primera cuestión a tener en cuenta es el tratamiento de la información que tienen los organismos municipales en cuanto a la salud mental en la población infantil, ya que tener la adecuada información es el primer paso para la organización de la asistencia y la planificación de la prevención en salud.

En relación a la información que se maneja en Salud, a nivel municipal y provincial, en La Matanza podemos decir que:

- La información se ha ido indiscriminando. Históricamente se confeccionaban planillas de atención por centro que tenían consignadas las patologías y mayores datos. Actualmente las planillas llevan sexo y rango etario, de 5 a 9 años y de 10 a 14 años de edad, como únicos datos relevados. Estas planillas son útiles para asignar recursos económicos que permitan cubrir lo asistencial, pero no son suficientes para plantearse otros objetivos, como la prevención a partir de políticas de salud específicas dirigidas a la población infantil.
- Parece haber una resistencia por parte de los profesionales a utilizar los criterios establecidos para el diagnóstico de patologías mentales en niños. Esta resistencia tiene que ver con el deseo de “no etiquetar” al sujeto infantil. Esto está sustentado en las modificaciones que la situación evolutiva puede aportar como consecuencia del crecimiento y las transformaciones en el entorno familiar y social del niño, pero a la vez hace más difícil el planificar para la prevención y el tratamiento adecuado.
- Al haber poca y parcial información sobre los cuadros psicopatológicos es muy difícil establecer estadísticas que permitan organizar políticas públicas en función de estas realidades, tanto en lo asistencial como en lo preventivo. Para planificar en salud es necesario tener información sobre la demanda, la evolución de las patologías, y la eficacia terapéutica de determinadas intervenciones.

La realidad socioeconómica de la población infantil de La Matanza es un factor condicionante del tipo de patologías que tienen mayor incidencia y a su vez de la posibilidad de tratamientos que solucionen la enfermedad.

Podríamos hablar de distintas realidades, en parte diferentes, en función del tipo de demanda que están capacitados para atender los diferentes efectores según su nivel de complejidad.

Aquellos centros en los que predomina la demanda espontánea o la derivación de las escuelas de la zona, las patologías por las que se consulta presentan una menor peso

psicosocial. En los centros en los cuales la demanda proviene de juzgados, o de guardia, es notorio el peso social del cuadro del niño o el adolescente.

En algunos casos el escaso sostén familiar con que cuentan los menores hace muy difícil la continuación de los tratamientos y por lo tanto hay muchas deserciones. En estas situaciones se hace más visible la necesidad del trabajo interdisciplinario para lograr intervenciones adecuadas, eficaces.

Las patologías de mayor incidencia en general son la conducta violenta de los menores, el suicidio, la adicción. Dice S. Bleichmar que la conducta violenta está relacionada con condiciones históricas de violencia institucional y política. Creemos que en estos casos estamos hablando de conductas violentas que tienen múltiples causas y que podrían interpretarse como resultado de ésta condición nacional y epocal de la producción de violencia, pero también debemos dar cuenta de condiciones sociales de vulnerabilidad que generan violencia. Hay varios profesionales que hablan de niños que “dicen tener hambre” y todos los profesionales hacen alusión a “familias desmembradas”, “que no pueden contener”, “desbordadas”, “no familia”, para referirse a la realidad de los niños que llegan a la consulta psicológica. Por esto es que muchos profesionales apelan frente a cuadros de violencia, adicciones, autolesiones, o fallas graves en la simbolización, a diagnósticos como “Problemas Biográficos” o “Negligencia Contextual”, cuadros que reafirman el peso de la causalidad de los síntomas en lo social y no en lo subjetivo estructural del niño. Sin embargo, cabría preguntarse por el estatuto de estas patologías de mayor incidencia, en el sentido de “expresión de qué sufrimiento” es cada uno de estos problemas psíquicos en la población infantil que estamos estudiando. ¿Qué podemos pensar en relación a la constitución subjetiva de estos niños? Las teorías sobre la constitución del psiquismo infantil señalan que la violencia se relaciona con la presencia de mociones pulsionales que no han encontrado adecuada represión psíquica, y no han podido encontrar desplazamiento en modos de elaboración más evolucionados, que deben ser facilitados por el sostén parental del niño.

Considerando que muchas de estas consultas por conducta violenta de los niños no recibirán tratamiento adecuado por la cantidad de deserciones que se dan en esos casos, es inevitable pensar qué harán estos niños al llegar a la adolescencia.

Evidentemente hay una continuidad entre esta realidad y los problemas de mayor incidencia en la adolescencia en la zona: la adicción, el suicidio, la delincuencia.

En otras de las consultas relevadas nos encontramos con una realidad social menos desalentadora, muchos de los tratamientos psicológicos pueden continuarse hasta lograr la mejoría del paciente, sino la cura. Las familias o el ámbito social comunitario más cercano del niño sostienen los tratamientos. En muchos casos se pueden realizar intervenciones exitosas con los padres o adultos en lugar paterno. Encontramos que las patologías de mayor incidencia que se trabajan en esos tratamientos son: fallas en el lenguaje, problemas de aprendizaje, ADD, algunas consultas por patologías psicosomáticas y problemas de conducta.

Aparece como dato relevante y novedoso en las entrevistas realizadas la incidencia de patologías del lenguaje en niños que ya han pasado la primera infancia (7 años de edad), fallas a nivel de la construcción de la simbolización o mutismo selectivo. Estos síntomas hablan de fallas profundas a nivel de la constitución del psiquismo y, resultan de mal pronóstico para el desarrollo general de ese sujeto. Junto con estos síntomas, muchos de los profesionales entrevistados refieren la aparición de casos de enuresis y encopresis, asociados a situaciones de abuso. Estas manifestaciones podrían señalarse como síntomas o manifestaciones de aparición reciente (en los últimos 5 años) y podrían pensarse como expresión de modificaciones en la constitución subjetiva y en las relaciones entre adultos y niños.

Es necesario señalar la particularidad que imprime a la salud mental en esta zona la formación impartida por el Centro de Salud Mental de La Matanza, con el enfoque familiar y vincular. Al parecer este enfoque permite a los profesionales intervenciones adecuadas en el trabajo con poblaciones de alta vulnerabilidad.

Respecto de la atención, y como consecuencia de la realidad de algunos hospitales y centros, que presentan una demanda inabordable, se podría pensar que es más lo que se hace que lo que figura en las estadísticas, que muchas veces no se confeccionan.

Podría pensarse que “no hay tiempo ni espacio” físico y sobre todo psíquico para hacer estadísticas, llenar planillas de atención, en muchos casos para establecer diagnósticos. El modo en que se trabaja tiene mucho que ver con “resolver la urgencia”. Esto no permite realizar planificación de la tarea o establecer reflexiones sobre el trabajo.

En otros centros del partido la atención de la urgencia pasa solamente por la prioridad que es necesario dar a algunas situaciones. Los profesionales tienen posibilidad de mayor organización y planificación de su intervención.

Se observa una clara disociación entre la legislación que da una respuesta teórica a las problemáticas sociales en relación a la necesidad de respeto a los derechos del menor y la familia, y lo que efectivamente se hace en salud mental, porque no se han generado los recursos necesarios para poder hacer realidad la legislación. Por supuesto una de las funciones de la ley es la prescripción, pero de la prescripción teórica a la posibilidad de realización efectiva hay mediaciones que al parecer aún no están realizadas.

No hay profesionales suficientes por varias causas, la primera es que no están creados todos los cargos necesarios para el buen funcionamiento de la atención en salud mental, en relación a la demanda. La segunda causa es que muchos de los cargos creados, por ejemplo los cargos de psiquiatría, quedan vacantes porque la remuneración ofrecida es insuficiente en relación a cargos similares en otros niveles regionales. Como consecuencia permanecen siendo insuficientes los profesionales existentes. Además, muchos de los nombramientos y las rentas de los profesionales del área de salud mental, resultan de contratos precarizados (becas de diferentes instancias) que no garantizan al profesional la continuidad a largo plazo en su cargo. Esta situación obstaculiza que los diferentes profesionales del área de salud mental puedan emprender proyectos a largo plazo en sus lugares de trabajo.

No hay sostenes institucionales, ni dentro de cada institución, ni en instituciones complementarias que enriquezcan o posibiliten el trabajo profesional.

No hay redes sociales, ni posibilidad de armarlas en lo inmediato, por el deterioro de las relaciones interpersonales. Las relaciones entre los profesionales también se han deteriorado, de modo que psicólogos y psiquiatras padecen en sus prácticas las consecuencias del individualismo y la ausencia de planificación para el trabajo interdisciplinario.

Históricamente han existido algunas iniciativas que podría pensarse enmarcadas en una política para la salud mental. Una de ellas es el planteo epistemológico, de tipo comunitario, que se hace a partir de la historia del Centro de Salud Mental Timinesky, que no llega a ser interdisciplinar en su realización efectiva, pero es solidario y vincular.

En la actualidad no se evidencia una política para el sector que permita la planificación, asignación de recursos, organización de las derivaciones, de acuerdo a la realidad de la población infantil que necesita asistencia en La Matanza y en función de los centros de atención con los que cuenta el Partido.

## BILIOGRAFÍA

- Amstrong, T: “Síndrome de déficit de atención con o sin hiperactividad”. Buenos Aires, Paidós, 2000.
- Aries, Philippe: “El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen”, Madrid: Ed. Taurus, 1987.
- Barkely, R: “Attention déficit hyperactivity”. New Cork, Guilford Press, 1990.
- Benassi, A.: “La infancia cautiva” Buenos Aires: Catálogos Editora. 1981.
- Bleichmar, S.: “La subjetividad en riesgo”. Buenos Aires: Topia Editorial, 2005.
- Bleichmar, S.: “Violencia social – Violencia escolar”, Buenos Aires: Ed. Noveduc, 2008. Boletín Oficial 26-10-2005. Nro.30.767
- Bustelo, Eduardo S: “El recreo de la infancia”. Siglo veintiuno editores. Buenos Aires, 2007.
- Castoriadis, C."La institución imaginaria de las sociedad". Vol. I y II. Edit. Tusquets.Bs. As. 1995.
- Cena, María Teresa: Prólogo, “Niños desatentos e hiperactivos”, Janin, B., Bs. As.: Ediciones Noveduc, 2007.
- Doltó, Francoise: “La causa de los niños”, Bs. Aires: Alianza Ed., 1992.
- Doltó, F.: “Seminario de psicoanálisis de niños”, México: Siglo XXI Editores, 2004.
- Dra. Alzate, Marcela: “Epidemiología Psiquiátrica”. Revista Colombiana de psiquiatría. Volumen 32, Número 1. Enero/Marzo 2003. Issn 0034-7450. rev.colomb.psiqiatr.
- Dra. Laura Viola, Dra. Gabriela Garrido, Dra. Alicia Varela: “Características epidemiológicas de la salud mental de los niños montevideanos”. Revista de Psiquiatría del Uruguay. Uruguay, Volumen 72, Número 1, Agosto 2008.
- EPH Continua Indec en “Datos generales sobre infancia y adolescencia actualizados a abril 2009” UNICEF. [www.unicef.org.ar](http://www.unicef.org.ar)
- Galtung, J.: “Teoría y Técnicas de la Investigación Social”, Buenos Aires: Eudeba, 1978. Goñdember, I y otros: “El psicoanálisis con niños hoy”. Buenos Aires, Imago Mundi, 2002.
- Gurman, I.: “Incidencia de las crisis sociales en niños y adolescentes”. IX Congreso Metropolitano de Psicología. Buenos Aires: Fau Editores, 1997.
- Hartman, A: “Aún los niños. Psicoanálisis y subjetividad del niño en nuestra época”. Buenos Aires, Letra Viva, 2003.

Herrera, Marisa. Doctora en Derecho (UBA): "La exigencia de una mirada integral. Impacto de la deuda social en la niñez y la adolescencia" en Revista Encrucijadas N 48. pág. 56. Editorial Eudeba. Buenos Aires, Noviembre 2009.

Indec." Sistema Integrado de Indicadores Sociales y Económicos sobre la Niñez y Adolescencia en la Argentina". [www.indec.gov.ar](http://www.indec.gov.ar)

Janin, Beatriz.: "Psicoanálisis con niños", Revista Guía de Psicólogos de la Asociación de Psicólogos de Buenos Aires, 4 de noviembre de 1996, Bs. As., Medio Publicidad, 1996.

Janin, B.: "Las marcas de la violencia. Los efectos del maltrato en la estructuración subjetiva". Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y el Adolescente, N. 33/34. Bilbao, 2002.

Janin, B.: "Niños desatentos e hiperactivos" Buenos Aires: Editorial Noveduc, 2007.

Janin, B.: "Vicisitudes del proceso de aprender". "Cuestiones de Infancia" N. 6, Buenos Aires, UCES, 2002.

Jerusalinsky, A.: "La infancia sin fin", en Diarios Clínicos, revista nro. 3, 1990.

Laznik - Penot, M: "Hacia el habla". Buenos Aires, Nueva Visión, 1997.

Levin, Esteban: "¿Hacia una infancia virtual?", Buenos Aires: Ed. Nueva Visión, 2007.

Ley 114. 7-9-2000. Boletín Oficial Nro 1022.

Ley 448. 7-9-2000. Boletín Oficial Nro 1022

Lezerre, A (Director): "Temas cruciales I. Las psicosis en la infancia". Buenos Aires, Atuel, 1998.

Lloyd De Mause: "Historia de la infancia", Madrid, Alianza Editorial, 1991.

MANUAL DE DIAGNÓSTICO Y ESTADÍSTICA DE LOS TRASTORNOS MENTALES D S M IV. American Psychiatric Association. Editorial Masson, Barcelona, 1995,

Menard, D y otros. "Las identificaciones" Edit. Nueva Visión, Bs. As. 1981.

Mendicoa, G. y Veneranda, L.: "Exclusión y marginación social". Buenos Aires: Editorial Espacio, 1999.

Misés, R.: "Las patologías límites de la infancia", Barcelona: Editorial Alas, 1997.

Oslak, Oscar y O'Donnell, Guillermo: "Estado y Políticas estatales en América Latina: hacia una estrategia de investigación". Buenos Aires. CEDES, 1981, en Maitena María Fidalgo. "Adiós al derecho a la salud". Buenos Aires. Editorial Espacio, 2008.

Pontalis, J. B, Gantheret, F.: "Entrevista con Philippe Aries", Revista Diarios Clínicos, N° 7, "El niño y la historia", Buenos Aires: Lugar Editorial, 1994.



Quintero Quintero, Marina: "Siglo XX: ¿Reivindicación de la infancia?", Revista Educación y Pedagogía, Vol. XI, N° 23-24, Universidad de Antioquia, Medellín, 1999.

Revista Trabajos Distinguidos en Salud Mental, Volumen 11, Número 3, Junio 2008. Sociedad Iberoamericana de Información Científica

Rosalto, G.: "La filiación: sus implicancias psicoanalíticas y sus rupturas". "Psicoanálisis con niños y adolescentes" N. 3. Buenos Aires, 1992.

Samaja, Juan: "Epistemología y Metodología", Buenos Aires: Eudeba, 1993.

TRF (Teachers Report Form), ACTeRS (ADD-H Comprehensive Teacher Rating Scale) y SNAP IV (Schedule for Nonadaptive and Adaptive Personality), Manual DSM-IV TR (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders).

Urribarri, R.: "Estructuración psíquica, padre y paternidad". "Psicoanálisis con niños y adolescentes". N. 10, Buenos Aires, 1997.

Volnovich, J.: "Claves de infancia". Rosario: Homo Sapiens Ediciones, 2000.

Volnovich, J.: "Los cómplices del silencio". Buenos Aires: Editorial Lumen Humanitas, 1999.

Wainerman, C. "Las mujeres y el trabajo en la Argentina". Coloquio Interdisciplinario de Estudios de Género en la Argentina. Bs. As. 1994.

Wald, A.: "La función del discurso sociocultural en la constitución subjetiva". "Diarios Clínicos". El niño y la historia. Buenos Aires: Lugar Editorial. N. 7. 1994.

Winnicott, D.: "La esquizofrenia en términos de fracaso de adaptación", en "Psicosis Infantil". Buenos Aires, Nueva Visión, 1980.

Winnicott, D.: "Los procesos de Maduración y el ambiente facilitador". Buenos Aires, Paidós. 1996.

Yankelevich, S.: "Violencia social. Fragmentación. Anomia y anomalía". "Diarios Clínicos". El niño y la historia. Buenos Aires: Lugar Editorial. N. 7. 1994