

2014-06-11

Criterios clínicos que utilizan los profesionales de salud mental que trabajan con niños a la hora de diagnosticar y diseñar estrategias terapéuticas. Un estudio de casos aplicados en Mar del Plata

Laguna, Carolina

<http://rpsico.mdp.edu.ar/handle/123456789/159>

Descargado de RPsico, Repositorio de Psicología. Facultad de Psicología - Universidad Nacional de Mar del Plata. Inni

FACULTAD DE PSICOLOGIA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE MAR DEL PLATA

“CRITERIOS CLINICOS QUE UTILIZAN LOS PROFESIONALES DE SALUD MENTAL QUE TRABAJAN CON NIÑOS A LA HORA DE DIAGNOSTICAR Y DISEÑAR ESTRATEGIAS TERAPEUTICAS. UN ESTUDIO DE CASOS APLICADOS EN MAR DEL PLATA”

Informe Final del Trabajo de Investigación
correspondiente al requisito curricular conforme O.C.S. 143/89

Alumnos

Laguna, Carolina. Matrícula: 6145/03. DNI: 29.909.327.
Lamas, Rosana Paola. Matrícula: 6147/03. DNI: 30.014.992.

Supervisor

Lic. Más, Fermín.

Fecha de presentación

06/11/2013

Este Informe Final corresponde al requisito curricular de Investigación y como tal es propiedad exclusiva de las alumnas Laguna, Carolina y Lamas, Rosana Paola de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de Mar del Plata y no puede ser publicado en un todo o en sus partes o resumirse sin el previo consentimiento escrito de las autoras.

El que suscribe manifiesta que el presente Informe Final ha sido elaborado por las alumnas Laguna, Carolina Matrícula 6145/03 y Lamas, Rosana Paola Matrícula 6147/03 conforme a los objetivos y el plan de trabajo oportunamente pautado, aprobando en consecuencia la totalidad de sus contenidos, a los 6 días del mes de Noviembre del año 2013.

Firma, aclaración y sello

Supervisor

Atento al cumplimiento de los requisitos prescriptos en las normas vigentes, en el día de la fecha se procede a dar aprobación al Trabajo de Investigación presentado por las alumnas Laguna, Carolina; Matrícula N° 6145/03 y Lamas, Rosana; Matrícula N° 6147/03.

Firma y Aclaración de la Comisión Asesora

Fecha de aprobación

DESCRIPCION RESUMIDA

Titulo del Proyecto:

“Criterios clínicos que utilizan los profesionales de salud mental que trabajan con niños a la hora de diagnosticar y diseñar estrategias terapéuticas. Un estudio de casos aplicados en Mar del Plata.”

Resumen:

Se presenta una investigación que pretende relevar cuáles son los criterios que utilizan los profesionales de la salud mental a la hora de diseñar estrategias terapéuticas de abordaje a problemáticas de la infancia, asumiendo a esas estrategias terapéuticas como prácticas sociales ligadas a los campos médico, escolar, jurídico y de la salud mental. Además, asumiéndolas como ligadas y/u orientadas por diversos imaginarios sobre la infancia.

Luego de repasar cuestiones actuales acerca de las prácticas de salud mental asociadas a la infancia, prestando fundamental atención tanto a la medicalización de la infancia como a la categorización psicopatológica de sus manifestaciones, se asume como hipótesis sustantiva que habrá diversidad y heterogeneidad en los criterios inspiradores de las prácticas, como hipótesis de trabajo, que en consecuencia se espera encontrar diversidad y heterogeneidad en el orden de las prácticas.

La investigación es de profundidad descriptiva de tipo taxonómico, con corte transversal y relevamiento de casos múltiples.

Palabras Clave:

Niñez – Prácticas sociales – Criterios – Estrategias terapéuticas.

DESCRIPCION DETALLADA

Titulo del Proyecto: "Criterios clínicos que utilizan los profesionales de salud mental que trabajan con niños a la hora de diagnosticar y diseñar estrategias terapéuticas. Un estudio de casos aplicados en Mar del Plata."

1. MOTIVOS Y ANTECEDENTES

El concepto de infancia mantiene diferencias de acuerdo sea abordado por la psicología, la historia, la antropología, la sociología, la pedagogía e incluso la medicina. De todas estas, la pedagogía fue la única que produjo un discurso de la infancia, precisamente en el contexto escolar, ámbito donde se promueven ciertos marcos disciplinares (Satriano, C., 2008).

A partir de los siglos XV al XVII aparece el concepto de infancia produciendo una de las transformaciones más profundas de la sociedad occidental. La infancia deja de ocupar su lugar como residuo de la vida medieval basada en el sentido de comunidad e indiferenciado del mundo de los adultos.

Phillipe Ariès es quien en 1960 y, desde el ámbito de la historia y la demografía, afirmó que la infancia es una construcción social de la modernidad. Destaca que el "sentimiento de infancia" surge a partir del siglo XV en Europa, debido a las nuevas formas del tráfico comercial y a la producción mercantil. Estos factores hacen eclosión, finalizando la Edad Media, con una lenta transformación de las actitudes, los sentimientos y las formas de relación social respecto a la infancia. Esta mutación fue acompañada por una revolución demográfica de la Europa del siglo XIX (Aries, 1987), muy directamente relacionada con las revoluciones industriales.

En esos momentos, se producen cambios en las responsabilidades atribuidas a los más pequeños, desplazando los valores orientadores de las actitudes hacia el amor, la ternura, la preocupación y la necesidad de ser educados.

El niño comienza a ser percibido como un ser inacabado y carente, con necesidades de ser resguardado y protegido, deberes que ahora tienen como responsables a la familia (Satriano, C., 2008).

Para Winnicott el medio ambiente ocupa un lugar central, tanto en el desarrollo del psiquismo como en la producción de patología. Él plantea que la pérdida de

un marco familiar que haya provisto lo necesario se vinculará con la noción de deprivación. La tendencia antisocial nace de una deprivación: la finalidad del acto antisocial es remediar el efecto de la deprivación negándola. (...) Debe hacerse hincapié en que la tendencia antisocial está fundada en una deprivación y no en una privación. Ésta última produce otro resultado: si la ración básica de ambiente facilitador es deficiente, entonces el proceso de maduración se distorsionará y el resultado no será un defecto en el carácter, sino en la personalidad (Winnicott, 1967).

Es sabido que cada época construye sus propias valoraciones acerca de lo sano y de lo enfermo, de lo normal y lo patológico, produciendo un menú limitado de categorías en las cuales somos nominados, clasificados y ajustados. El término "patológico" proviene del griego *pathos*, que fue traducido como enfermedad, pero también como sufrimiento, por lo que la patología podría referirse tanto a la enfermedad como al sufrimiento o a la mutua implicancia de ambos. Sin embargo, en el presente observamos una franca tendencia a clasificar las enfermedades con amplios descriptores, pero dejando por fuera cualquier alusión al componente subjetivo, particularmente el sufrimiento psíquico (Untoiglich, G., 2009).

En la actualidad, la lógica del DSM IV (*Manual estadístico de las enfermedades mentales*, en su cuarta versión) incide en las concepciones, las prácticas y los imaginarios de la mayoría de los profesionales de la salud y de la educación. El manual fue pensado, para que los profesionales de distintas especialidades y formaciones se entendieran al hablar, como una especie de "esperanto psicopatológico", que permitiera armar un código común en el cual todos los sujetos tendrían un lugar y una sigla, o, dicho en otras palabras, una lectura "objetiva" y ordenada de la realidad, sin ningún sesgo personal (Untoiglich, 2009). El DSM V, (aun en periodo de construcción) parece querer dar respuesta a las inconsistencias de la versión actual. En este sentido, está previsto que la próxima edición del DSM V, sin abandonar la conceptualización categórica, incorpore escalas dimensionales y escalas transversales. Los avances genéticos abren paso a una comprensión etiológica, pero, en contrapartida, dejan muy lejos no sólo la categorización, sino también las agrupaciones 'sindrómicas' del modelo actual. Los trastornos mentales no se

pueden conceptualizar como categorías, sino que se entienden mucho mejor como dimensiones. La interpretación evolucionista, los avances genéticos y en materia de conocimiento sobre funciones cerebrales y neurofunciones cognitivas así lo acreditan (Artigas & Pallarés, 2011).

En esta misma línea, Campo (2003) plantea que todos los pacientes deberían ser diagnosticados mediante un modelo biopsicosocial, integral y/o multiaxial, abordaje que permite valorar en contexto los aspectos biológicos, psicológicos, sociales y culturales de las dolencias del individuo.

El paradigma de la complejidad (Morin, 1994) abre otras opciones para recorrer el entramado de la situación actual. Las realidades son múltiples e implican construcciones que se corresponden con cierto periodo histórico y cierta ideología predominante. Galende (2008) sostiene que es necesario avanzar hacia una coherencia del campo de la Salud Mental, el cual se caracteriza en la actualidad por una sumatoria (y no por una integración) de diferentes disciplinas, diversos modos de comprender los trastornos mentales, heterogeneidad en los modos de tratarlos y, esencialmente por la negación de las contradicciones que atraviesan a sus prácticas. Esta parte del desafío consiste en plantearse si es posible una coherencia epistemológica y metodológica que integren los saberes y las practicas en juego en Salud Mental.

De lo contrario estas tendencias conllevarían múltiples riesgos, uno de ellos es el etiquetamiento de la infancia, cuyas consecuencias pueden resultar altamente peligrosas, sobre todo cuando estamos pensando en sujetos que están en proceso de estructuración psicológica y social.

Según Faraone (2009), los procesos de medicalización de la infancia se han instalado en la cotidianidad de la vida social y colectiva de un manera veloz y con una profundidad hasta el momento poco conocida. (...)La medicalización refiere al proceso progresivo mediante el cual el saber y la práctica médica incorporan, absorben y colonizan esferas, áreas y problemas de la vida social y colectiva que anteriormente estaban reguladas por otras instituciones, actividades o autoridades, como la familia, la religión, etc. Entendemos entonces el concepto de «*medicalización*» como el que explica los modos por los que el cuerpo de la medicina se ocupa y trata problemas no médicos

asociados a características intrínsecas de la vida social, es decir, a la misma condición humana. Esto conllevaría a la configuración de nuevos modos de comprensión de la subjetividad humana y de las formas de padecimiento, transformando en trastornos y/o en enfermedad ciertas situaciones que antes pertenecían a otras dimensiones culturales y/o sociales de la vida cotidiana (Ibíd.).

Respecto del diagnóstico, S. Bleichmar (1998) planteaba la ineludible responsabilidad profesional que implica su evaluación, tanto en el presente de la vida de ese sujeto como en relación con su porvenir, ya que a partir del diagnóstico se encaminará una dirección de ese tratamiento y se plantearán estrategias clínicas y sociales a futuro.

S. Gould (1985) hace una breve referencia al respecto, aludiendo que “las clasificaciones reflejan y, a la vez, dirigen nuestro pensamiento. El modo en que las ordenamos representa el modo en que pensamos. Los cambios históricos en las clasificaciones son los indicadores fosilizados de revoluciones conceptuales (...) Como argumenta también Foucault, los temas que deja uno fuera de sus taxonomías son tan significativos como los que se incluyen”.

Por todo lo mencionado anteriormente intentaremos profundizar nuestro conocimiento acerca de los imaginarios sociales de los agentes que producen prácticas de atención de Salud Mental en la infancia. Esto puede llevarnos a pensar respecto a cómo estas mismas clasificaciones se construyen a partir de diversos imaginarios que funcionan de acuerdo a determinados patrones culturales. También se puede evidenciar el peso que estos imaginarios tienen en la implementación de prácticas y abordajes en el área infantil de trabajo clínico.

2. OBJETIVO GENERAL:

• Describir los criterios clínicos que utilizan los profesionales de salud mental que trabajan con niños a la hora de diagnosticar y diseñar estrategias terapéuticas.

3. OBJETIVOS PARTICULARES:

• Caracterizar las diferentes estrategias terapéuticas que implementan los profesionales de Salud Mental a la hora de intervenir en el área infantil.

• Identificar criterios terapéuticos o marcos teóricos que se desprenden de esas estrategias terapéuticas.

• Construir una topología que represente tanto las formas y combinatorias de formas entre las estrategias terapéuticas y los criterios terapéuticos relevados.

4. HIPOTESIS:

Las estrategias terapéuticas que implementan los profesionales de la Salud Mental que trabajan con niños son manifestaciones de un conjunto de criterios terapéuticos diversos, heterogéneos y pragmáticos.

5. METODOS Y TECNICAS

Se trata de una investigación descriptiva de tipo taxonómico y con diseño de casos múltiples.

La investigación tendrá dos relevamientos: uno documental y otro por entrevistas a informantes calificados. El primero será un relevamiento de documentación acerca de teorías, modelos y procedimientos relacionados con la práctica clínica de salud mental infantil y documentación institucional sobre servicios y/o dispositivos de trabajo cuando el caso lo amerite. Los informantes calificados serán seleccionados siguiendo procedimientos de muestreo teórico (Strauss, 1989) y asumiendo como criterios de inclusión: (1) que el profesional tenga carrera de grado universitario habilitante para la práctica clínica; (2) que ejerza actualmente prácticas profesionales relacionadas con la salud mental comunitaria; (3) que cuente con experiencia en el campo de la atención a problemáticas de la infancia.

El material recolectado del relevamiento documental y por entrevistas será analizado siguiendo estrategias basadas en la triangulación metodológica (Flick, 1992) y en la teoría fundamentada (Strauss, Ibíd.): identificación de incidentes, codificación, conformación de familia de códigos y conformación de red conceptual. Los resultados del análisis descriptivo y del análisis hermenéutico permitirán producir conocimiento bajo la forma de teoría

sustantiva (Glasser y Strauss, Ibid.) sobre la que se reconstruirá una tipología de los criterios a estudiar.

6. LUGAR DE REALIZACION DEL TRABAJO

Facultad de Psicología. Universidad Nacional de Mar del Plata, Provincia de Buenos Aires, República Argentina

7. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividad	Meses											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
Revisión y recopilación bibliográfica	X											
Elaboración del marco teórico	X	X	X									
Relevamiento documental			X	X								
Análisis de documentos				X	X							
Elaboración de protocolo entrevista & Selección de informantes calificados					X	X						
Administración de entrevistas						X	X	X				
Análisis de entrevistas							X	X	X			
Análisis triangulado documentos-entrevistas									X	X	X	
Redacción de informe final											X	X

8. BIBLIOGRAFIA BASICA DE REFERENCIA

Artigas-Pallarés J. (2011) ¿Sabemos qué es un trastorno? Perspectivas del DSM 5. *Rev. Neurología*, 52 (Supl 1): S59-69.

Bleichmar, Silvia (1998) "La prioridad de detectar los riesgos de fracaso de simbolización en la infancia". En *Actualidad psicológica*. Año XXIII. Nº257. Buenos Aires.

Campo Arias, Adalberto (2003) "Hacia un abordaje integral: el diagnóstico multiaxial". Med UNAB. Facultad de Medicina de la Universidad Autónoma de Bucaramanga: Colombia.

Faraone, Silvia y Otros (2009) "La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación en la infancia". Margen. Revista de trabajo Social. Edición Nº 54. Buenos Aires.

Flick, U. (1992) "Triangulation Revisited: Strategy of Validation or Alternative". En *The Journal for the Theory of Social Behaviour*. 22:2.

Galende, E. (2008) "Psicofármacos y Salud Mental. La ilusión de no ser". 1ª ed. Editorial: Lugar: Buenos Aires.

Gould, S. J. (1995), Dientes de gallina y dedos de caballo, Barcelona, Crítica (pag. 183).

Lloyd Demause (1994). Historia de la infancia. Ed. Alianza. Madrid.

Philippe Ariès (1987): *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Taurus: Madrid.

Satriano, Cecilia (2008) "El lugar del niño y el concepto de infancia". *Extensión Digital*. Revista Nº 3

Strauss, A. (1989): *Qualitative Analysis for Social Scientists*, Cambridge University Press: New York.

Untoiglich, Gisela. (2009) "Patologías actuales en la infancia: bordes y desbordes en clínica y educación". Ed. Noveduc: Buenos Aires.

Winnicott, D. (1996) La etiología de la esquizofrenia infantil en términos de la falla adaptativa. *Acerca de los niños*. Ed. Paidós: Barcelona.

Firma del Supervisor

Firma del alumno

P/ Área de investigación

Resultado de la evaluación

Fecha:

INDICE

Capítulo I: La infancia en la Antigüedad

Evolución Histórica del Concepto de Infancia.....	17
La Infancia en la Edad Media.....	20
La Infancia en la Modernidad.....	23
El Niño como Sujeto de Derecho.....	25
La Convención sobre los Derechos del Niño.....	28
La nueva Ley 26.061.....	30
La Infancia en Argentina.....	31
Bibliografía.....	35

Capítulo II: La Infancia en la Actualidad

Medicalización en la Infancia.....	37
Diagnóstico y Subjetividad.....	41
La Infancia Frente al Consumo.....	46
Efecto en la Subjetividad de la Nueva Cultura.....	48
Infancia Maltratada en la Posmodernidad.....	51
Imaginario y Prácticas Actuales en la Infancia.....	54
Bibliografía.....	63

Análisis del material recolectado

Análisis Intracategorial

Problemática en la infancia.....	69
Motivos de Consultas.....	71

Familia.....	73
Diagnóstico.....	76
Estrategias Terapéuticas.....	78
Derivaciones.....	81
Resultados.....	83
Anexo Metodológico.....	85

Análisis Intercategorial

Tríada Problemática de la Infancia/Motivo de Consulta/Estrategias Terapéuticas.....	99
Consideraciones Finales.....	107
Bibliografía.....	116

Capítulo I: La Infancia en la Antigüedad.

Para la iniciación del Capítulo I, consideramos pertinente desarrollar el concepto de infancia, ya que la investigación pone el foco de atención en el niño. En este capítulo, se intentará reflejar qué lugar ocupó la figura del niño en las distintas épocas, investigando las diferentes prácticas que se implementaron, como así también el desarrollo de los derechos que permitió ubicarlos y convertirlos en sujetos plenos de derecho.

Evolución Histórica del Concepto de Infancia

A partir de los desarrollos teóricos propuestos por Lloyd de Mause (1994) la historia de la infancia es considerada una “pesadilla” de la que se ha comenzado a despertar recientemente. En cuanto se remite más al pasado, el nivel de la disciplina y práctica médica es más bajo, estando los niños mucho más expuestos a situaciones de muertes violentas, abandono, al terror, a los abusos sexuales y golpes. En la actualidad el término niñez se caracteriza por ser muy emblemático, aunque su concepción no existió hasta poco tiempo atrás. Cohen Imach (2010) plantea la existencia de diferentes historiadores que concuerdan en situar el concepto de infancia en Europa Occidental entre los años 1220 y 1250, siendo confirmado mediante el hecho de que la palabra Infancia, de origen latino, surgió recientemente en el siglo XIII.

La autora Cohen Imach (Ibíd) rescata de los aportes que ha brindado el historiador Philippe Ariès sobre este tema la idea de que la infancia, tal como se la entiende hoy en día, es algo creado o inventado en los últimos trescientos

años, ya que antes la distinción entre un adulto y un niño apenas podía apreciarse.

En el mismo sentido Lloyd (1994) menciona que Ariès en su tesis central, a diferencia de él y otros autores, sostenía que el niño tradicional gozaba de felicidad porque tenía la expresa libertad de mezclarse con personas de distintas edades y clases, desarrollándose un estado especial llamado Infancia en los comienzos de la época moderna, que dio lugar desde un inicio a un concepto tiránico de la familia. Eso llevó al autor a concluir que con la destrucción de la amistad y de la sociabilidad, se fue privando a los niños del estado de libertad, imponiéndoles por primera vez la celda carcelaria y el sometimiento.

Para demostrar esto Lloyd (1994) recurre a dos argumentos de Ariès. El primero manifestaba que en la Alta Edad Media no se encontraba presente el concepto de infancia. Desde el arte medieval anterior al siglo XII no tenían conocimiento sobre la infancia como tampoco podían representarla, plasmándose en los artistas a través de cierta incapacidad para pintar en sus obras a niños salvo como hombres adultos en pequeña escala. El segundo se apoyaba en el argumento de que la familia moderna coartaba la libertad del niño acrecentándose la severidad de los castigos que recibían los pequeños.

Cohen Imach (2010) hace un aporte sustancial para esta tesis al postular que el surgimiento del “sentimiento de infancia” empieza a presentarse en el siglo XVIII manteniéndose vigente en la actualidad. Lo que permitió para esta autora dicho surgimiento, fue una gran transformación en las estructuras mentales y en las creencias logrando una particularidad en la concepción del tiempo, del mundo y de aquellas cosas que formaban parte de lo cotidiano, que se ligan

principalmente a la aparición de la familia nuclear moderna, limitada a las figuras de padres e hijos, que nació paulatinamente en el siglo XV.

Delval (2008) compartiendo esta idea del nacimiento de la infancia como algo reciente, menciona que los estudios sistemáticos del desarrollo infantil no se iniciaron hasta hace poco tiempo. Según su opinión era muy posible que el desarrollo haya sido considerado un fenómeno natural y espontáneo con lo cual no despertaba el interés necesario para detenerse en él, siendo más factible que lo "raro" o poco frecuente se convierta en objeto de conocimiento. Es por eso que entiende que los primeros estudios hayan estado dirigidos a las observaciones realizadas en niños que presentaban alguna anomalía o particularidad en el proceso de su desarrollo.

Siguiendo con el desarrollo histórico, el autor afirma que a principios del siglo XX el interés por el niño se definía básicamente por la presencia de tres formas de pensamiento de vital importancia vinculadas al desarrollo en la infancia:

- a) En un primer momento destaca la influencia que ejerció el movimiento psicoanalítico creado por Freud. Dicho movimiento resaltaba con insistencia la importancia que tenían las primeras experiencias en un niño para el posterior desarrollo de la personalidad en la adultez.
- b) Más adelante, a finales del siglo XIX señala que en muchos países desarrollados se implementó para todos los niños la extensión de la escolaridad obligatoria. Muchos de los propulsores de este cambio educativo señalaron la importancia que tiene el conocimiento del niño para realizar la tarea educativa con éxito.
- c) Por último el autor menciona el tercer factor que ha contribuido a conformar el desarrollo de la psicología infantil a través de la

incorporación de los Test Mentales. Galton fue quién introdujo la idea de realizar cierta medición de las características psicológicas de los individuos que permita diferenciar a unos de otros. Sin embargo Binet se centró en la importancia de poder elaborar un instrumento que consiguiera medir el nivel de cada niño para seguir la enseñanza con buenos resultados, idea que fue desvirtuada en manos de otros autores (Delval, Ibíd.).

La Infancia en la Edad Media

Resulta pertinente realizar una reconstrucción histórica del lugar que fue ocupando la infancia a través del tiempo, tomando como punto de partida la Edad Media continuando con la Modernidad hasta finalizar con los cambios producidos en el Siglo XX.

Para ello comenzaremos con el recorrido propuesto por el historiador Ariès (1987) quien señala que inicialmente se partió de un mundo en el cual se desconocía por completo la infancia. En los siglos X y XI los hombres no perdían el tiempo con la figura o la imagen de la infancia ya que la misma no presentaba para ellos ningún interés, era concebida más bien como una etapa de transición, la cual pasaba rápidamente y el recuerdo se perdía fácilmente.

En el mismo sentido menciona que el sentimiento que permaneció arraigado por mucho tiempo en el imaginario de esa época, era por ejemplo, el hecho de engendrar varios hijos para conservar solo algunos, lo que da la idea de una cierta indiferencia respecto a ésta etapa particularmente frágil y en la cual las pérdidas eran muy numerosas. A sí mismo advierte que no debe sorprender

esa insensibilidad, ya que sería algo natural en las condiciones demográficas de ese entonces, lo que si llamaría la atención sería que haya surgido precozmente ese sentimiento de infancia ante condiciones demográficas tan poco favorables. Se esperaba que ese sentimiento surgiera con posterioridad.

Dicho autor comenta que durante el transcurso de la Edad Media, a principios de la era Moderna y principalmente en las clases populares, los niños acostumbraban a mezclarse con los adultos, una vez que podían ya desenvolverse por sí mismos luego de un tardío destete aproximadamente a la edad de 7 años. Ariès plantea que a partir de ese momento los niños entraban abruptamente en la vida adulta compartiendo el trabajo y los juegos cotidianos. Señala así mismo que en esa aglomeración no quedaba mucho espacio para la privacidad, para lo íntimo, las familias cumplían principalmente el rol de transmisión de la vida, el apellido, los bienes, era básicamente la encargada de perpetuar el linaje, donde quedaba muy poco espacio para la sensibilidad (Ariès, *Ibíd.*).

Cohen Imach (2010) recupera de Ariès & Duby el sentido de considerar en ese entonces al niño como un niño público, desde su nacimiento tanto el ámbito público como el privado se encontraban fusionados. Estos autores describen al bautismo como una de las primeras prácticas fundantes de la socialización del niño, así como también sostienen que en la primera infancia, era el momento en el cual se daban los aprendizajes de la casa, del pueblo, la forma de vinculación con otros niños y mediante el cual se internalizaban las prácticas de la vida cotidiana y las reglas de pertenencia a la comunidad.

Siguiendo con esta misma línea de pensamiento, para Guelfi (2008) la familia, como bien se mencionó anteriormente, era la encargada de la trasmisión de la

vida, de perpetuar el apellido, conservar los bienes e incluso, en muchos casos, defender el honor, por lo tanto los hijos no eran considerados partes de esos bienes. Los lazos afectivos se construían por fuera del hogar, con los vecinos, los amigos, los criados, los ancianos y las mujeres.

A partir de lo desarrollado previamente resulta importante mencionar las numerosas series de abusos, maltratos e infanticidios que funcionaron como características propias en la antigüedad. Lloyd de Mause (1994) ha sido uno de los autores que más se ha dedicado en estudiar estos sucesos de los que fueron objeto los niños, arrojando numerosos testimonios que fundaron estas prácticas aberrantes, por ejemplo:

- Fajas: Antiguamente se sostenía la creencia de que los niños estaban próximos a convertirse en seres malvados, siendo esa una de las tantas razones por la que se ataba a los niños con fajas. Varias generaciones subsiguientes utilizaron esta misma práctica sin producir mortificación por parte de los padres, ya que carecían de un mecanismo psíquico que permitiera sentir lo que se llama “Empatía”.
- Asustar: La presencia de figuras fantasmales, brujas, demonios, espíritus y mismo la “imagen” del hombre lobo entre otras tantas, se utilizaban para asustar a los niños a través del transcurso de esta historia.
- Infanticidio: Una de las causas más frecuentes que originaban la muerte en los niños era la asfixia. La misma era producto del aplastamiento que el adulto provocaba en el niño al dormir, así fue interpretada como una carga para el niño frente a la inmensa necesidad de cariño maternal que sentían los padres. El nacimiento de los niños en otras épocas estaba

rodeado de un clima de muerte y de formas defensivas contra la muerte.

- **Abandono:** Aproximadamente hasta el siglo XVIII los niños que provenían de familias acomodadas transitaban sus primeros años de vida en casa de un ama de cría, siendo de esta manera muy precario el tiempo que los padres dedicaban a la crianza de sus hijos. Sin embargo la forma de abandono más antigua y extrema de todos los tiempos ha sido la venta directa de los niños.
- **Castigo corporal:** Desde la antigüedad los instrumentos que se utilizaban con frecuencia para castigar fueron látigos de distintas clases, varas de hierro y madera, palas, bastones, entre otros. Las palizas de aquellas épocas eran muy severas, producían heridas y moretones en el cuerpo de los niños, se iniciaban en una temprana edad funcionando como un elemento normal en la vida de estos pequeños.
- **Abusos Físicos:** En la historia sobre hechos de manipulación sexual y malos tratos corporales, el niño era ni más ni menos que una víctima secundaria del propio sistema defensivo del adulto. La presencia de los mismos producía terribles efectos en los niños. Lloyd (1994) menciona solamente dos de esos efectos que remiten a lo psicológico y a lo físico. Desde lo psicológico se han encontrado la presencia de pesadillas y alucinaciones en niños que pasaron por este tipo de abusos.

La Infancia en la Modernidad

Cohen Imach (2010) menciona que hacia fines del siglo XVI se suscitaron profundos cambios sociales y económicos en las ciudades de Europa

occidental dando lugar a la aparición de una nueva concepción de la infancia. Es por ello que para la autora surge como valor principal la voluntad de resguardar la vida del niño, y esta irá en aumento durante el siglo XVII: “Librar a un niño de su enfermedad y de la muerte prematura, repeler la desgracia intentando curarlo: esta es en adelante la meta de los padres angustiados” (Aries & Duby, 1992 citado en Cohen Imach, 2010 p.40). Antiguamente, según sigue describiendo, tampoco era de fácil aceptación la muerte de un ser querido, pero ésta era entendida como un momento más del ciclo vital y ante el cual los padres solo se ocupaban de engendrar otro hijo. Afirma que con la aparición de la familia nuclear moderna se produce una serie de modificaciones en el espacio doméstico más íntimo repercutiendo directamente sobre el sentimiento de infancia, suceso que no se dará de forma lineal ni en todas las sociedades del mismo modo (Cohen Imach, Ibíd).

Será en este marco donde se producirá un cambio fundamental acerca de la mirada que se tiene sobre los niños, irán surgiendo ciertas modificaciones en los comportamientos familiares, el pequeño será considerado un ser inocente, frágil e indefenso, (Calarco, 2006) será cuidado y atendido en tanto que ocupa un lugar nuevo y diferente en la sociedad, “un niño al que se quiere por sí mismo, y no por ser solo un eslabón más de la cadena de la descendencia” (Cohen Imach, 2010, p. 41).

Álvarez Chuart (2010) comparte las ideas propuestas en relación al lugar que va a ocupar el niño en las familias modernas. Para el autor el niño pasará a ser el centro de atención dentro de la familia, la cual se irá reestructurando como institución en torno al menor y menciona este hecho como aquel que da inicio tanto al sentimiento como a la concepción de la infancia, la cual se irá

institucionalizando gradualmente. Describe que una de sus formas será a través de la vida privada, al interior o núcleo familiar, donde los niños serán vistos como personas entretenidas, dependientes y que debido a su indefensión requieren por lo tanto de una serie de atenciones y cuidados especiales, dando como resultado la instalación de nuevas normas para la familia, las cuales estarán relacionadas con el cuidado en la salud de los pequeños, un tipo de vestimenta adecuada para los niños, el amamantamiento en forma directa de las madres y una sucesión de cuidados que reorganizaran la institución familiar.

Así en estas sociedades modernas, Klaus (2008) coincide con los aportes previos, sobre la idea principal de que a los niños se les adjudicará un lugar fundamental en el interior de las familias como partes integradoras y articuladoras de la misma. Como así también plantea que la conformación de la familia como parte nuclear de la sociedad, irá de la mano con la idea de que los niños y niñas no son considerados ya una parte indiferenciada de la comunidad ni de su grupo familiar de parentesco al cual pertenecen, dejando de ser parte de un cuerpo colectivo para formar parte del núcleo familiar burgués. Según el autor será dentro de esta lógica que la familia moderna resultará difícil de pensarla sin los niños.

El Niño como Sujeto de Derecho

Finalizando el siglo XIX y a comienzos del siglo XX la creencia de que los menores gozaran de algunos derechos era casi imposible de imaginar. Sin embargo se producirá una serie de transformaciones a partir de 1948 con la

Declaración Universal de los Derechos Humanos acompañado por la Convención sobre los Derechos del Niño firmado por la ONU en 1989.

Más allá de los cambios mencionados previamente, según Fernández Vecchio & Otros (2010) el concepto que se tiene de niñez parte de una construcción a nivel cultural y que se instituye sociohistóricamente, lo que da como resultado que cada sociedad construya de cierta manera esta etapa particular del ciclo vital de una manera determinada, obteniéndose así múltiples y diferentes infancias. Teniendo en mente ésta concepción los autores piensan a la infancia como una imagen colectiva que irá lógicamente modificándose en el transcurso de la historia. Cuando se problematiza la categoría de niñez consideran que es fundamental tener en cuenta la diversidad de representaciones sobre el significado de ser niño o niña que se tiene en los diferentes contextos socioculturales (Fernández Vecchio & Otros, *Ibíd.*).

Sin embargo para Rusler & Vainstein (2010) comprender que tanto los niños, niñas y adolescentes son sujetos de derecho, individuos en constante desarrollo y que sus vidas se encuentran inevitablemente enlazadas con las de sus familias, el Estado y la sociedad en general, es la única manera de hacer que se respeten y se hagan respetar sus derechos.

Fernández Vecchio & Otros (*Ibíd.*) sostienen la idea de que a partir de la sanción de la Convención Internacional de los Derechos del Niño se comenzó a requerir a las instituciones a cargo de la niñez y adolescencia otras metodologías de trabajo, que consistieron básicamente en un cambio de paradigma en el cual el niño o menor era considerado objeto de la protección y/o tutela a otro paradigma donde son realmente considerados como sujetos plenos de derecho. Para los mismos, este nuevo paradigma denominado

“Protección Integral” viene a redefinir la mirada que se tenía respecto del niño/a como un adulto en miniatura, tomándolo actualmente como un sujeto social en el aquí y ahora. Los niños son participantes activos del mundo en que viven, lo interpretan y producen significados en base a otros sentidos producidos anteriormente, por lo tanto consideran que es fundamental que se rompa con la idea de los niños como “cosificados”, pasivos e incompetentes, siendo que hay que incorporarlos como interlocutores válidos en todas las intervenciones que estén destinados a ellos.

En este punto Rojas (2007) destaca que la humanidad fue reconociendo lentamente a todos los niños su cualidad de “personas”, gracias a la Convención sobre los Derechos del Niño, instrumento de Derechos que fue sancionado por la Organización de las Naciones Unidas en el año 1989 e incorporado a la Constitución Nacional recién en el año 1994. Dicho autor toma del Licenciado Eduardo Bustelo la importancia de considerar que a pesar de poseer ciertas debilidades, gracias a la Convención hubo grandes avances en lo que respecta a los sistemas de protección de derechos y a las políticas públicas que eran destinadas a la infancia, gracias a este nuevo instrumento se puede denunciar cuando algunos derechos de los niños/as y adolescentes no estén siendo respetados. Así también afirma que anteriormente solo existía la Declaración Internacional de los Derechos del Niño, pero al ser simplemente una “Declaración” no reconocía derechos que pudieran ser demandables.

Siguiendo con los aportes de Bustelo (2005) nos encontramos con el concepto de Estado de Excepción que es de gran importancia. El autor sostiene la idea que los derechos de los niños como de los adolescentes son absolutamente derechos “sociales”, ya que su garantía es sustancialmente política y es la

sociedad la que debe implementarlos. De esta manera menciona que los derechos quedan en manos de la responsabilidad de los adultos dándole el nombre de “eleidad”, es decir hacerse cargo completamente de aquellos niños y adolescentes actuando moralmente sin esperar nada de “ellos”. Por otra parte refiere que el Estado de Excepción en el orden jurídico se lo vincula con la guerra civil, la insurrección y la resistencia, es decir que valdría para proteger como para anular la vida. El autor destaca la relación entre el Estado de Excepción y la necesidad y aclara que el refugio de las necesidades de los niños en el orden jurídico son altamente frágiles y poco claras. Es por eso que considera que los derechos son reconocidos en su estado de existencia pero no así en su condición de ejercicio, actuando fuerzas opositoras en las que unas se oponen a la ley y otras las apoyan, dejando al orden jurídico en un lugar de tensión y ambigüedad. Por último Bustelo afirma que esta situación puede situar peligrosamente al derecho sin relación con la vida, es decir la vida desprotegida de todo derecho.

La Convención sobre los Derechos del Niño

La Convención sobre los Derechos del Niño sería incorporada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de Noviembre de 1989 luego de una larga década de debates sobre sus contenidos y sus alcances. El principio primordial de la Convención sería el Interés Superior del Niño, los países occidentales intervinientes en el debate consideraban que quienes decidirían mejor cual es el “mejor interés” para el niño serían los padres y los maestros de escuela, a la vez que sostenían que debía dársele a este principio la

consideración primordial en la toma de decisiones públicas. La Convención fue sancionada como Ley N° 23.849 en el año 1990 en Argentina e incluida a la Constitución Nacional en el Artículo 75 inciso 22, a partir de la reforma en el año 1994. Este suceso representó un importante avance legal y conceptual ya que a partir de ello se reconoce como niño/a a todas las personas menores de 18 años y contempla a los niños, niñas y adolescentes como sujetos plenos de derechos a nivel constitucional y como tal merecedores de respeto, libertad y dignidad, así como también las situaciones de vulnerabilidad social de la niñez pasarían a ser consideradas cuestiones de Estado (Rojas, 2007; Rusler & Vainstein, 2011).

Así se encuentra explicitado más claramente en el Artículo 19 de dicha Convención:

1. Los Estados Partes adoptarán todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo.
2. Esas medidas de protección deberían comprender, según corresponda, procedimientos eficaces para el establecimiento de programas sociales con objeto de proporcionar la asistencia necesaria al niño y a quienes cuidan de él, así como para otras formas de prevención y para la identificación, notificación y remisión a una institución, investigación, tratamiento y observación ulterior de los casos antes descritos de malos tratos al niño y, según corresponda, la intervención judicial (CDN, 1990).

La nueva Ley 26.061

La ley de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes (Ley 26.061) fue promulgada por el Poder Ejecutivo Nacional en Octubre de 2005. Su aplicación es de gran importancia ya que deja de lado formalmente a la antigua Ley de Patronato (Ley 10.903), que entraba en contradicción con la Convención de los Derechos del Niño, ya que judicializaba cualquier problema social que pudiera tener un chico y determinaba la función tutelar del Estado. A partir de esta nueva disposición se concibe a los niños como sujetos plenos de derechos y dejan de ser considerados objetos de la tutela gubernamental. Esta Ley hace mención a que la falta de recursos materiales por parte de los padres, representantes legales, familiares y/o responsables de los niños no es condición suficiente para autorizar una separación de ese niño de su ámbito familiar, como así tampoco se avala su institucionalización. Cuando algunas de estas variables entren en juego, es decir, que la posible amenaza o violación de los derechos sea la resultante de ciertas necesidades insatisfechas, se aplicaran medidas de protección, serán programas que estarán dirigidos a brindar ayuda y apoyo a fin de mantener los vínculos familiares. Conforme a esta Ley se crea la Secretaria Nacional de la Niñez, Adolescencia y Familia y el Consejo Federal de Niñez que serán los órganos administrativos de planificación y ejecución de las políticas de infancia, así como también se creara la figura del Defensor de los derechos del Niño. (Rojas, 2007)

La Infancia en Argentina

Cohen Imach (2010) sostiene que a pesar de que las primeras contribuciones sobre la historia de la infancia provinieron de autores europeos, en la actualidad esto ha cambiado debido a la presencia de numerosos estudios sobre esta temática brindada por autores argentinos quienes arrojan información relevante sobre la niñez en nuestro país y la infancia.

La misma autora destaca en su libro las investigaciones realizadas por Giberti, quien dedica cierto tiempo en rastrear el concepto de infancia en la Argentina, indicando que para pensar en la niñez se debe tener en cuenta diversas perspectivas sobre un continente con matrices culturales coloniales, andinas y precolombinas, buscando una lógica que permita incluir las diferencias entre varios continentes.

Haciendo un recorrido histórico, Volnovich (2010) sostiene que la representación del niño en el imaginario social del año 1810 difiere considerablemente de la manera en que vemos a los niños hoy por hoy. A su vez alude que a través de la historia de la cultura esto puede verse claramente, ya que estas representaciones fueron transformándose a medida que los parámetros económicos, sociales, políticos y subjetivos determinantes de una infantoplastía se han ido modificando.

El autor describe al niño nacido en el año 1810 representado en el imaginario social como un adulto colonizado tanto en su alma y cuerpo, bajo un sistema dominante como fue el patriarcal, como colonizado, clerical, adulto, es decir como un verdadero esclavo. Menciona que los niños y niñas eran considerados hasta la edad de siete años como animalitos salvajes o muñecos receptores

de caricias, posterior a esa edad la iglesia mantenía la idea que estos mismos niños entraban ya en una etapa de razón y discernimiento (Volnovich, *Ibíd.*).

De esta manera postula que hasta el año 1813 en las escuelas se encontraban presentes los “castigos corporales” mediante la utilización de azotes muy severos y arbitrario provenientes de los preceptores, figuras no autorizadas para ejecutar tales prácticas, quedando abolida semejante costumbre gracias al decreto de 9 de octubre de 1813. Volnovich (2010) refiere que Manuel Belgrano fue quien redactó el reglamento para las escuelas del norte siendo representadas en ese momento por las provincias de Santiago del Estero, Jujuy, Salta y Tarija. A pesar de ello afirma que no fue posible eliminar por completo los azotes sino reducir la cantidad de golpes que el maestro podía aplicar a sus discípulos.

Por otra parte, Carli (citado en Cohen Imach, 2010) es quien describe la etapa fundacional de la educación nacional impulsada por Sarmiento, conducida por una concepción moderna de la infancia. El niño era subordinado principalmente a sus padres y a los docentes, sin derechos propios. Dicha autora señala además que el uso del delantal blanco por parte de los pequeños era el símbolo de los ideales igualitarios de esa impronta sarmientina, ya que el ingreso a la educación pública y gratuita era una forma de garantizar la democratización de la población infantil.

Este nuevo interés que despierta la enseñanza es un hecho que fue destacado por varios autores a lo largo de la historia, no solamente en Argentina, por ejemplo Ariès (1987) plantea que la educación pasará a formar parte del núcleo de la sociedad, provocando una profunda transformación. A partir de ese momento, según el autor, se comenzará a experimentar nuevos sentimientos

hacia los niños tomando el lugar como: “el sentimiento moderno de la infancia”. Por otra parte, Klaus (2008) postulará que a partir de la presencia de una visión antropológica y teológica los niños comenzaran a ser vistos como individuos a ser formables: “En tanto sujetos de cuidado y protección, perfectibles y necesitados de educación, los niños y niñas se van convirtiendo en un asunto que resulta ser de responsabilidad de los adultos” (p.35).

Este autor plantea así que la infancia poco a poco comienza a ser entendida como un tiempo para invertir en la educación y en la formación, un período en donde puede disciplinarse la voluntad como así también el deseo del niño, su cuerpo, sensibilidad e imaginación (Klaus, *Ibíd.*).

Retomando la historia de nuestro país Cohen Imach (2010) describe los cambios que se fueron produciendo en el Estado entre los años 1919 y 1930, reflejados así mismo en las prácticas que se implementaron en la infancia a comienzos de la modernización pedagógica, con el surgimiento del discurso de la minoridad y de la institucionalización del menor no escolarizado. Así mismo señala que debido a la insistente preocupación sobre los niños en situación de abandono se dio lugar a que en 1933 la Primera Conferencia Nacional se dedicara con mayor interés al tema y se pensara en la implementación de proyectos vanguardistas.

Ampliando más sobre este tema dicha autora menciona que posteriormente y con el surgimiento del peronismo se resignifica la infancia como objetivo de Estado, otorgando el lugar de privilegio a todos los niños sin distinción ni privilegios.

Sin embargo Volnovich (2010) sostiene que a comienzos del Proceso Militar la realidad que atravesaba la infancia cambiaría radicalmente, ya que durante

este proceso se llevaron a cabo apropiaciones perversas de niños huérfanos, por los reiterados asesinatos que ejecutaba el Estado. Alude así también que dicho proceso actuó demostrando que tanto las madres como los padres que abandonaban a sus hijos en 1810, no eran malos padres que se despojaban de sus hijos sino que eran perseguidos y discriminados por su posición política, social y de género, deseando de cierta forma garantizar un mejor futuro para sus hijos al igual que sus propios derechos.

Por último considera que es importante recordar “que los niños comenzaron a ser propiamente niños en el imaginario social a comienzos del siglo XX, y el capitalismo es el encargado de naturalizar ese cambio en la representación imaginaria de la infancia” (Volnovich, 2008 p.39).

BIBLIOGRAFIA BASICA DE REFERENCIA

Álvarez Chuart, Jorge (2010). *Primera infancia: Un concepto de la modernidad*. Pre-Congreso Sudamericano sobre Derechos de la Niñez y la Adolescencia. Morón, Argentina.

Ariès, Philippe (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Madrid: Ed.Taurus

Bustelo, Eduardo (2005). *Infancia en Indefensión. Salud colectiva*. Universidad Nacional de Lanús.

Delval, Juan (2008). *El Desarrollo Humano*. Ed. Siglo XXI De España Editores, S.A.

Calarco, José (2006). La representación social de la Infancia y el niño como construcción. *Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación*. Área de desarrollo Profesional Docente. Argentina

Cohen Imach, Silvina (2010). *Infancia maltratada en la posmodernidad. Teoría, clínica y evaluación*. Buenos Aires: Ed. Paidós

Convención sobre los Derechos del Niño (1990). Recuperado de <http://www2.ohchr.org>

Guelfi Liguori, Rosa (2008). *Radiografía de la familia y la infancia: antiguos y nuevos saberes*. Recuperado de: <http://wwwpsi.usal.es/rppsm/pdfn2/radiografiadelafamiliaylainfancia.pdf>

Klaus Runge Peña, Andrés (2008). Heterotopías para la infancia: reflexiones a propósito de su “desaparición” y del “final de su educación”. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. Recuperado de <http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html>.

Lloyd de Mause (1994). *Historia de la infancia*. Madrid: Ed. Alianza

Fernández Vecchio y Otros (2010). *Pre-Congreso Sudamericano sobre Derechos de la Niñez y la Adolescencia*. Morón, Argentina.

Rojas, Fabián (2007). Luces sobre la Infancia, territorio de la liberación. *Revista de la Universidad Nacional de San Juan*. Año IV. N° 30. Septiembre del 2007

Rusler, Verónica & Vainstein, Nilda (2011). Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la escuela ante el maltrato a la infancia y la adolescencia. Guía conceptual. Maltrato Infantil. *Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)*

Volnovich, Jorge (2010). *Infancia, Subjetividad y Violencia. 200 años de historia*. Buenos Aires: Ed. Lumen.

Capítulo II: La Infancia Hoy

En la construcción del presente capítulo se intentará desarrollar aspectos más actuales de la infancia. Con ello nos referiremos al impacto que fue obteniendo la medicalización sobre los niños, la importancia que tiene la confección de un diagnóstico direccionando el tratamiento y sus estrategias futuras, las crecientes transformaciones que generó la figura dominante del Consumo en el rol que ocupa la familia repercutiendo así mismo en la construcción subjetiva del niño, finalizando con el creciente interés que comienza a darse al tema del maltrato en los niños en la Posmodernidad.

Medicalización en la Infancia

Faraone & Otros (2009) consideran que el impacto que provocó el desarrollo de los procesos de medicalización en la infancia, tanto en lo cotidiano de la vida social como en el espacio colectivo, fue a pasos agigantados y con una profundidad hasta la actualidad poco vista. Según los mismos, esto instala una radicalización y transformación de la medicalización dirigido hacia diferentes procesos de medicamentación mediante la participación de actores sociales resignificados en nuevos y distintos contextos.

Siguiendo la línea de pensamiento de estos autores se describe a la medicalización como un proceso histórico que es abordado hace varios años, a través de diversos campos y pensamientos tales como: el médico, sociológico, antropológicos, etc. Es por eso que sostienen que la medicalización se dirige como un proceso progresivo, siendo que tanto el saber cómo la práctica

médica añaden, absorben y ocupan esferas, sitios y problemas de la vida socio-colectivas que previamente se encontraban reguladas por otras actividades o autoridades (ya sea la religión, la familia, entre otras) como por otras instituciones . Por ello el concepto de “medicalización” lo entienden como aquel donde el campo médico interviene en problemas no médicos relacionados particularmente a características internas de la vida, a la misma condición humana; tratándose problemas de la vida como problemas médicos, vistos como padecimientos, enfermedades o síndromes (Faraone & Otros, Ibíd.).

Siguiendo con lo propuesto, Faraone & Otros (2009) destacan que en estos mismos procesos el rol de la industria farmacéutica es más que importante, tanto en la construcción de las estrategias de configuración diagnóstica como en los abordajes terapéuticos que implementan, centrados siempre en el consumo de un fármaco. Así mismo señalan que las acciones de dicha industria van a estar formadas por nuevas maneras de comprender el padecimiento, la subjetividad humana, considerando ciertas situaciones que con anterioridad formaban parte de otras dimensiones sociales y culturales de la vida cotidiana, en trastornos o enfermedades. Por lo tanto afirman que es de gran importancia los mecanismos de marketing que se desarrollan para la instalación y comercialización de los productos farmacológicos. Gonzalo Pardo y Pérez Álvarez (citado en Faraone & Otros, 2009) describen al marketing farmacéutico como “una técnica de mercado con el fin de establecer el sistema de comercialización más adecuado y de satisfacer y estimular la demanda del fármaco” (p.3). Lo que intenta este marketing según los autores, es convertir a los clientes en futuros pacientes, quienes serán los que justifiquen mejor el

consumo del producto.

Por lo tanto uno de los objetivos principales según Moynihan & Cassels (citado en Faraone & Otros, 2009) del marketing farmacéutico se dirige a modelar la opinión pública y de los proveedores de salud, con el fin de incrementar sus ventas y potenciar la circulación de sus productos en el mundo del mercado. De igual modo los autores plantean que los profesionales en el área de publicidad trabajan profundamente para lograr un cambio en la percepción que se tiene del cuerpo, de la salud, de los comportamientos y de las enfermedades que aparentemente se sufren.

Es por eso, tal como lo mencionan Faraone & Otros (2009), que se presenta la posibilidad de ver a los fármacos como solución para ciertas problemáticas o padecimientos y se ha naturalizado ingresando en el discurso familiar, médico, escolar como principal tratamiento para estos problemas. Los mismos afirman que por ello los acontecimientos de la vida infantil se han convertido en trastornos mentales, siendo que las intervenciones medicalizantes se dirigen a perfeccionar una técnica que admita remediar el síntoma de una forma veloz sin reflexionar si quiera el porqué de su existencia. Es así que observan una tendencia a medicalizar a todos los niños que presenten ciertos indicadores de inquietud, demostrando ser una práctica que anula los conflictos y problemáticas, donde el sujeto mismo es el negado.

Esto lleva a Arizaga & Faraone (2008) a plantear la existencia de “una multiplicidad de “diagnósticos” psicopatológicos y de terapéuticas que simplifican las determinaciones de los trastornos infantiles y regresan a una concepción reduccionista de las problemáticas psicopatológicas y de su tratamiento (...) un biologismo extremo que no da valor alguno a la complejidad

de los procesos subjetivos del ser humano” (p.27). Ambos consideran que esto permite ceder un espacio para plantear y repensar la necesidad de abordar las problemáticas presentes en el niño, desde una mirada que ubique a la escuela, la familia y el resto de los actores que forman parte del mundo del infante en la actualidad en un lugar más que importante, donde el tratamiento con la implementación de medicación quede mayormente relegado.

Arizaga & Faraone (Ibíd.) citando el lineamiento de la SEDRONAR aseveran que, la medicalización retraduce aquellas dificultades humanas en cuestiones del orden individual. Es así que para ambos autores, se relega a un segundo plano el origen social del comportamiento humano, concentrándose principalmente en el mundo interno del individuo obturando otros niveles de intervención.

Conforme a lo expresado Janín (citado en Arizaga & Faraone, 2008) advierte que en los últimos años en nuestro país irrumpió de forma masiva la utilización de terapias psicofarmacológicas para niñas y niños considerados “inquietos”, de un modo abrupto. De este modo afirma que la preocupación por el incremento en la medicalización de estos comportamientos infantiles, dio motivos suficientes para que en el 2007 se redactara el llamado: Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (Trastorno definido por el DSM IV TR (2001) como aquel patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad que suelen aparecer en las situaciones escolares, sociales, laborales, variando en relación a la edad y el nivel de desarrollo del sujeto, de ahí la cautela a la hora de diagnosticar a los más pequeños). Para esta autora es relevante destacar, que la práctica de medicar a los niños frente a ciertos comportamientos no indica más que la intolerancia del adulto frente al niño

diferente. También señala que existe en este momento un alto porcentaje de niños medicados y la propagación de la medicación presume que pueden lograr resolver problemas psíquicos, siendo algo altamente preocupante. De esta forma establece que la tendencia de medicalizar a niños que presentan comportamientos inquietos, demuestra un tipo de abordaje “violento”, ya que intenta mediante la medicación tapar los trastornos y no interrogarse acerca del rol que cumple los adultos que forman parte de la vida del niño. Por último concluye que esta tendencia evidencia movimientos de deshumanización y de falta de reconocimiento.

De esta forma Janín (2006) destaca que en principio se está frente a un niño que sufre y que como tal no puede ser reducido a un sello o una sigla, ya que de esa manera se lo niega como sujeto humano, complejo, con conflictos y en relación con un contexto significativo. La autora concluye que el niño en tanto es un sujeto en proceso de crecimiento, en constitución, su historia no está cerrada o coagulada sino todo lo contrario. Es por ello que el papel que los profesionales deben tomar es aquel que permita abrir el juego, dando espacio a que se armen nuevos caminos, y que el niño como su familia vayan construyendo una historia propia.

Diagnóstico y Subjetividad

Untoiglich (2005) señala que cada época histórica junto a las ideologías predominantes van construyendo sus propias clasificaciones acerca de lo que entienden por “sano” o “enfermo”, así como también lo considerado “normal” y “patológico”. La autora sostiene que estas concepciones a su vez van de la

mano con la economía de mercado, que como ya se mencionó anteriormente, en diversas ocasiones propician la elaboración de drogas a las que posteriormente deben modelar síndromes que les sean funcionales, y que puedan ser aliviados con dichos fármacos, dando lugar a la generación de enfermedades a partir de simples características de la vida cotidiana. En efecto afirma que esta situación implica diversos riesgos, uno de ellos es el “etiquetamiento de la infancia” con las serias consecuencias que esto podría significar en la subjetividad de los niños, ya que son seres que están en proceso de estructuración.

Respecto del diagnóstico Silvia Bleichmar (citada en Untoiglich, 2005) plantea la inevitable responsabilidad del profesional en cuanto a su evaluación, ya sea en la vida presente de ese sujeto como en relación a su futuro, ya que en base a ese diagnóstico se plantearan las estrategias a futuro y se orientará un determinado tratamiento. En relación a este tema Untoiglich (Ibíd.) sugiere replantear la responsabilidad que conlleva el hecho que un diagnóstico se ligue a la piel de un niño, que una denominación amparada en un cierto saber instituido funcione como código y que atente contra el movimiento de una subjetividad en proceso de constitución. A modo de ejemplo la autora considera que si se liga al niño en relación a un lugar de su cuerpo que falla, inevitablemente la vida de ese niño se desarrollara alrededor de dicho “déficit anatómico”.

En relación a lo dicho previamente, Levin (2005) plantea que en la actualidad lamentablemente se tiene la sensación de que hay una excesiva presencia de diagnósticos y pronósticos acerca de la infancia, de su desarrollo, etc. Esta tendencia, según el autor, abarcaría al infante desde su nacimiento y se

acrecentaría a medida que el niño va creciendo, así como también se lo evalúa, se lo clasifica y hasta se lo estandariza dentro de parámetros estáticos, fijos y descontextualizados.

Es por ello que el autor sostiene que los diagnósticos en estos días evidencian un cierto trayecto vacío de subjetividad, poblado de rótulos y coeficientes, acentuando la dificultad, el fracaso o simplemente la problemática o síndrome patológico expresado de una sola vez y para siempre. Por lo tanto para Levin es desde este lugar que luego se justifica, se explica y se entiende todo lo que le pasa a un niño. Bajo su consideración los diagnósticos trazan en el pequeño una experiencia sin pensamiento ni resignificación, fijando y pronosticando objetivamente su futuro.

Para Jerusalinsky (2005) es sabido que esta función nominativa tiene para los sujetos un efecto tranquilizador. De esta manera menciona que a lo largo de los últimos treinta años se ha producido un desplazamiento de las categorías nosográficas por los datos, sofocando poco a poco el esfuerzo por ver y escuchar a un sujeto con todas sus problemáticas, remplazándose por el dato ordenado mediante la presencia de una nosografía que apaga al sujeto.

Gisela Untoiglich (2009) invita a pensar que ocurriría si mientras un niño que está en proceso de estructuración, un profesional en base a ciertas conductas que observa, determina que ese pequeño es ADD, TGD o alguna otra sigla presente en el DSM IV (Manual Estadístico y Diagnóstico de Trastornos Mentales de la APA). Lo que ocurría probablemente según esta autora sería que la subjetividad de ese pequeño niño se fijaría a esa etiqueta, a modo de una identificación coagulante. Los adultos a su alrededor (padres, docentes) comenzarían a esperar que el niño se comporte de determinada manera,

ocasionando incluso que el infante se ubique a sí mismo en ese lugar no pudiendo esperar otra cosa de sí, impidiéndole que se conecte con eso que le está sucediendo mas allá de una reducida sigla. Tal como lo plantea la misma, si ante una situación de estas características los profesionales únicamente se detienen a clasificar aquellas conductas observables, solo van a encontrar lo que desde un comienzo fueron a buscar, preservándose de esta manera a sí mismos y dejando al niño en un estado de total desamparo que incrementa aún más simbólicamente la violencia padecida.

Del mismo modo Untoiglich (Ibíd.) sostiene que los diagnósticos presentes en el DSM IV están contruidos en base a la idea de una “normatividad estandarizada” y de una cierta representación de “naturalidad”. Es por eso que concluye que siguiendo con este paradigma, todas las personas crecerían del mismo modo, y en tiempos similares, debido a que el transcurso del desarrollo estaría determinado biológicamente con anterioridad.

Frente a este tema Janín (2006) postula que resulta llamativa la insistencia observada en los trabajos médicos acerca de la importancia de diagnosticar rápidamente para luego poder comenzar en forma temprana con un tratamiento farmacológico. Al decir de Bernard Touati (citado en Janín, Ibíd.) esto se daría de esta manera ya que la biología ofrece respuestas operativas quedando ubicada como verdad definitiva, trasladando a un segundo plano cualquier otra posibilidad de comprensión del problema y sus sentidos. Visto de esa manera, considera que la dimensión psicoterapéutica podría reducirse al nivel de “simple ayudante”, una forma de sostén, o un modo de tener en cuenta lo que podrían ser “las repercusiones psicológicas del problema”, problema que a fin de cuentas se supone biológico.

Janín (2006) propone otro elemento que entraría en juego en este modo de diagnosticar, pasando de una descripción de síntomas, DSM IV mediante, a la determinación de una patología: ese recorrido “desmiente la historia del niño, y anula el futuro como diferencia” (p.88). Esta autora remarca el hecho que, siendo el niño un sujeto en constante crecimiento, en constitución, su historia no se encuentra cerrada.

En este punto es muy importante tener en cuenta los aportes realizados por Campo (2003) al sostener que todos los pacientes deberían ser diagnosticados mediante un modelo que sea “biopsicosocial, integral o multiaxial” (entendiendo este último término como multidimensional). Este modo de abordaje permitiría para el autor, hacer una valoración en contexto de los aspectos psicológicos, biológicos, sociales y culturales intervinientes en el padecimiento del individuo. Es así que propone que mediante ésta aproximación multiaxial se da la posibilidad de realizar un diagnóstico más preciso y seguro, a la vez que también resultaría una práctica más cálida y más humana. Además destaca de dicho enfoque numerosas ventajas sobre el modelo prevalente de diagnóstico biomédico, por ejemplo, daría mayor claridad diagnóstica, ya que se abordarían todos los problemas que aquejan al paciente, mejorando así la atención, promoviendo el trabajo interdisciplinario en equipo, favoreciendo una cordial relación médico-paciente, y permitiendo un mayor cumplimiento de las estrategias diagnósticas y de las opciones de tratamiento por parte de los pacientes. Finalmente, concluye que mediante este enfoque multiaxial se transformaría la práctica clínica en un ejercicio no solo técnico sino también humano.

La Infancia Frente al Consumo

Villalobos & Arango (2012) plantean que en la actualidad se ha producido un profundo cambio en el orden económico capitalista, que trajo como consecuencia un pasaje de la economía de producción a una economía de consumo. Esta misma mantiene como objetivo nada más ni nada menos que a los niños, quienes estarán unidos de manera inevitable al consumo del entretenimiento y de los productos expuestos.

Es pertinente mencionar los aportes que ha brindado la Revista del Consumidor (2013) en relación a los tiempos que han sido olvidados, momentos en los cuales los niños jugaban mucho más con autos, canicas, muñecas, pelotas y todos aquellos juegos que no implicaban pertenecer ni a una marca específica ni a una juguetería determinada. La mayoría eran de elaboración propia o de un familiar. Del mismo modo sostienen que la autonomía de los pequeños era casi nula, vestían con la ropa elegida por sus padres, aunque se negaran, y si sus calificaciones eran malas se le atribuía a ser niños con mal comportamiento o al simple hecho de ser malcriados. Los juegos casi siempre se desarrollaban en la calle bajo el cuidado de un adulto responsable. A modo de conclusión mantienen que la infancia era considerada como una etapa que abarcaba los primeros años de vida en el que se esperaba dependencia, obediencia, docilidad e inocencia hasta que llegaran a la adultez.

Valeria Dotro (2007) afirma que hoy existen nuevas identidades infantiles que son heterogéneas y complejas, atravesadas por el saber con las que cuenta la tecnología en la actualidad, los medios de comunicación, por las preguntas fundamentales de distintas épocas, por el consumo y las nuevas maneras de

polarización social. Además menciona que con estas mismas infancias se trabaja cotidianamente, siendo representadas de formas diversas por el discurso cotidiano, el cine y los medios en general.

De mismo modo Villalobos & Arango (Ibíd.) señalan que la inmediatez es privilegiada en estos momentos cada vez más, imposibilitando un lugar de detenimiento en el tiempo que genera en la vida de los niños una carrera sin pausas, pasando del colegio a las actividades extracurriculares. Para dichos autores estas propuestas no son malas siempre y cuando no se conviertan en un activismo, sin embargo afirman que la realidad muestra lo contrario cuando la situación que hoy define a un niño carece de tiempo libre para jugar, soñar y para ser.

Continuando con las ideas del consumo y su repercusión en la infancia es importante mencionar a Sandra Carli (citado en Dotro, 2007) quien sostiene que las identidades infantiles se vieron afectadas por procesos de homogeneidad y heterogeneidad sociocultural. Al hacer mención de la heterogeneidad la autora hace referencia a como la desigualdad social permitió que se instale un mayor contraste entre quiénes pueden acceder al consumo material y quiénes no. Sin embargo por otro lado señala que se presentan fuertes procesos de homogeneidad que intentan uniformar el mercado, la cultura infantil, siendo el resultado de una cultura globalizada sobre la niñez.

Así mismo Dotro (Ibíd.) plantea que desde la niñez se construye una identidad a través de numerosas referencias, donde el mercado mediante los medios y las nuevas tecnologías tiene un lugar principal. Dicho lugar se obtiene por la permeabilidad que presentan los espacios que ocupa el mercado, ingresando

al living del hogar, al patio de la escuela y ocupando cada vez más espacios en la ciudad. La misma resalta que los programas de televisión y de radio más popular, los cines, los shopping, los restaurantes de comida rápida, entre otros, son espacios que se vuelven cada vez más naturales en la vida cotidiana pasando desapercibido el impacto que tienen en la constitución subjetiva de un niño. Para la autora lo mencionado anteriormente conforma el hábitat donde se construye las identidades infantiles urbanas.

De la misma manera Dotro (Ibíd.) sostiene que el discurso que maneja el mercado propone un niño independiente, con reglas y códigos propios, quedando el adulto por fuera de este mundo adquiriendo solamente el papel del que provee dichos objetos. Es así que afirma la imposibilidad de negar el desplazamiento que “sufre” la escuela y la familia en la toma de decisiones frente al consumo cultural del niño.

En relación a lo dicho previamente, la autora hace mención a que la imagen del niño adultizado mediante el acceso a ciertos saberes y conocimientos del mundo del adulto, es fortalecido por el mercado que empieza a visibilizarse en las representaciones que los propios medios hacen de los niños. A su vez refiere que los pequeños con lo que se trabaja presentan otros saberes, deseos y escrituras que transitan por la sociedad y que el mercado les provee. Es por eso que la infancia de hoy la considera una víctima de la fragmentación económica y social más que en cualquier otro tiempo (Dotro, Ibíd.).

Efecto en la Subjetividad de la Nueva Cultura

Galende (2008) afirma que la cultura somos nosotros mismos, aun cuando uno

no se percate de ello, los resultados de la cultura provienen de lo producido entre todos, incluyendo los modos de significar, las valoraciones que se hacen respecto de las cosas, los sentidos asignados al devenir constante, y lo que se produce en la acción cotidiana. La cultura así entendida por el autor sería entonces, la organización misma de todo lo humano, el mundo simbólico en el cual se dan las interacciones y se construyen los distintos significados que determinarán los comportamientos prácticos.

Polikowski & Otros (2011) indican que a lo largo de la historia, los diferentes contextos sociales y las transformaciones que fueron modificando los modos de producción han dado lugar a la formación de nuevos modos de vinculación, ya sea con los objetos, con las personas o el mundo en general.

En este sentido Galende (Ibíd.) advierte que en la actualidad los nuevos productores de cultura son los medios masivos de comunicación, como por ejemplo, el cine, la TV, los videos, y principalmente la publicidad, actuando todos ellos en el interior de las redes informáticas. Según el autor el pasaje que se produjo desde la propaganda a la publicidad resultó altamente significativo, ya que ahora no se trata de difundir ideales como en aquellas épocas, o debatir ciertos conceptos, sino más bien, se busca generar nuevas creencias a través de la difusión de imágenes mediante la publicidad.

Del mismo modo destaca la sorprendente incorporación que se ha hecho de la tecnología en la vida cotidiana, suplantando funciones que antes se asumían para subsanar las necesidades de la vida diaria, llegando a suplantar también la presencia y el diálogo con las demás personas. Galende (Ibíd.) resalta que esta nueva forma de sensibilidad está generando un modo diferente de relación entre los individuos, no sin ciertos costos, como son por ejemplo, la soledad y

el vacío interior, generando manifestaciones de ansiedad y angustia que la misma persona desconoce y para los cuales necesita de alguien que provea algún remedio para aplacar esos estados. Principalmente los remedios buscados suelen ser para el autor de dos tipos: la actividad compulsiva y el sexo ocasional o el consumo de fármacos. Como prueba de ello observa que en el transcurso de los últimos diez años la venta de ansiolíticos ha llegado a triplicarse.

Siguiendo con el tema, Galende (Ibíd.) señala que estas nuevas condiciones de vida social, la vida de las comunidades y las familias están generando nuevas formas de producción de subjetividad, donde quedan en evidencia la hegemonía que ejercen los sistemas de valores y las significaciones que les son propias a un mundo y una cultura globalizada como la que se concibe en la actualidad, en menoscabo de los rasgos locales. Es por ello que para el autor las familias están disminuyendo considerablemente sus valores en la producción subjetiva, dejando muy tempranamente las funciones de socialización de sus hijos en instituciones o personas especializadas que se hacen cargo de su cuidado, crianza y educación. A su vez, opina que los niños tienen acceso desde muy pequeños a los significados y valores de una cultura globalizada mediante los medios de comunicación y los videojuegos, absorbiendo el mundo externo mucho antes de que hayan podido estabilizar su subjetividad mediante las relaciones primarias con sus padres y hermanos. De esta forma afirma que el sistema social, junto a sus características globalizadas, toma el control de los procesos de subjetivación por sobre la familia y los grupos de interacción comunitaria.

Estos nuevos procesos de subjetivación son los emergentes de una

“modernidad líquida”, conviven con la desintegración del mundo conocido, la transitoriedad y la desregulación, luchando contra la inestabilidad y el imprevisto. La transmisión de la herencia cultural se coarta, se deterioran los vínculos humanos en una sociedad cada vez más individualista y la búsqueda de nuevos sentidos debe incorporar inevitablemente a la vida diaria la incertidumbre sobre el futuro (Bauman, 2003; Polikowski & Otros, 2011).

Infancia Maltratada en la Posmodernidad

Actualmente para Cohen Imach (2010) la violencia aparece como un síntoma social, como emergente de la cultura y la sociedad, que si bien hoy es un tema que comienza a visibilizarse, éste ha estado presente desde siempre manteniéndose oculto y en silencio. Para la misma, la violencia al igual que otros indicadores como pueden ser la pobreza o los niños en situación de calle, revela serias fallas en la sociedad y evidencian un profundo malestar. Por último menciona que maltrato, abuso y violencia constituyen un grave problema psicosocial del que son víctimas una gran mayoría de menores.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define al maltrato infantil como:

(...) los abusos y la desatención de que son objeto los menores de 18 años, e incluye todos los tipos de maltrato físico o psicológico, abuso sexual, desatención, negligencia o explotación comercial o de otro tipo que causen o puedan causar un daño a la salud, desarrollo o dignidad del niño, o poner en peligro su supervivencia, en el contexto de una relación de responsabilidad, confianza o poder. (OMS, 2010)

Otros autores respecto de esta temática han coincidido en referir al maltrato o

abuso infantil como aquellas acciones u omisiones (intencionales o no) que van a interferir en el desarrollo integral del niño, llegando incluso a vulnerar sus derechos como personas (Fernández Alonso & Otros, s.f.), ya sea que se encuentre comprometida la satisfacción de las necesidades primarias físicas, por ejemplo, la protección, alimentación, el abrigo, como así también las necesidades socioemocionales entre las que se encuentra el afecto, la estimulación, la contención, etc. (Vainstein & Rusler, 2011).

En otra línea de pensamiento, Silvina Cohen Imach (2010) sostiene que no se puede definir al maltrato infantil desde una única mirada, ya que, en primer lugar, es un problema que suele ser abordado por numerosos profesionales desde diferentes ámbitos con lo cual se poseen múltiples perspectivas y formas de caracterizar lo que se considera maltrato y lo que no. En segundo lugar, porque cada cultura conceptualiza la infancia de diferente manera, lo que condiciona por tanto, las prácticas de crianza, el modo de vinculación de los adultos para con los niños, los espacios establecidos para ellos, así como también serán variables las expectativas que se depositen sobre los más pequeños. Desde la perspectiva de dicha autora, lo que para un determinado grupo cultural se concibe en algún momento como “maltrato” para otros simplemente pueden conformar actos rituales que incluso pueden resultar necesarios e incuestionables.

En este sentido la misma advierte que en nuestra cultura actualmente, el término incluye tanto el maltrato físico, sexual, emocional como todas aquellas situaciones que, producto de la negligencia del adulto a cargo, puedan llegar a ocasionar daño en los menores, siendo el abandono una de las formas más extremas. En base a este punto compara los hechos acaecidos en la

antigüedad, donde el fajamiento y la envoltura eran prácticas cotidianas, con la indiferencia y el abandono emocional que serían expresiones de maltrato característicos en nuestros tiempos (Cohen Imach, Ibíd.).

Vainstein & Rusler (2011) en un documento confeccionado para UNICEF mencionan otras formas de violencia a las que son sometidos los más pequeños que, no por ser menos visibles, dejan de producir efectos devastadores en el desarrollo y en la constitución subjetiva de los niños. Algunas formas de violencia que mencionan son por ejemplo el consumo capitalista, que genera un estado de búsqueda incansable y su consiguiente insatisfacción, el aislamiento por pertenecer a grupos minoritarios siendo víctimas de prácticas discriminatorias ya sea por su raza, color de piel o nivel adquisitivo; la explotación infantil, el abandono afectivo producto de la indiferencia, la falta de expectativas hacia ese niño o en su extremo opuesto la exigencia exacerbada para que adquieran todas las habilidades necesarias que les permita el día de mañana ser exitosos y competitivos en un mercado cada vez más exigente.

Otros autores señalan importantes consecuencias que este tipo de prácticas pueden llegar a producir, como por ejemplo, alteraciones en el funcionamiento individual (suelen aparecer manifestaciones de ansiedad o depresión), familiar y social, así como también, la transmisión intergeneracional de la violencia, agresividad, dificultades en el rendimiento académico, en el establecimiento de vínculos con las demás personas, conducta antisocial e incluso puede ocasionar alteraciones en el ajuste psíquico individual. Han observado además que estas situaciones sufridas en los primeros momentos del desarrollo repercuten negativamente en las relaciones de apego y en la autoestima del

niño. Para los autores la mayor prevalencia de algunos problemas sobre otros, será variable en relación a los tipos y gravedad del maltrato sufrido, la valoración subjetiva que haga el menor de la violencia padecida, las estrategias con que cuente para afrontar el hecho y el apoyo y/o contención que reciba tanto a nivel familiar como social (Antequera Jurado, 2006; Bringiotti, 1999, citado en Cohen Imach, 2010; Fernández Alonso & Otros, s.f.).

Por último Cohen Imach (Ibíd.) sostiene que la demanda social contemporánea ha sufrido una profunda transformación, el eje de la Salud Mental hoy en día se centra en el "pathos" del acto y el cuerpo, tales como el abuso, la violencia, las adicciones. A su vez indica que dentro de estos padecimientos, el maltrato, el abuso y la violencia a la que son sometidos una gran cantidad de niños entrarían dentro de los denominados síntomas sociales y que exigen una pronta ocupación.

Imaginarios y Prácticas Actuales en la Infancia

Los "conceptos" de infancia que se han ido desarrollando a lo largo de este recorrido teórico deberían entenderse como imaginarios que direccionan ciertas prácticas. El concepto de imaginario social fue creado por Cornelius Castoriadis (citado en Golpe & Molero, 2009) y es utilizado para referirse al estilo de concebir el mundo singular, propio de una sociedad en particular y en un momento histórico determinado. Visto así para dichas autoras este concepto posee la condición de versatilidad y profundidad resultando necesario para poder comprender a las sociedades modernas, ya que el mismo alude a la producción ontológica referido a un modo particular de ser, e instituye de esta

manera la corporización de un “magma de significaciones imaginarias sociales”, que permite regular los discursos, los deseos, las prácticas y los sentires de un conjunto identitario de sujetos.

Originalmente se partió del imaginario del infante como un adulto pequeño en la Edad Media, sobre el que se aplicarían ciertas prácticas como por ejemplo, los castigos corporales, maniatar, asustar, etc. Más tarde surgiría el imaginario del niño como tierno, frágil y necesitado de amor, quizás más influido por la moral cristiana. Acercándonos más a la era actual nos encontramos con el imaginario del niño como “consumidor”, sujeto a los medios y la sociedad de consumo y, siendo en este contexto, objeto de prácticas de publicidad. Finalmente se lo puede observar hoy en día como objeto de prácticas de normalización, sobre todo (psico) educativa y médica. Aparecen las prácticas de diagnóstico y tratamiento medicalizante, en este sentido se entiende a las prácticas como aquellas acciones que sintetizan los aspectos subjetivos y estructurales de una sociedad (Bourdieu & Wacquant, 1995), es decir, que las prácticas engendran imaginarios, se orientan hacia la reproducción de estructuras sociales y cambios, se habitualizan (habitus) y se transfieren intergeneracionalmente.

Es importante mencionar que la práctica en lo profesional mantiene una relación de reciprocidad entre teoría y práctica. Sanjurjo (2012) toma de Schön la idea sobre la importancia de que el profesional detecte y a su vez evalúe la situación, elaborando la misma como una problemática y en base a su saber profesional construya nuevas respuestas para cada caso en particular. Así mismo señala que esta forma de comprender la práctica conlleva a una nueva concepción del conocimiento profesional, ya que los problemas que surgen de

las prácticas cotidianas son particulares y demandan de ciertas acciones que permitan resolverlos. De este modo concluye que la reflexión sobre la situación problemática y el conocimiento que surge en base a dicha reflexión son de gran importancia.

Cabe resaltar además que toda práctica se encontrará siempre sujeta a un contexto histórico determinado, dirigida por diferentes objetivos dependiendo del momento y del ámbito en el que se desempeñe, sea tanto en un espacio Público como Privado.

Por lo tanto estudiar las prácticas de atención (socio sanitaria) de la infancia, implicaría entonces asumir que: (1) son prácticas medicalizantes que objetivizan al infante, que lo naturalizan, lo normatizan y lo diagnostican, como punto de partida de las prácticas específicas que conformarán el tratamiento (social) al que serán sometidos; (2) son prácticas instauradoras y reproductoras de saberes, legitimaciones disciplinares y mercados sobre la infancia; (3) son prácticas de poder, en el sentido foucaultiano de genealogía, arqueología y ética que suponen orden social; (4) son prácticas estigmatizantes (Goffman, 2001) en el sentido de que se diagnostica con nomencladores clasificadores de síntomas (como el DSM) creando ficciones psicopatológicas.

De este modo se entiende que las prácticas en la infancia deben ser consideradas como una práctica racional de Salud Mental. En estas mismas prácticas se ponen en juego la tríada: diagnóstico, pronóstico y tratamiento en la que cada paradigma hará sus aportes. Según la definición dada por el diccionario de la Real Academia Española, la palabra diagnóstico procede del griego "Diagnosis" que significa conocimiento, así mismo señala además su carácter médico considerándolo como el arte o el acto de reconocer una

enfermedad.

Dentro de la corriente psicoanalítica, el diagnóstico se construirá principalmente mediante la observación particular del caso a caso. Urriolagoitia & Lora (2006) sostienen que el diagnóstico se vincula especialmente con una cuestión ética, siendo fundamental la realización de un diagnóstico diferencial que permita determinar las estructuras en juego (psicosis, neurosis, perversión) en cada sujeto. Esta corriente no apunta mediante esta clasificación a encuadrar a las personas, sino más bien poder identificar frente a que estructura el analista se encuentra para poder así planificar una posible intervención.

Existen corrientes de intervención psicológicas que se destacan principalmente en la construcción de un diagnóstico por clasificación (DSM). Miller (citado en Urriolagoitia & Lora, 2006) menciona a la nosografía de la psiquiatría clásica para señalar como los signos patológicos son determinantes de una clase, es decir de un sistema de clasificación. Por lo tanto, para este autor, formular un diagnóstico consistiría en ir de los signos a la clase, y señala que por esa misma razón la presentación de tales signos en un sujeto lo convertirían en el representante de la clase que incumben a dichos signos. Así mismo Artigas Pallarés (2011) refiere al DSM-IV como un sistema de clasificación multiaxial, donde la presencia de alguna realidad disfuncional por parte de un sujeto puede ser visto desde cinco perspectivas o ejes diferentes, como por ejemplo: trastornos clínicos y otros motivos de atención clínica, condiciones médicas generales, trastorno de la personalidad y retraso mental, problemas psicosociales y ambientales, siendo por último el eje de valoración global del funcionalismo.

El diagnóstico por múltiples fuentes es utilizado en otros enfoques de

intervención psicológica, el mismo se construye a partir de la implementación de pruebas psicométricas o psicodiagnósticas. Para Mikulic (2007) el psicodiagnóstico es un proceso en el que se recoge información mediante la utilización de diferentes instrumentos, tales como: observación, entrevistas, test, etc., con el propósito de llegar a un objetivo. La conducta se la considera determinada por un conjunto de atributos intrapsíquicos (rasgos, intereses y habilidades) que son los que diferenciarán a las personas entre sí. La autora indica que esta corriente se maneja con una metodología más bien correlacional, ya que se focalizan en establecer cuáles son las diferencias individuales presentes para situar al individuo en relación al grupo estadísticamente normativo. Por último agrega, que en este enfoque Psicométrico lo que se estudia son las variables intrapsíquicas, que son evaluadas principalmente por test estandarizados elaborados por estrategias teóricas factoriales, racionales y empíricas, que se basan en la idea de estabilidad de la conducta.

Otro tipo de corriente que aporta su forma de realizar y construir un diagnóstico es la psicopatología evolutiva. Para Giráldez (2003) ésta misma tiene por objeto aclarar qué procesos del desarrollo se encuentran ocultos o latentes en todos los espacios del funcionamiento, como así también descubrir cómo se produce la integración de los sistemas psicológicos, biológicos y sociales de los sujetos, para poder explicar tanto las conductas adaptativas como desadaptativas. Un principio fundamental que sustenta a la psicopatología evolutiva según el autor, es la idea de considerar al sujeto en un rol activo en la forma que direcciona el curso de su desarrollo. Es por eso que más allá de las influencias que puedan ejercer las condiciones presentes o su historia

personal, es a través de sus elecciones y su propia manera de organizarse las que ejercen una influencia fundamental en su desarrollo.

En relación al segundo componente de la tríada, el pronóstico, se ha encontrado escasa bibliografía al respecto, debido a que no es un término utilizado frecuentemente en el ámbito de la psicología ya que el objeto de estudio de esta disciplina es la mente humana lo cual implica una gran variabilidad en sí misma. Este término es utilizado comúnmente en el área médico clínica, y según la Real Academia Española es considerado como el juicio previo que elabora el médico en relación a los diferentes cambios que puedan surgir en el transcurso de una enfermedad, como también así la duración y finalización respecto a los síntomas que se encontraban previamente.

Por último ampliaremos el tercer componente de la tríada, el tratamiento, el cual vamos a considerar como el conjunto de estrategias que implementa cada profesional para curar o aliviar el padecimiento de un sujeto. Volviendo a tomar como referente a la Real Academia Española el término “Estrategia” es definido como el arte de dirigir las operaciones militares, arte, traza para dirigir un asunto y además como un conjunto de reglas que aseguran una decisión óptima en cada momento. Teniendo en cuenta esta conceptualización y retomando lo expuesto anteriormente, entendemos por lo tanto que las prácticas de atención de la infancia serán entonces comprendidas como aquellas generadoras de “estrategias“, concebidas como acciones objetivamente orientadas hacia fines específicos (Bourdieu & Wacquant, *Ibid*).

A los fines de esta investigación tomamos además las ideas aportadas por el Instituto de Tecnologías Educativas de España en relación a este tema, en la

cual se postula que las estrategias se basan en la articulación de diversos pasos, con el fin de alcanzar el objetivo propuesto de forma satisfactoria. Así en la búsqueda de ciertos objetivos se utilizan diferentes acciones y conductas atravesando sucesivas fases, con el propósito de obtener tal fin. Según dicha institución, dentro de las prácticas profesionales las estrategias de intervención serán determinadas por diferentes modelos, representaciones y marcos teóricos que darán lugar a los diseños, estructuras y componentes que se utilizarán en el proceso, orientando así la acción.

Por lo tanto los tratamientos, pensados como estrategias terapéuticas, pueden resultar más o menos racionales, en el sentido de que sus intervenciones sean planificadas o no. Así también pueden incluir diferentes estrategias, como por ejemplo, interpretaciones, actuaciones, reacomodaciones conceptuales, entre otras. En este punto podemos mencionar las formas de intervención de los distintos paradigmas, por ejemplo, dentro de la corriente psicoanalítica Melanie Klein (1955) sostiene la importancia de la técnica del juego en el tratamiento con niños, ya que mediante el mismo se puede comprender el desarrollo temprano, los procesos inconscientes etc. Para la autora mediante el juego el niño puede representar sus experiencias, sus fantasías y su realidad, así como también permite la atribución de diferentes roles asignados tanto al analista como así mismo. Cabe resaltar la importancia que le otorga el psicoanálisis al juego siendo un medio que permite al niño simbolizar y elaborar situaciones traumáticas vividas.

Otro modo de intervención es el propuesto por el Modelo Sistémico. Feixas & Otros (2012) señalan que las bases conceptuales de dicho modelo no son los rasgos, ni la personalidad o la conducta individual del sujeto, sino que se centra

en el sistema familiar como un todo, es decir, como una entidad que presenta sus propias pautas de interacción en las que el niño es solo una de las partes del sistema. Las intervenciones estarán dirigidas no de forma individual, sino más bien orientadas a modificar la dinámica familiar generadora del síntoma. Algunas de las estrategias terapéuticas que más se utilizan en este modelo son las entrevistas sistémicas y las preguntas circulares.

Desde el enfoque Psicosocial nos encontramos con los aportes desarrollados por Stornaiuolo (s.f.) quien menciona la importancia para dicho enfoque de situar en el ámbito social los aspectos subjetivos, ya sea individual o grupal, de las relaciones interpersonales. Así también la autora señala la influencia que ejercen los procesos sociales en la configuración de la identidad, la subjetividad y en la imagen de los individuos. Las técnicas más utilizadas en el modelo Psicosocial son: la observación, las diferentes entrevistas (dirigidas, semidirigidas, estructuradas, etc.) y el método de talleres reflexivos.

Por último podríamos mencionar al Modelo Médico, basándonos en los aportes planteados por Menéndez (1988) quien describe a tal modelo como el conjunto de saberes, prácticas y teorías provenientes de la medicina científica. Así mismo menciona las estrategias terapéuticas utilizadas en este modelo estarán orientadas a funciones preventivas, curativas, de control, de mantenimiento, de medicalización, entre otras.

A modo de síntesis podríamos decir que tanto las prácticas, como sus estrategias de intervención en la infancia, estarán determinadas por “criterios clínicos” siendo aquellos, posicionamientos paradigmáticos o teóricos que guiarán el quehacer de la práctica profesional. Es decir que, entendemos a los criterios como los valores que orientan las acciones de los agentes, siendo en

el caso de los profesionales, el tipo de diagnósticos, de tratamientos y las diferentes intervenciones que implementará en cada sesión, mientras que los dispositivos serían las estrategias plasmadas en marcos de trabajo terapéutico que varían en grado de institucionalización, entendiéndose no sólo el trabajo en contextos institucionales, sino por el reconocimiento que dentro del ejercicio de la profesión éstos suponen.

Stevens & Méndez (2007) sostienen que frente al incipiente aumento en la oferta de los tratamientos psicológicos, se percibe una diversidad de técnicas fundadas en diferentes lineamientos teóricos, con distintos objetivos, metas y alcances. Así mismo indican que al momento de decidir qué intervención utilizar frente a determinadas problemáticas, esto dependerá tanto del criterio clínico como de la experiencia y formación del profesional.

BIBLIOGRAFIA BASICA DE REFERENCIA

- Antequera Jurado, Rosario. (2006) Evaluación psicológica del maltrato en la infancia. *Cuaderno Médico Forense*, 12(43-44):129-148. Sevilla
- Arizaga, Cecilia & Faraone, Silvia (2008). La medicalización de la infancia. Niños, escuela y psicotrópicos. *Observatorio Argentino de Drogas, SEDRONAR*. Instituto de Investigaciones Gino Germani, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Buenos Aires.
- Arango, Sandra & Villalobos, María Eugenia (2012). ¿Hacia una infancia virtual? Desafíos al pre-escolar frente a los niños de hoy. *Boletín 805 de la Red Iberoamericana de Pedagogía*.
- Artigas-Pallarés, Josep (2011). ¿Sabemos qué es un trastorno? Perspectivas del DSM 5. *Rev. Neurológica 2011*, 52 (Supl 1): S59-69
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría (2001). DSM IV. *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (4ª ed., Texto Rev.).
- Bauman, Zygmunt (2003). *Modernidad Líquida*. Buenos Aires: Ed. Fondo de cultura Económica.
- Bourdieu, Pierre y Wacquant, Loïc (1995). *Respuestas por una antropología reflexiva*. México: Ed. Grijalbo.
- Campo Arias, Adalberto (2003) *Hacia un abordaje integral: el diagnóstico multiaxial*. Med UNAB. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.
- Cohen Imach, Silvina (2010). *Infancia maltratada en la posmodernidad: Teoría, Clínica y Evaluación*. Buenos Aires: Ed. Paidós.
- Dotro, Valeria (2007). La infancia entre la inocencia y el mercado. *Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología de la Nación*. Área de desarrollo Profesional

Docente. Argentina

Faraone, Silvia y Otros (2009). La industria farmacéutica en los procesos de medicalización/medicamentación en la infancia. *Edición N° 54*.

Feixas i Viaplana, G., Dámaris Muñoz Cano, Compañ Felipe, V., Montesano del Campo, A. (2012). *El Modelo Sistémico en la Intervención Familiar*. Facultad de Psicología, Universidad de Barcelona.

Fernández Alonso, M, Herrero Velázquez, S., Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Chocrón Bentata, L., García Campayo, J., Montón Franco, C., Tizón García, J. (S.F) *Malos tratos a la Infancia*. Grupo de Salud Mental del PAPPS. España.

Galende, Emiliano (2008). *Psicofármacos y Salud Mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Ed. Lugar.

Giráldez Lemos, Serafín (2003). La Psicopatología de la Infancia y la adolescencia: Consideraciones básicas para su estudio. *Papeles del Psicólogo, mayo-agosto, año/vol. 24, número 085. Pp. 19-28*. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Madrid, España.

Goffman, Erving, (2001). *Internados. Ensayos sobre la situación social de los enfermos mentales*. Buenos Aires. Ed. Amorrortu.

Instituto de Tecnologías Educativas (ITE). Curso Agentes de la Educación para Personas Adultas. Ministerio de Educación de España.

Janín, Beatriz (2006) El ADHD y los diagnósticos en la Infancia: La complejidad de las determinaciones. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*. 41/42, 83-110.

Jerusalinsky, Alfredo (2005). Gotitas y comprimidos para niños sin historia en Untoiglich, Gisela (Ed) *Diagnósticos en la Infancia* (pp 77-93) Buenos Aires: Ed.

Noveduc.

Klein, Melanie (1955). *La técnica psicoanalítica del juego: su historia y significado*. Obras Completas III. Barcelona: Ed. Paidós.

Levin, Esteban (2005). ¿Qué nos enseñan los niños en los diagnósticos actuales? en Untoiglich, Gisela (Ed) *Diagnósticos en la Infancia* (pp 55-68) Buenos Aires: Ed. Noveduc.

Méndez, Diego & Stevens, Kathleen (2007). Nuevas herramientas para la psicología clínica: las terapias basadas en la evidencia. *Cuaderno Neuropsicología vol. 1n.3*. Universidad de Santiago de Chile (USACH)

Menéndez, Eduardo L. (1988). *Modelo Médico Hegemónico y Atención Primaria*. Ponencia. Segundas Jornadas de Atención Primaria de la Salud. 30 de abril al 7 de mayo de 1988. Pp. 451- 464. Buenos Aires.

Mikulic, Isabel M. (2007). *La Evaluación Psicológica y el Análisis Ecoevaluativo*. Módulo I & Cátedra I. Ficha de la Cátedra. Departamento de Publicaciones. Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.

Organización Mundial de la Salud (2010). Nota descriptiva N° 150. Recuperado de <http://www.who.int/es/>

Polikowski, Gabriela (2011). Nuevos escenarios: Cultura, tecnología y subjetividad. *Ministerio de Educación*. Dirección General de Planeamiento Educativo. Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires.

Revista del Consumidor (2013). *Tendencias de consumo, los niños del siglo XXI Infancia en interfaz*. Recuperado de <http://www.revistadelconsumidor.gob.mx/?p=28903>.

Rusler, Verónica & Vainstein, Nilda (2011) *Por qué, cuándo y cómo intervenir desde la escuela ante el maltrato a la infancia y la adolescencia*. Guía

conceptual. Maltrato Infantil. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

Sanjurjo, Liliana (2012). Socializar experiencias de formación en prácticas profesionales: un modo de desarrollo profesional. *Praxis Educativa (Arg)*. Vol. XVI núm.1, enero – junio, pp 22-32. Universidad Nacional de la Pampa. Argentina.

Stornaiuolo, Martha (s.f). *El crimen de la desaparición forzada. Impacto Psicosocial y propuestas para su prevención, atención y reparación*. Centro de Atención Psicosocial (CAPS). Perú. Recuperado de <http://www.ibcperu.org/doc/isis/11481.pdf>

Untoiglich, Gisela (2005). *Diagnósticos en la Infancia. En busca de la subjetividad perdida*. Buenos Aires: Ed. Noveduc.

Untoiglich, Gisela (2009). *Patologías actuales en la infancia: bordes y desbordes en clínica y educación*. Buenos Aires: Ed. Noveduc.

Urriolagoitia, Gabriela & Lora, María Elena (2006). *El Diagnóstico diferencial en Psicoanálisis*. Ajayu, Vol. IV N° 2. Universidad Católica Boliviana

Análisis Intracategorial

Para el presente Trabajo de Campo se seleccionaron once profesionales de carrera de grado universitario que ejercen actualmente prácticas relacionadas con la Salud Mental comunitaria en el área infantil, tales como: Psicólogos de diferentes marcos teóricos, Psicopedagogas, Fonoaudióloga y Pediatras, pertenecientes al sector Público y Privado de la ciudad de Mar del Plata. Todos los participantes cuentan con experiencia en la atención de problemáticas de la infancia.

La técnica que se utilizó en este trabajo de campo fue la implementación de entrevistas semidirigidas, por su flexibilidad en la confección de las preguntas, que permite al entrevistado ampliar sus respuestas.

Para realizar este tipo de análisis intracategorial se dividió en siete categorías los temas más importantes que formaron parte de las entrevistas. Siendo la Categoría 1 representada por las Problemáticas de la Infancia, la Categoría 2 por los Motivos de Consultas, la Categoría 3 la inclusión de la Familia, la Categoría 4 el Diagnóstico, la Categoría 5 las Estrategias Terapéuticas, la Categoría 6 representada por las Derivaciones y por último la Categoría 7 los Resultados alcanzados. En cada una de las categorías se intentará encontrar tanto las convergencias como divergencias que se hacían presentes en los once Profesionales referentes a dichos temas.

Análisis Intracategorial

Categoría 1: Problemática de la Infancia

En la presente categoría se observan ciertas convergencias en cuanto a la influencia que tiene el contexto familiar y social respecto a las problemáticas que se manifiestan en los niños. Es importante destacar que cuando se hace mención al contexto familiar como una variable determinante en la problemática infantil, se está teniendo en cuenta cómo afectan los roles parentales que repercuten en la constitución del niño ya sea en la aplicación de límites, en la organización familiar, en la presencia-ausencia de padres como figuras de autoridad, etc.

Por ejemplo así lo expresa la Entrevistada 2, quien se desempeña como Psicóloga Educativa en un colegio privado de la ciudad: *"...la situación es compleja, porque obviamente los atraviesa todo lo que tiene que ver con lo social, familiar, cultural y las realidades de las instituciones que uno trabaja, pero es complejo, no solo es mirar al chiquito sino el chiquito y su contexto."*

En cuanto al contexto social se hace referencia que la problemática infantil va cambiando en consecuencia a los cambios que se van produciendo en las sociedades modernas, es por tal motivo que ahora dichas problemáticas tienen que ver más con la inmediatez, con las dificultades de poder establecer vínculos con el otro, con la falta de educación tanto de los padres como de los hijos y el hecho de percibir a los niños como "objeto" de consumo.

Al respecto, podemos mencionar la opinión de una de las entrevistadas que se desempeña como Psicóloga en el área privada: *"...Van cambiando [las problemáticas] en función que va cambiando la sociedad, las problemáticas*

ahora tienen que ver con lo inmediato, con la imposibilidad de conexión con el otro, con el otro llámalo también conocimiento, juego, ese otro que no permite un contacto como más profundo, todo es muy light, y miden las cosas como armando una careta...”(Entrevistada 8).

Las divergencias detectadas en esta categoría se vinculan con la presencia de una variable, que es la Institución Pública que delimita el trabajo de los profesionales, siendo diferente la capacidad de accionar en un ámbito público, ya sea por los tiempos con los que se cuenta, por la rigurosidad metodológica con que opera, de aquellos que se desempeñan trabajando en el ámbito privado. También se encontró la presencia de una divergencia con respecto al resto de las declaraciones, solo uno de los entrevistados tuvo en cuenta la importancia de la prevención en la problemática infantil. De esta forma lo expresa el Entrevistado 1, perteneciente al Servicio de Salud Mental Municipal:

“La infancia es bastante compleja por dos cosas, una es que las instituciones no están llegando desde la prevención siempre que llega un niño por lo menos a la institución pública municipal es ya un niño que llega con un problema de salud o una patología declarada....”

Categoría 2: Motivos de Consultas

La convergencias que pueden observarse en esta categoría hacen referencia a: Problemas de conducta, déficit en la vinculación con otros, hiperactividad, TGD, falta de límites, etc. Independientemente del ámbito profesional como del abordaje disciplinar en que se desempeña cada uno de los entrevistados aparecen las mismas problemáticas en los niños, en base a los testimonios recogidos, estos problemas se evidencian debido a la presencia de familias disfuncionales que poseen dificultad en el establecimiento de vínculos, ausencia de los padres como figuras de autoridad, trastorno de ansiedad originado por la prevalencia de lo inmediato en la cultura actual.

También se observa un claro aumento de la demanda manifestado por todos los entrevistados, asegurando que a través de los años y gracias a la difusión de los medios de comunicación el niño ocupa hoy por hoy un lugar de mayor interés y preocupación para las familias, las escuelas y los profesionales de la salud. Es importante destacar que el aumento de la demanda también ha sido influido por la diversidad que se presenta en los motivos por los cuales se consulta, permitiendo de esta manera que el abordaje pueda ser realizado por diferentes disciplinas especializadas en la salud de los niños.

Una Psicóloga del Área de Salud Pública resume muy bien esta idea respecto a los motivos de consulta y el incremento de la demanda: *"...Dificultades en la escuela, hiperactividad, problemas familiares (separación de los padres, nacimiento de hermanos) [...] Hay más consultas, porque la psicología infantil se encuentra más difundida, los niños han conocido el sufrimiento, más allá de cualquier época."*(Entrevistada 10)

En cuanto a las divergencias detectadas se vinculan al ámbito de la Psicología Jurídica en la cual se acentúan más los problemas de abuso, violencia familiar, medidas de abrigo, siendo también diferente la forma que llega el pedido para una posible intervención mediante una derivación del Servicio Local o por designación de un juez. Cabe aclarar que los problemas mencionados no solo son abordados por esta área sino que se presentan en todo campo de intervención de la salud. Así mismo se presentan diferentes motivos de consulta en el área de Pediatría vinculados únicamente a patologías físicas.

Categoría 3: Familia

Las convergencias observadas en la categoría “Familia” se presentan mediante la inclusión de algún miembro del grupo familiar en el dispositivo de abordaje que implementan cada uno de los profesionales. Todos acentúan la importancia de trabajar conjuntamente con los padres, ya que no solo se trabaja con el niño, sino que es necesario reconstruir su historia mediante el relato de los mismos, lograr su implicación en la problemática de sus hijos, como así también tener en cuenta el ámbito psicosocial en el que se desarrollan, entre otros.

Si bien se destaca que la participación de la familia es fundamental en la práctica esto muchas veces presenta ciertas dificultades, ya que se observa que el nivel de compromiso por parte de los mismos es variable. Los motivos suelen ser diversos, ya sea que a los padres le cuesta conectarse con sus hijos desde una patología o desde una discapacidad, o porque se observa el compromiso por parte de uno de los miembros de la pareja parental, también suele suceder que el abordaje para determinadas patologías resulta ser demasiado extenso, ocasionando el agotamiento de los padres, etc.

A continuación se presenta como ejemplo lo dicho por la Entrevistada 10, quien se desempeña como Psicóloga en el Área de Salud Pública:

“...Utilizó un dispositivo que incluye padres y parientes en la clínica de (para, con) niños. Generalmente los padres se comprometen en el trabajo que realizamos con sus hijos. Hay padres que vienen “sabiendo” de antemano cuál es el significado del síntoma de su hijo, otros que consultan porque consideran que el psicólogo tiene ese saber, y otros que “no quieren saber nada con eso”,

que asisten porque los "han mandado".

Las divergencias que se han podido detectar en cuanto a esta categoría nos hablan de una diferencia que se manifiesta en el ámbito público-privado en cuanto al compromiso que se pone en juego por parte de los padres en el tratamiento de sus hijos. Se observa que el nivel socio-económico influye en el seguimiento del proceso terapéutico por parte de las familias, ya que con frecuencia no cuentan con los recursos económicos necesarios para asistir a las consultas, siendo prioridad muchas veces el quedar a cuidado del resto de sus hijos. En el ámbito privado estos factores no se encuentran tan presentes. Así lo demuestra el Entrevistado 9 quien se desempeña como Pediatra en una Clínica Privada: *"... En el ámbito privado te diría que casi el cien por ciento, [cumplen con el tratamiento] (...) en el ámbito público tenías el extremo de gente que no podía venir porque cuando llovía se le hinchaban la puerta de los ranchos y no podían salir, de que se les inundaba y tenían que estar sacando agua y que tenían un montón de hijos y los traían directamente cuando podían que era cuando el niño ya estaba enfermo."*

Otra divergencia que se encontró en la variable "Compromiso" se vincula al Ámbito Jurídico, donde este es escaso, ya que tiene la particularidad de que se trabaja con patologías familiares complejas, lo que da como resultado una mayor dificultad en obtener implicación por parte de los mismos.

Citaremos lo expresado por una Psicóloga Jurídica perteneciente al Servicio Local de Protección y Promoción de los Derechos del Niño: *"Nosotros debemos ocuparnos de fortalecer a esta familia para que sus hijos puedan reinsertarse en ella nuevamente, hay otros casos que se observa cierta imposibilidad de lograrlo, de que sus hijos vuelvan a su hogar porque hay cuestiones que no*

cambian [...] es bastante complejo porque generalmente representan una patología familiar". (Entrevistada 3)

Categoría 4: Diagnóstico

Las convergencias encontradas en esta categoría “Diagnóstico” se vinculan con la utilización de modalidades diferentes para la construcción de un criterio diagnóstico. Esto se debe al marco teórico en el que se sustenta cada profesional, la formación académica que va adquiriendo cada uno, independientemente de la disciplina con la que se trabaje. Así también sucede que muchos sectores de la Salud Mental tienen altos grados de burocratización, en donde el diagnóstico es una operación necesaria para poder registrar los casos sobre los que se trabaja más allá de la elección del profesional de trabajar con diagnóstico o no.

De esta manera lo manifiesta el Entrevistado 1: *“...Como manera de comunicación para la provincia, el estado y el municipio usamos la CIE10 que es un manual de clasificación de enfermedades con el apartado de Salud Mental. Si bien la mayoría de los profesionales lo utiliza como un medio de comunicación sabiendo que la cuestión diagnóstica es mucho más que esa categorización, sin embargo en las historias clínicas y en las estadísticas que se mandan a la provincia muchos de esos códigos son del CIE10. [...] Por otro lado tenemos la presión de toda una corriente médica de a través de los manuales del DSM o CIE10 de poner diagnósticos o diagnosticar de manera concluyente y no presuntiva o provisoria con trastornos que son más para investigar, sobre todo en el momento en que los niños y adolescentes son medicados.”* (Psicólogo que se desempeña en el Servicio de Salud Mental Municipal)

A sí mismo, se destaca la importancia de tener en cuenta a la hora de realizar

un diagnóstico las características individuales de cada caso, tales como la situación socio-económica, familiar y la etapa evolutiva en la que se encuentra el niño.

Respecto a ello el Entrevistado 1 continúa diciendo: *"...los diagnósticos individuales depende del contexto social, de su precariedad laboral, situación socio económica por lo tanto ahí sí tendríamos íntimamente vinculado el problema de salud de los niños con la realidad de la familia a la que pertenece."*

En cuanto a las divergencias encontradas se puede destacar la particularidad con la que trabajan dos de las entrevistadas, por un lado, la profesional que se desempeña en el Área Educacional como Psicopedagoga refiere no trabajar con diagnósticos individuales, sino que se realizan diagnósticos áulicos a modo nivelatorio: *"...usamos el BENDER y el DFH se tabulan todos esos datos junto con una prueba pedagógica de la O.A y el diagnóstico social y ahí se hace un diagnóstico de cada grupo por ejemplo de cada primero..."*(Entrevistada 4)

Por otra parte, dentro del Área Jurídica, más precisamente en el Juzgado de Familia, la Psicóloga que allí trabaja asegura no realizar diagnósticos, ya que no se hacen seguimientos ni tratamientos debido a que su trabajo está vinculado a medidas resolutivas tales como divorcios, tenencias, alimentos, etc. sujeto a los tiempos judiciales.

Categoría 5: Estrategias Terapéuticas

Las convergencias encontradas en la categoría “Estrategias Terapéuticas” se dirigen generalmente a un abordaje integral, interdisciplinario y familiar cuando se trabaja con niños, siendo que el profesional utiliza en su práctica entrevistas con padres, entrevistas individuales, talleres, horas de juego, integración sensorial, educación para padres e integración grupal, muchos de ellos realizando un diagnóstico individual, familiar o grupal del caso específico. Es importante destacar en este punto que todos mantienen la idea de lo relevante que es trabajar con diagnósticos, algunos consideran pertinente construirlo sesión a sesión junto con el niño, o sea en evolución y otros partiendo desde el inicio con un diagnóstico claro y preciso. Es evidente que la formación académica de cada profesional influye no solo en la construcción de un diagnóstico sino también en los objetivos que se proponen en cada intervención, siendo en algunos casos a largo plazo sujeto a modificaciones y otros a corto plazo con un fin específico. Generalmente en esta planificación de objetivos los mismos se van modificando sobre la marcha por los acontecimientos de cada caso, lo que implica que el pronóstico y la evaluación de los resultados que se van alcanzando no se den de forma muy rígida, ya que muchas veces dependerá del niño, su historia, su familia y el tiempo con el que cuentan.

De esta manera lo expresaba una Psicóloga del Área Jurídica perteneciente al Sector Público: *“Acá se trabaja con entrevistas individuales, entrevistas conjuntas, si bien el sujeto para ley es igual, todos somos iguales ante la ley, uno trata de ver la singularidad de cada uno, de cada niño, de cada familia [...] Con el chico trabajo realizando pruebas proyectivas gráficas, trabajamos*

mediante el juego, hablamos, etc...”(Entrevistada 5)

Una de las divergencias a destacar en esta categoría se vincula a la presencia y rigurosa utilización de mantener un pronóstico en el proceso de su intervención como así también una medición o evaluación de los resultados que se va adquiriendo. Esta modalidad de trabajo se muestra con claridad en los entrevistados que trabajan en el área educativa, en el área de salud (Pediatras) y en el caso particular de la Entrevistada 6. En primer lugar (Área Educativa) los profesionales trabajan realizando un diagnóstico áulico observando las características del grupo, determinando ciertas estrategias para su utilización como su posterior evaluación. Al inicio del año y por directivas de una supervisora el equipo debe armar un plan integral de intervención teniendo en cuenta demandas o temas pendientes del año anterior que se tratara de cumplir en su mayor totalidad. En segundo lugar los profesionales de la salud especializados en Pediatría aseguran que cada diagnóstico posee un esquema de seguimiento y de estudios en la que se debe tener la menor cantidad de análisis complementarios que son innecesarios, partiendo con un pronóstico y posterior evaluación de los resultados que se van alcanzando. Por último se mencionó a la Entrevistada 6 por la misma razón que es la única entrevistada que siendo Psicóloga trabaja haciendo evaluaciones en forma permanente de sus objetivos durante el proceso terapéutico de manera rigurosa. Las misma planifica objetivos para cada sesión teniendo en cuenta las intervenciones que fueron exitosas, cuales no y si el error se debió a las estrategias que se utilizó para una posterior corrección. Es así como lo manifestaba: *“...Siempre estamos trabajando con objetivos y estamos haciendo esas evaluaciones digamos en forma permanente durante el proceso terapéutico, tanto del marco*

cognitivo como del marco sistémico, en donde vos no vas a la sesión a ver qué es lo que trae el paciente, más allá de que puede haber alguna urgencia o algún imprevisto que vos le des lugar, siempre están planificados los objetivos además de los a largo plazo están los objetivos para cada sesión, que voy a trabajar en esta sesión, que trabaje la última vez, que intervenciones fueron exitosas, cuáles no, donde estuvo el error, el error tuvo que ver con una conceptualización del caso, o tuvo que ver con el tipo de estrategia que utilice, tiene que ver con el objetivo que me planteé, entonces eso es permanente...”

Por último otra divergencia observada da cuenta que la formación del profesional, su marco teórico, la experiencia obtenida a lo largo de su práctica y el contexto en el cual trabaja determina las estrategias terapéuticas específicas que cada uno va a diseñar a la hora de realizar un abordaje, así como también sus objetivos, metas y tiempos. A continuación se citará lo dicho por una Fonoaudióloga que se desempeña laboralmente en el ámbito privado:

“... Yo trabajo en una línea que no es para nada conductista, sino lo contrario, tengo cursos hechos en integración sensorial, y ahora lo último que tengo hecho es en “Floor Time”. Es traducido es horas en el piso, de juego, lo que el niño propone en el juego uno se va metiendo en ese juego. Se trabaja las capacidades emocionales. [...] Se arma un objetivo de trabajo, a corto plazo y después los vas modificando...” (Entrevistada 11)

Categoría 6: Derivaciones

En esta categoría “Derivaciones” se han detectado ciertas convergencias en relación a la presencia de esta variable. Vemos que en la totalidad de los entrevistados se encuentra presente esta modalidad, ya sea en casos en los cuales se excede el saber del profesional, el área y/o disciplina en la cual está formado, o por los límites que impone el dispositivo en el cual trabaja. Las derivaciones se dirigen generalmente a Psicólogos, Psiquiatras, Psicopedagogas, Neurólogos y Fonoaudiólogos. Así mismo se observa que también en cada uno de los profesionales se realizan interconsultas cuando el caso así lo requiere. Por ejemplo una Psicóloga que trabaja en el Ámbito Privado expresa: *“...Sí, hay muchos casos en que yo hago la evaluación primero y determino que no hay disfunción y que el problema más que nada tiene que ver con algo específico de psicopedagoga va a psicopedagoga por ejemplo, los casos de TGD (Trastorno General del Desarrollo) yo no los tomo, hago una orientación a padres, pero en general yo no los tomo porque me parece que necesitas una formación muy específica en eso [...] Neurólogos y Psiquiatras Infantiles en casos de interconsulta, cuando son casos más serios, más estructurales.”*(Entrevistada 6).

En cuanto a las divergencias que se presentan en esta categoría se encuentran sujetas al dispositivo con el que trabajan algunos de los profesionales entrevistados, ya sea en el ámbito público (Salita Municipal) donde se reciben las derivaciones que provienen de otros centros, trabajando posteriormente con el equipo de forma interdisciplinaria cada caso si así lo requiere sujeto a posibles derivaciones e interconsultas. Así también en el ámbito judicial

(Juzgado de Familia) al ser las causas designadas por un juez conlleva que en caso de ser necesario las derivaciones se dirijan a los padres ya que la problemática se desarrolla principalmente en este vínculo, sin descartar la posibilidad de derivar a otros profesionales de la Salud Mental ya sea a Psicólogas o Psiquiatras como es el caso de la Entrevistada 3 que trabaja con el Servicio Local donde también su abordaje será interdisciplinario ya que su equipo está formado por Abogados, Psicólogos y Asistentes sociales. Por último es importante destacar que en el Ámbito Educativo (Escuelas) las derivaciones se dan generalmente en los casos donde un problema de aprendizaje termina siendo un problema de Salud Mental.

Una de las entrevistadas que se desempeña como Psicóloga Jurídica comenta lo siguiente respecto a esta categoría: *"...Sí, cuando veo que el problema no es el niño, como sucede en la gran mayoría de casos, que el problema se dirime entre los padres, derivó para que hagan un tratamiento psicológico, no siempre resulta fácil, a veces se trabaja con personas que no cuentan con los recursos ni económicos ni intelectuales para llevar a cabo un tratamiento psicológico, pero cuando creo que es necesario yo los derivó."*(Entrevistada 5)

Categoría 7: Resultados

En esta categoría “Resultados” se detectan ciertas convergencias vinculadas a tener en cuenta los resultados que se obtienen en el abordaje de cada tratamiento. Así se da por ejemplo en el Área Médica Clínica (Pediatras) donde cada diagnóstico posee un esquema de seguimiento y de estudios en los que se busca poder realizar la menor cantidad posible de análisis complementarios, requiriendo una posterior evaluación de los resultados que se van alcanzando para mejorar sus intervenciones futuras. Algo similar se observa en el abordaje Sistémico-Cognitivo en el que se desempeña una de las profesionales entrevistadas la cual trabaja haciendo evaluaciones en forma permanente de sus objetivos durante el proceso terapéutico de manera rigurosa. La misma planifica objetivos para cada sesión teniendo en cuenta las intervenciones que fueron exitosas, cuales no y si el error se debió a las estrategias utilizadas para hacer una posterior corrección. Es así como lo manifestaba en la entrevista:

“...Los resultados han sido positivos. Hace cosa de tres o cuatro años hicimos con un equipo un trabajo de investigación acerca de la eficacia, los motivos de consulta, y estamos dentro de los parámetros normales digamos, había una oscilación entre un 16 y un 18 % de lo que se considera fracaso terapéutico, que es dentro de los parámetros normales.”(Entrevistada 6)

En el Área Educativa la forma que utilizan para abordar su trabajo ya sea siendo Psicopedagoga o Psicóloga Educativa está regida por una planificación curricular marcada por directivos, lo cual obliga de cierta manera a tener permanentemente presentes sus objetivos, la evaluación de los resultados y su posterior modificación para mejorar sus estrategias de trabajo.

Tal es el ejemplo de lo dicho por una Psicóloga Educacional perteneciente al Ámbito Privado: *“En realidad el trabajo en la escuela es un trabajo en equipo, digamos que si pensamos como en grupo, en general, cuando uno trabaja junto con los docentes puede hacer un diagnóstico áulico, puede ver las características del grupo, puede sugerir determinadas estrategias y se van obviamente viendo avances a lo largo de este camino... [...]Existen tiempos externos como desde los directivos y las inspecciones con lo que tiene que ver que en Segundo (grado) tiene que ser alfabetizado el niño porque si no no puede pasar al Tercer grado, por eso a veces actúan variables externas que determinan el tiempo”.* (Entrevistada 2)

Es importante aclarar que no todos realizan una medición de sus resultados para mejorar su práctica, es así que la divergencia observada en esta categoría se vincula al Área Jurídica precisamente al Grupo Técnico de Hogares y Familia de Acogida que trabaja con las problemáticas que llegan al Servicio Local donde se manifiesta cierta dificultad para medir los resultados que obtiene de sus abordajes, ya que en su gran mayoría son muy pocos los adquiridos.

Otra divergencia que se observó y que es importante no pasarla por alto se vincula al Sector Municipal (Salitas), donde no se hace una medición de resultados siendo que es muy difícil arribar a una cura sino que se habla más bien de un restablecimiento o rehabilitación del paciente.

Anexo Metodológico

Categoría 1: Problemática en la infancia

Convergencias	Divergencias
Entrevistado 1: Tiene en cuenta el contexto familiar y el social.	Es el único entrevistado que tiene en cuenta la prevención en esta categoría.
Entrevistado 2: Tienen en cuenta el contexto familiar, social y cultural.	Hace mención a la realidad institucional con la que se trabaja.
Entrevistado 3: Tiene en cuenta el contexto familiar y social.	Hace mención a la realidad institucional con la que se trabaja.
Entrevistado 4: Tiene en cuenta el contexto familiar encontrándose el social implicado implícitamente.	
Entrevistado 5: Tiene en cuenta tanto el contexto familiar como social.	
Entrevistado 6: Tiene en cuenta el contexto familiar pero debido a su formación sistémica este es emergente de un contexto más amplio que es el social.	
Entrevistado 7: Tiene en cuenta el contexto familiar y social.	
Entrevistado 8: Hace mucho más hincapié en lo social.	
Entrevistado 9: Tiene en cuenta el contexto social.	
Entrevistado 10: Tiene en cuenta el contexto familiar y social.	
Entrevistado 11: Tiene en cuenta el contexto familiar y social.	

Categoría 2: Motivos de Consultas

Convergencias	Divergencias
<p>Entrevistado 1: Problemas de aprendizaje, de conducta, síndrome de hiperactividad y TGD. Demanda en constante crecimiento. La demanda llega de manera espontánea, derivados de la escuela, por los mismos padres o de pediatría.</p>	
<p>Entrevistado 2: Problemas referidos a la dinámica familiar que influyen en el desempeño académico, falta de atención, motivación, déficit en los vínculos y TGD. La demanda aumento en general. La demanda llega a través de los directivos, los docentes, los alumnos y los padres.</p>	
<p>Entrevistada 3: Falta de control de impulsos dañándose a sí mismo y a otros, dificultad para establecer vínculos y trastornos de ansiedad. La demanda aumento muchísimo.</p>	<p>Problemas de abuso, maltrato físico, trastornos de personalidad, oposicionistas, desafiantes. La demanda llega a través del servicio local mediante denuncias que hace la escuela.</p>
<p>Entrevistada 4: Problemas de aprendizaje, de conducta, falta de límites y de hábitos. La demanda aumenta permanentemente. La demanda llega por los docentes, directivos, los padres y espontáneamente.</p>	<p>Problemas fonoaudiológicos.</p>
<p>Entrevistada 5: La demanda se incremento.</p>	<p>Problemas de violencia familiar, pedido de tenencia, medidas de abrigo y guarda institucional. La demanda llega siempre por designación de un juez.</p>
<p>Entrevistada 6: Problemas de conducta, trastorno de ansiedad, trastornos del desarrollo en general, enuresis y encopresis. La demanda aumenta constantemente. La demanda llega mediante los padres y por los pediatras.</p>	<p>Presencia de fobias específicas.</p>

<p>Entrevistada 7: Problemas de diarreas, bronquiolitis, catarros, broncoespasmos, infecciones en la piel, faringitis, laringitis, otitis, alergias y traumatismos varios.</p> <p>La demanda aumento.</p> <p>La demanda llegan generalmente acompañados por la madre, o el padre, solos, o ambos y abuela, tíos, vecinos. (Converge con el entrevistado 9)</p>	
<p>Entrevistada 8: Problemas de violencia, desborde pulsional, hiperactividad, dificultad de los padres de mantener un lugar de autoridad, falta de límites, enuresis, dificultad en generar contacto social y fracaso escolar.</p> <p>La demanda llega a través de la escuela y los padres.</p>	<p>La demanda es variable.</p>
<p>Entrevistado 9: Problemas respiratorios, patologías digestivas, enfermedades de la piel y alergias.</p> <p>La demanda aumenta permanentemente siendo influida por las enfermedades apócales.</p> <p>La demanda llega espontáneamente y por el boca en boca.</p>	
<p>Entrevistada 10: Problemas de hiperactividad, dificultades en la escuela y problemas familiares.</p> <p>La demanda aumento.</p> <p>La demanda llega mediante la escuela y pediatra.</p>	
<p>Entrevistada 11: Presencia de niños desbordados, desorganizados, familias disfuncionales, falta de límites, dificultad en la comunicación y violencia.</p> <p>La demanda aumento.</p> <p>La demanda llega por medio de la escuela, familia y pediatras.</p>	

Categoría 3: Familia

Convergencias	Divergencias
Entrevistado 1: En el abordaje se trabaja con la familia. El grado de compromiso por parte de la familia es variable.	
Entrevistado 2: En el abordaje se trabaja con la familia. El grado de compromiso por parte de la familia es variable.	
Entrevistado 3: En el abordaje se trabaja con la familia.	El grado de compromiso por parte de los padres es escaso debido a la compleja patología familiar que se presentan en el ámbito judicial.
Entrevistado 4: En el abordaje se trabaja con la familia. El grado de compromiso por parte de los padres es frecuente.	
Entrevistado 5: En el abordaje se trabaja con la familia. El grado de compromiso por parte de los padres es variable.	
Entrevistado 6: En el abordaje se trabaja con la familia. El grado de compromiso por parte de los padres es óptimo.	
Entrevistado 7: En el abordaje se trabaja con la familia para dar las indicaciones médicas necesarias. El grado de compromiso por parte de los padres es variable.	
Entrevistado 8: En el abordaje se trabaja con la familia. El grado de compromiso por parte de los padres es variable.	
Entrevistado 9: En el abordaje se trabaja con la familia.	El grado de compromiso por parte de los padres es variable (En el ámbito privado el nivel de compromiso es muy alto y en el ámbito público es más escaso)
Entrevistado 10: En el abordaje se trabaja con la familia. El grado de compromiso por parte de los padres generalmente es alto.	

<p>Entrevistado 11: En el abordaje se trabaja con la familia. El grado de compromiso por parte de los padres es variable.</p>	
---	--

Categoría 4: Diagnóstico

Convergencias	Divergencias
Entrevistado 1: Se trabaja con un diagnóstico individual, dependiendo del contexto social, su precariedad laboral y situación socio económica. Se utilizan los nomencladores del DSM y la CIE 10 para un diagnóstico concluyente.	
Entrevistado 2: Trabaja con un diagnóstico presuntivo, teniendo en cuenta el desarrollo evolutivo del niño.	
Entrevistado 3: Trabaja con un diagnóstico presuntivo en base a lo que observa.	
Entrevistado 4: Se realiza un diagnóstico grupal/áulico.	No trabaja con diagnóstico individual,
Entrevistado 5:	No trabaja con diagnóstico, porque no se hacen tratamiento, ni seguimientos y están sujetos a los tiempos judiciales.
Entrevistado 6: Trabaja con DSM y Diagnóstico Familiar que hace referencia a las competencias parentales.	
Entrevistado 7: Trabaja con diagnóstico clínico/médico.	
Entrevistado 8: Trabaja con un diagnóstico presuntivo e individual diseñándolo sesión a sesión con el paciente.	
Entrevistado 9: Trabaja con diagnóstico, con esquemas de seguimientos y de estudios generalmente para todos los síndromes o patologías	
Entrevistado 10: Trabaja con diagnóstico diferencial, entendido como “diagnóstico de la diferencia”, no como rotulación.	
Entrevistado 11: Trabaja con un perfil individual.	

Categoría 5: Estrategias Terapéuticas

Convergencias	Divergencias
<p>Entrevistado 1: Trabaja el caso a caso con objetivos cortos o más largos. Parte de diagnósticos presuntivos y en evolución. Su base teórica de referencia es el Psicoanálisis. Trabajo integral e interdisciplinario.</p>	
<p>Entrevistado 2: Las estrategias de abordaje que implementa es principalmente la observación, luego reuniones con padres, a su vez observaciones previas aportadas por otros profesionales, etc. No realizan diagnósticos y su base teórica está orientada al Cognitivismo. Trabajo integral e interdisciplinario.</p>	<p>La meta que opera en el abordaje es lograr que el niño pueda adecuarse desde lo social, lo psicológico, cognitivo, vincular, en relación a su grupo áulico.</p>
<p>Entrevistado 3: Sus actividades están dirigidas una vez que se prorroga la medida de abrigo. Trabajan en el hogar del niño, o bien con la familia de acogida proyecto desarrollado por el equipo de trabajo. Realizan entrevistas con la familia de origen, acompañan la adaptación con la familia de acogida previa a un diagnóstico. El abordaje en el hogar es de forma grupal. Trabaja con un diagnóstico presuntivo en base a lo observado. Tiene formación en terapias Sistémicas y Cognitivas. Trabajo integral e interdisciplinario.</p>	<p>Los objetivos es lograr reintegrar al niño a su familia biológica o a una familia de acogida como la satisfacción de sus derechos.</p>
<p>Entrevistado 4: Si bien no realizan un diagnóstico clínico lo que si desarrolla es un diagnóstico social o áulico. Trabajo integral e interdisciplinario.</p>	<p>Realización de talleres, seguimiento de casos, acompañar a los docentes como una pareja pedagógica. El abordaje tiene un fin y un tiempo marcado por la inspectora y directora.</p>

<p>Entrevistado 5: Las estrategias de abordaje que implementa son la utilización de entrevistas individuales, entrevistas conjuntas, observación en la singularidad de cada caso, cada niño y cada familia, pruebas proyectivas gráficas y juego. Trabaja con diagnóstico y su formación es Psicoanalítica. Trabajo integral e interdisciplinario.</p>	<p>El abordaje tiene un fin y un tiempo específico estipulado por el proceso judicial.</p>
<p>Entrevistado 6: Trabajo integral Cognitivo y Sistémico e interdisciplinario. Siempre realiza diagnósticos en su abordaje.</p>	<p>El enfoque está dirigido a terapias breves focalizadas.</p>
<p>Entrevistado 7: Trabaja con diagnósticos. El fin de su trabajo consiste en la solución del problema (curación) y que se cumpla el tratamiento indicado. El tiempo se usa para observar la evolución de una enfermedad o la respuesta al tratamiento, es específico de cada caso. Trabajo integral e interdisciplinario tanto en el ámbito público como privado.</p>	<p>Sus actividades profesionales están dirigidas a la realización de un examen físico, diagnóstico y tratamiento o solicitud de estudios y posterior tratamiento.</p>
<p>Entrevistado 8: Se plantea metas al inicio del tratamiento que luego se van modificando y diseñando sobre la marcha. Trabaja con diagnóstico con un marco teórico Psicoanalítico. El tiempo está marcado por la subjetividad de cada niño/caso. Trabajo integral e interdisciplinario.</p>	<p>La estrategia de abordaje que utiliza principalmente es el juego y su posterior interpretación.</p>
<p>Entrevistado 9: En su trabajo realiza diagnósticos. Trabaja mediante un abordaje integral, teniendo en cuenta la familia siendo fundamental en el crecimiento y desarrollo del niño más allá de la enfermedad en sí. Se dirige a los niños/pacientes explicando todo aquello que va hacerle mediante el diálogo y dibujos. Trabajo integral e interdisciplinario.</p>	<p>La meta se dirige a curarlos cuando se puede y cuando no, lograr aliviar el dolor y también acompañarlos.</p>

<p>Entrevistado 10: Trabaja con dispositivos que incluye padres y parientes en la clínica de niños, dirigiéndose al síntoma que preocupa a la familia y que angustia al niño. Realiza diagnósticos “diferenciales” y posee una maestría en Psicoanálisis. El tiempo es específico en cada caso particular. Trabajo integral e interdisciplinario.</p>	
<p>Entrevistado 11: Trabaja la comunicación, la relación con el otro y el acompañamiento en las escuelas. No realiza diagnósticos pero si en cada caso un perfil individual. Trabajo integral e interdisciplinario.</p>	<p>La estrategias de abordaje que implementa consiste en la utilización de herramientas Floor Time (Horas de juego en el piso) y de integración sensorial. Se plantean objetivos de trabajo a corto plazo sujeto a modificaciones.</p>

Categoría 6: Derivaciones

Convergencias	Divergencias
Entrevistado 1: Trabaja en equipo con todos los profesionales de la Salita.	No habla de derivaciones ya que trabaja en las salitas municipales donde se realiza atención primaria y se aborda el caso con el equipo con el que cuentan. Quizás sea más común la interconsulta que la derivación.
Entrevistado 2: Si realiza derivaciones, cuando se observa un chiquito con dificultad ya que en la escuela no se realizan tratamientos. Estas derivaciones se dirigen a Psicólogos Clínicos, Neurólogos y Terapistas.	La derivación se debe a que el dispositivo en el cual trabaja no realiza tratamientos.
Entrevistado 3: Realiza derivaciones en los casos que lo necesiten, sea a Psicólogos o Psiquiatras. Trabaja interdisciplinariamente y realiza interconsultas con otros profesionales.	
Entrevistado 4: Trabaja en equipo y en forma interdisciplinaria. Si es necesario deriva ya que la escuela no realiza tratamientos, las mismas se dirigen a Psicólogos, Terapistas o Fonoaudiólogos.	La derivación se debe a que el dispositivo en el cual trabaja no realiza tratamientos.
Entrevistado 5: Deriva cuando observa que el problema no es del niño, sino de los padres, deriva a los mismos a terapia.	La derivación se realiza a los padres del niño, no al niño, ya que en el Juzgado de Familia no puede derivar los casos que le son asignados.
Entrevistado 6: Realiza derivaciones cuando evalúa y el caso es específico de otra disciplina o ante determinados casos o patologías con los cual no trabaja. Estas derivaciones se dirigen a Neurólogos, Psiquiatras y Psicopedagogas. Realiza interconsultas en casos graves o más estructurales.	
Entrevistado 7: Sí realiza derivaciones, el pedido de interconsultas es frecuente a diferentes servicios: Traumatología, Neurología, Psicología, Foniatría, etc.	

<p>Entrevistado 8: Si realiza derivaciones, tanto a los niños como a los padres cuando detecta ciertos problemas. Las mismas se dirigen hacia Neurólogos, Terapistas Ocupacionales, Fonoaudióloga, Psicopedagoga y Pediatras. Realiza interconsultas con varios profesionales.</p>	<p>También deriva a los padres de ser necesario.</p>
<p>Entrevistado 9: Realiza derivaciones en los casos necesarios hacia Psicólogos o Psiquiatras y trabaja en equipo realizando interconsultas.</p>	
<p>Entrevistado 10: Si realiza derivaciones según el caso. Trabaja en un Instituto Médico Público donde hay especialistas tales como: Psicólogos, Neurólogos, Terapistas ocupacionales, Fonoaudiólogas, Psicopedagogas y Pediatras. La auditora de salud mental es la encargada de hacer las derivaciones. Trabaja en forma interdisciplinaria, sin que esto implique “fragmentar” al niño en tantos pedazos como profesionales intervengan.</p>	
<p>Entrevistado 11: Realiza derivaciones si se observa que es necesario, ya se Neurólogos o a cualquier otro profesional de la salud. Trabaja en equipo en forma interdisciplinariamente.</p>	

Categoría 7: Resultados

Convergencias	Divergencias
<p>Entrevistado 1: Tiene en cuenta los resultados obtenidos, siendo positivos cuando el abordaje se hace en equipo, como por ejemplo cuando los problemas por los que consulta el paciente se arregló, organizó o enderezó. Nunca olvida lo que queda pendiente.</p>	<p>No se puede hablar de cura si de restablecimiento o rehabilitación. No hacen evaluación de resultados.</p>
<p>Entrevistado 2: Trabaja teniendo en cuenta los resultados obtenidos. En la implementación de estrategias va observando los avances a lo largo del camino. Se presenta tiempos marcados por los directivos e inspección para obtener los resultados deseados.</p>	
<p>Entrevistado 3: Los tiempos de trabajo son marcados por la justicia.</p>	<p>Generalmente no se logran muchos resultados, lo que conlleva a trabajar sin medir los resultados que se vayan alcanzando.</p>
<p>Entrevistado 4: Trabaja teniendo en cuenta los resultados obtenidos. El abordaje que implementa es a través de un equipo que le permite alcanzar ciertos resultados positivos. Los tiempos de trabajo lo marca los directivos y el propio desempeño del niño.</p>	
<p>Entrevistado 5: Trabaja teniendo como objetivo arribar a resultados positivos, variando según la causa por la que llegan. Los tiempos de trabajo son marcados por la justicia.</p>	
<p>Entrevistado 6: Generalmente obtiene muy buenos resultados. Trabaja midiendo la eficacia de sus tratamientos mediante un estudio estadístico.</p>	

<p>Entrevistado 7: Trabaja midiendo los resultados obtenidos, dirigiéndose principalmente a la curación de la enfermedad, calidad de vida y alivio de los síntomas. El logro de los resultados no siempre es el deseado.</p>	
<p>Entrevistado 8: Generalmente los resultados a los que llega son positivos.</p>	<p>En su trabajo tiene en cuenta los resultados a los que alcanza pero no de forma estricta, ya que redefine la meta del tratamiento constantemente.</p>
<p>Entrevistado 9: Trabaja teniendo en cuenta los resultados que va adquiriendo, en su mayoría son positivos. Cada enfermedad tiene un tiempo específico, si sale de ese tiempo se estudia cuales son los motivos.</p>	
<p>Entrevistado 10: Tiene en cuenta los resultados que obtiene mediante la desaparición del síntoma. El tiempo requerido para adquirir un resultado se da de forma rápida por la plasticidad que caracterizan a los niños.</p>	
<p>Entrevistado 11: Trabaja teniendo en cuenta los resultados que va obteniendo. Generalmente se arriba a resultados positivos dependiendo de la gravedad del caso en particular. El tiempo está sujeto a modificaciones.</p>	

Análisis Intercategorial

La posibilidad de llevar adelante en nuestro trabajo un Análisis Intercategorial se debe al objetivo que lo representa, siendo este la construcción de una tríada que nos permita combinar tres de las categorías más importantes arrojando una conclusión más rica y globalizada de ellas.

Análisis Intercategorial: Tríada Problemática de la Infancia/Motivo de Consulta/Estrategias Terapéuticas.

Es de importancia destacar que las problemáticas de la clínica actual, principalmente en el área de la infancia, ocupan un espacio cada vez mayor en el campo de la salud y de la educación. Dichas problemáticas cambian en relación a los cambios de la sociedad. Así se vio reflejado en los dichos de los entrevistados al referirse a estas problemáticas enfatizando que, hoy por hoy, se vinculan con lo inmediato generando una imposibilidad de conexión con el otro, donde tomando las palabras de Galende (2008) “este modo de sistema social con sus características globalizadas, es el que toma el comando de los procesos de subjetivación en detrimento de la familia” (p. 242) convirtiendo al niño en “objeto de consumo”. Otra manera en que se manifiestan, según lo expresado, es a través de la presencia de niños desbordados, en todo sentido, como desorganizados, debido a los cambios de roles parentales, a familias disfuncionales, padres ausentes, que en determinadas ocasiones promueven situaciones de abandono que afectan al niño como tal, al vínculo parento-filial y a su inclusión en el tejido social y escolar. Así también la falta de límites, la poca responsabilidad termina siendo el emergente muchas veces de una conflictiva entre los adultos. Si bien el niño se ha ido convirtiendo en un “objeto”

de preocupación, de estudios y de especialización para diferentes disciplinas, los adultos han declinado de su condición, dejando vacante el lugar de sostén para ellos.

Del análisis de la Categoría “Motivos de Consulta” se desprende que las conflictivas actuales se presentan de diversas formas, por ejemplo se observan en los niños problemas de conducta, déficit en la vinculación con otros, Síndrome de Hiperactividad, TGD, falta de límites, problemas de aprendizaje, falta de atención, motivación y control de impulsos, trastornos de ansiedad, problemas de violencia, enuresis y encopresis, etc. Los profesionales que las abordan se orientan a la comprensión de estas manifestaciones desde aproximaciones disciplinarias diversas, pero convergentes en sus interrogaciones sobre las formas que toman los padecimientos de la infancia, hoy.

En la clínica actualmente se observa una incidencia en las consultas que se realizan por niños, según los datos obtenidos en las entrevistas realizadas se hace mención a que gracias a la difusión de los medios de comunicación el niño ocupa hoy por hoy un lugar de mayor interés y preocupación para las familias, las escuelas y los profesionales de la salud. La diferenciación y especificación social de la infancia se puede ver reflejada en la especialización de las profesiones que intervienen sobre esta población, la oferta de servicios varios y de bienes de consumo (mercado) Es importante destacar que el aumento de la demanda también ha sido influido por la diversidad que se presenta en los motivos por los cuales se consulta, permitiendo de esta manera que el abordaje pueda ser realizado por diferentes disciplinas especializadas en la salud de los niños.

En base a las problemáticas presentes Silvia Bleichmar (citada en Untoiglich, 2005) plantea la inevitable responsabilidad del profesional en cuanto a su evaluación, ya sea en la vida presente de ese sujeto como en relación a su futuro. Tal como lo señala Untoiglich (Ibid) esta situación implicaría diversos riesgos, como por ejemplo la estigmatización de la infancia con las serias consecuencias que ello podría significar en la subjetividad de los niños ya que son seres que están en proceso de estructuración. Es por eso que la construcción de un diagnóstico es imprescindible ya que en base a este se plantearán las estrategias a futuro y se orientará un determinado tratamiento, siendo fundamental realizarlo mediante modelos biomédicos o psicosociales. Este abordaje permitiría hacer una valoración en contexto los aspectos psicológicos, biológicos, sociales y culturales del padecimiento del niño (Bleichmar, 1998, citada en Untoiglich, 2005; Campo, 2003). Se observó que algunos de los profesionales entrevistados consideran pertinente construirlo sesión a sesión junto con el niño, o sea en evolución con un enfoque orientado más en la observación, otros lo hacen partiendo desde el inicio con un diagnóstico claro y preciso, otros profesionales diagraman sus diagnósticos en función de las entrevistas que administran, también se observaron enfoques más psicométricos basados en la aplicación de test, o mediante la utilización del DSM IV observando los comportamientos de los niños y luego diagnosticando.

Es evidente que la formación académica de cada profesional influye no solo en la construcción de un diagnóstico sino también en los objetivos que se proponen en cada intervención, siendo en algunos casos a largo plazo, sujeto a modificaciones y otros a corto plazos por distintas razones. Generalmente en

esta planificación de objetivos, los mismos se van modificando sobre la marcha por los acontecimientos de cada caso, lo que implica que el pronóstico y la evaluación de los resultados que se van alcanzando no se dan de forma estática, ya que muchas veces dependerá del niño, su historia, su familia y el tiempo con el que cuentan, dando lugar a diversos abordajes metodológicos en cada uno de los campos.

Producto del análisis de la Categoría “Estrategias Terapéuticas” se observa que cada lineamiento intentará arrojar diferentes respuestas a los aspectos más complejos e insolubles de la práctica infantil diseñando diversas estrategias terapéuticas. Desde la perspectiva Biomédica se realiza un abordaje integral de las manifestaciones clínicas del paciente. El objetivo es el estudio de la patología médica y la elaboración del diagnóstico y pronóstico en base a los datos obtenidos con el interrogatorio y el examen físico con posibilidad de solicitar exámenes complementarios; la formulación de diagnósticos clínicos presuntivos y diferenciales como así también la aplicación terapéutica correspondiente al cuadro clínico detectado.

A partir de un abordaje individual se da cuenta de dos líneas de trabajo, una de ellas refiere a la aplicación de Terapias Cognitiva-Sistémica teniendo como objetivo “...la modificación de ciertos comportamientos insatisfactorios o poco adaptativos del paciente. No intentan investigar la historia del sujeto ni aspiran a operar sobre las estructuras profundas de la personalidad.” (Abadi, 2002 s.p.) Principalmente se dirigen a la desaparición del síntoma mediante terapias breves focalizadas. Así mismo realizan evaluaciones en forma permanente de los objetivos durante el proceso terapéutico de manera rigurosa. En el mismo se planifica objetivos para cada sesión teniendo en cuenta las intervenciones

que fueron exitosas, cuáles no, y si el error se debió a las estrategias que se utilizó para una posterior corrección. La otra línea de pensamiento refiere al enfoque Psicoanalítico el cual tiene como objetivo generar un espacio para que emerjan producciones del inconsciente. Trabajaré sesión a sesión implementando diversas técnicas, tales como el dibujo, horas de juego, encuentros con los padres, manteniendo una escucha activa para una posterior interpretación. Los objetivos diseñados al inicio serán reformulados en el transcurso del tratamiento dependiendo de la subjetividad que presente cada niño.

En presencia al abordaje Grupal se vincula el Área Educativa teniendo en cuenta los aspectos psicopedagógicos. El objetivo será trabajar las cuestiones relacionadas con la comprensión de las problemáticas subjetivas que atraviesan al alumno y al docente, como también propiciar un espacio que permita que el aprendizaje del niño se produzca. En este campo los profesionales realizan un diagnóstico áulico observando las características del grupo, determinando ciertas estrategias para su utilización como su posterior evaluación. Las técnicas empleadas refieren a la implementación de pruebas psicométricas, test proyectivos, realización de talleres vinculados a las problemáticas emergentes, entrevistas con padres, etc. Así mismo el abordaje estará regido por una planificación curricular marcada por directivos, lo cual obliga de cierta manera a tener permanentemente presentes sus objetivos, la evaluación de los resultados y su posible modificación para mejorar sus estrategias de trabajo

Por último desde el abordaje Institucional nos encontramos con el ámbito de la Psicología Jurídica que tiene por objetivo garantizar la satisfacción de los

derechos del niño (Promoción social, protección de la salud mental, acceso a la educación, participación del niño en la toma de decisiones, etc.). Las estrategias utilizadas estarán sujetas a la estandarización de sus procedimientos, a los tiempos que marca la justicia y las reglas burocráticas propias de las instituciones de la justicia. Dichas estrategias consisten en la implementación de entrevistas individuales, entrevistas conjuntas, observación en la singularidad de cada caso, cada niño y cada familia, pruebas proyectivas gráficas y hora de juego. Es importante mencionar que en esta área de trabajo no siempre se realiza diagnósticos, lo que implicaría la ausencia de un tratamiento como su posterior seguimiento aplicándose mayormente medidas resolutivas.

Cabe destacar que al margen de las peculiaridades de cada caso, de las técnicas y/o estrategias terapéuticas con las que cuenta cada profesional, de los lineamientos teóricos correspondientes y de los dispositivos de abordaje que se utilicen (Biomédico, individual, grupal, institucional, etc.), en cada uno de ellos está muy presente la importancia de incluir a la familia en las intervenciones que se realizan, ya que para Wettengel & Untoiglich (2013) la misma funciona “como estructura social, como organizadora de subjetividades, como espacio de producción y reproducción generacional, incluyendo las características y las posibilidades de los vínculos y su organización dentro de las nuevas modalidades familiares, con las que nos encontramos en la actualidad” (s.p.).

Consideraciones Finales

Consideramos importante responder en esta instancia final a cada uno de los objetivos que fueron propuestos en la etapa previa al desarrollo de la presente investigación, ya que nos permite acercarnos o no a la idoneidad del mismo.

Objetivos Particulares

Caracterizar las diferentes estrategias terapéuticas que implementan los profesionales de salud mental a la hora de intervenir en el área infantil.

Cada línea terapéutica intentara arrojar diferentes respuestas a los aspectos más complejos e insolubles de la práctica infantil diseñando diversas estrategias terapéuticas. Desde la perspectiva Biomédica se realiza un abordaje integral de las manifestaciones clínicas del paciente. El objetivo es el estudio de la patología médica prevalente y la elaboración del diagnóstico y pronóstico en base a los datos obtenidos con el interrogatorio y el examen físico con posibilidad de solicitar exámenes complementarios; la formulación de diagnósticos clínicos presuntivos y diferenciales como así también la aplicación terapéutica correspondiente al cuadro clínico detectado.

A partir de un abordaje individual se da cuenta de dos líneas de trabajo, una de ellas refiere a la aplicación de Terapias Cognitiva-Sistémica teniendo como objetivo "...la modificación de ciertos comportamientos insatisfactorios o poco adaptativos del paciente. No intentan investigar la historia del sujeto ni aspiran a operar sobre las estructuras profundas de la personalidad." (Abadi, 2002 s.p.). Principalmente se dirigen a la desaparición del síntoma mediante terapias

breves focalizadas. Así mismo realizan evaluaciones en forma permanente de los objetivos durante el proceso terapéutico de manera rigurosa. En el mismo se planifica objetivos para cada sesión teniendo en cuenta las intervenciones que fueron exitosas, cuáles no, y si el error se debió a las estrategias que se utilizó para una posterior corrección. La otra línea de pensamiento refiere al enfoque Psicoanalítico el cual tiene como objetivo generar un espacio para que emerjan producciones del inconsciente. Trabaja sesión a sesión implementando diversas técnicas, tales como el dibujo, horas de juego, encuentros con los padres, manteniendo una escucha activa para una posterior interpretación. Los objetivos diseñados al inicio serán reformulados en el transcurso del tratamiento dependiendo de la subjetividad que presente cada niño.

Frente al abordaje Grupal se vincula el Área Educativa teniendo en cuenta los aspectos psicopedagógicos. El objetivo será trabajar las cuestiones relacionadas con la comprensión de las problemáticas subjetivas que atraviesan al alumno y al docente, vinculadas a sus quehaceres en la escuela y a los conflictos de inclusión y pertenencia a la institución educativa. En este campo los profesionales realizan un diagnóstico áulico observando las características del grupo, determinando ciertas estrategias para su utilización como su posterior evaluación. Las técnicas empleadas refieren a la implementación de pruebas psicométricas, test proyectivos, realización de talleres vinculados a las problemáticas emergentes, entrevistas con padres, etc. Así mismo el abordaje estará regido por una planificación curricular marcada por directivos, lo cual obliga de cierta manera a tener permanentemente presentes sus objetivos, la evaluación de los resultados y su

posible modificación para mejorar sus estrategias de trabajo.

Por último desde el abordaje Institucional nos encontramos con el ámbito de la Psicología Jurídica que tiene por objetivo garantizar la satisfacción de los derechos del niño. Las estrategias utilizadas estarán sujetas a la estandarización de sus procedimientos, a los tiempos que marca la justicia y las reglas burocráticas propias de las instituciones. Dichas estrategias consiste en la implementación de entrevistas individuales, entrevistas conjuntas, observación en la singularidad de cada caso, cada niño y cada familia, pruebas proyectivas gráficas y hora de juego. Es importante mencionar que en este Área no siempre se realiza diagnósticos, lo que implicaría la ausencia de un tratamiento como su posterior seguimiento aplicándose mayormente medidas resolutivas.

Identificar criterios terapéuticos o marcos teóricos que se desprenden de esas estrategias terapéuticas.

A partir del análisis de las estrategias terapéuticas se desprenden los siguientes criterios:

Criterio Terapéutico Biomédico. Este mismo se centrara principalmente en la medicalización de la Infancia. El concepto de medicalización, tal como lo concibe Menéndez (1983), refiere a “las prácticas, ideologías y saberes manejados no solo por los médicos, sino también por los conjuntos que actúan dichas prácticas, las cuales refieren a una extensión cada vez más acentuada de sus funciones curativas y preventivas, a funciones de control y normalización” (p. 101). Este concepto asegura un esquema de trabajo

profesional bajo las normas médicas vigentes, lo que no necesariamente implica la prescripción de medicamentos.

Criterio Terapéutico Emocional. Los profesionales que trabajan con dicho criterio ponderan la importancia del factor emocional que se encuentra presente en cada uno de sus pacientes. Este criterio implicaría el reconocimiento del desarrollo emocional del niño, señalando Winnicott (1998) que a lo largo de éste las emociones van tomando formas cada vez más complejas, integradas y simétricas respecto a los otros . Según Ruiz Sancho & Begoña Lago (2005) los trastornos de las emociones van tomando diversas formas, tales como la ansiedad y la angustia, siendo que en su desarrollo natural en ausencia de un tratamiento pueden conllevar consecuencias negativas en el rendimiento y funcionamiento tanto, a nivel social, familiar, académico repercutiendo en el desarrollo de los niños. La presencia de la ansiedad, la angustia, el miedo y la tristeza son sentimientos normales en el transcurso del desarrollo de todo niño. De tal modo estos autores afirman que los motivos que las originan, los modos de manifestación y los recursos adaptativos van cambiando en función al crecimiento del infante. Sin embargo sostienen que la manifestación de estos sentimientos en forma patológica como la manera en que aparecen los trastornos de ansiedad y/o afectivos, dependerán del ciclo evolutivo prevalente.

Criterio Terapéutico Cognitivo: Aquí se hace referencia a los aspectos psicopedagógicos del niño. Este criterio por un lado apunta a los problemas de conductas desadaptadas, convirtiéndose en un motivo que por lo general consultan principalmente los padres. Por otra parte dicho criterio se dirige a proveer todas aquellas estrategias que permitan un aprendizaje en el niño,

siendo una demanda que involucra más al sistema educativo para su abordaje.

Criterio Terapéutico Familiar. A partir de este criterio se apunta a trabajar sobre las disfunciones producto de las alteraciones en las interacciones familiares, en los estilos relacionales y patrones de comunicación, intentando comprender al niño en su entorno, es decir en el contexto del sistema del que forma parte y por el que circulan mensajes. Dicho criterio implicaría tener en cuenta tanto a las familias como a las instituciones en las cuales suele recaer las tutorías de los niños.

Construir una tipología que represente tanto las formas y combinatorias de formas entre las estrategias terapéuticas y los criterios terapéuticos revelados.

Tipológico I: Se caracteriza por la aplicación del criterio Biomédico. Este mismo tiende fundamentalmente a la medicalización de la Infancia, entendida esta como un proceso que asegura un esquema de trabajo profesional bajo las normas médicas correspondientes lo cual implicaría, dentro de las estrategias terapéuticas, trabajar con un diagnóstico obligatorio, con un pronóstico y con un tratamiento. El diagnóstico supone la clasificación de signos y síntomas diversos, el pronóstico implica una estimación de las mejoras en un tiempo determinado, tendiendo a la desaparición del malestar, los elementos indeseables o la enfermedad y el tratamiento sería el conjunto de estrategias que implementa cada profesional como agente de salud. Bajo este concepto nos encontramos con las intervenciones realizadas por los Pediatras que

apuntan a la remisión de los síntomas y/o al alivio del padecimiento. Desde los servicios de Salud Mental de las Salas Municipales se trabaja con el mismo criterio ya que se focalizan en el restablecimiento y rehabilitación del paciente. Las problemáticas más frecuentes en este ámbito oscilan por lo tanto desde consultas vinculadas principalmente a patologías físicas tales como problemas respiratorios, digestivos, faringitis, otitis, alergias propios de la Pediatría, así como también problemas de aprendizaje, de conducta, síndrome de hiperactividad y TGD abordados por los Servicios de Salud Mental.

Es importante destacar que más allá de los recursos con los que cuentan como profesionales en el área de salud Pública o Privada para responder a las demandas de atención sanitaria, es la responsabilidad de cada profesional la que determina las exigencias del criterio estándar en cada caso particular, como lo es la posibilidad de apartarse de la norma atendiendo a necesidades específicas de un paciente concreto y elegir entre tratamientos diversos en cuanto a calidad pero compatibles con criterios estandarizados de buena praxis médica/Psicológica.

Tipológico II: Se caracteriza por el Criterio Terapéutico Emocional. Los profesionales que trabajan con dicho criterio ponderan la importancia del factor emocional que se encuentra presente en cada uno de sus pacientes. Este criterio implicaría el reconocimiento del desarrollo emocional temprano del niño. La primera lectura que se desprende de este enfoque es evolutiva, diacrónica, es decir, se piensa al niño como un proceso frágil en el estadio que está viviendo. Los indicadores sintomáticos de un desarrollo emocional no adecuado son visibles en los niños cuando presentan baja tolerancia a la frustración,

apatía, irritabilidad y a nivel simbólico a veces se tiene dificultades para poder jugar libremente. Otras problemáticas que abordan refieren a desbordes pulsionales, hiperactividad, dificultades en generar contactos sociales, problemas de violencia, falta de límites, etc.

Este criterio conceptual se observó en los profesionales de la Psicología adherentes a las corrientes Psicoanalíticas cuyas estrategias terapéuticas ponen el acento en la facilitación de emergentes emocionales generando un espacio para que se pongan en juego todas aquellas cuestiones subjetivas del paciente, tales como su realidad psíquica, afectiva, y sus conflictos psíquicos, entre otros. Es importante mencionar los aportes de Luzzi & Bardi (2009) en base a los métodos de análisis que se utilizan, siendo estos generalmente el juego y el dibujo, ya que son considerados como un modo de expresión simbólica de fantasías, deseos y experiencias, a través del cual el niño elabora situaciones traumáticas. Por último lo que permiten dichos métodos para estos autores, es promover la simbolización de su vida interior, elaborando sus experiencias traumáticas, manejando la resistencia y las transferencias.

Tipológico III: Se caracteriza por el Criterio Terapéutico Cognitivo. Los profesionales que se desempeñan en dicho criterio trabajan con dos enfoques y problemáticas diferentes, por un lado los que implementan estrategias dirigidas a la modificación de comportamientos insatisfactorios o desadaptados (Terapias Cognitiva-Sistémica) que se focalizan principalmente en la desaparición del síntoma mediante terapias breves focalizadas, realizando evaluaciones en forma permanente de los objetivos propuestos durante el proceso terapéutico. El entrevistado que se desempeña en esta línea de

trabajo manifiesta que los objetivos se planifican para cada sesión teniendo en cuenta las intervenciones que fueron exitosas, cuáles no, y si el error se debió a las estrategias que se utilizó para una posterior corrección. Las problemáticas más frecuentes de consulta que se realizan en esta área son debido a trastornos de comportamiento, que indican la presencia de ciertas dificultades en su integración siendo su parte social la más comprometida, esta se manifiesta en la adolescencia a través del trastorno del desafío y más adelante es muy probable que se presente bajo el trastorno antisocial. Además se destaca la necesidad de incluir lo comportamental, aludiendo que comportamientos son deseables en el chico y cuáles no. Por otro lado en esta tipología se encuentra presente otra línea de trabajo que tiene como enfoque principal generar todas aquellas condiciones necesarias para iniciar y potenciar el aprendizaje en los niños, siendo el área educativa la más implicada en dicho abordaje. En este campo los profesionales entrevistados realizan un diagnóstico áulico observando las características del grupo, determinando ciertas estrategias para su utilización como su posterior evaluación. Las técnicas empleadas refieren a la implementación de pruebas psicométricas, test proyectivos, realización de talleres vinculados a las problemáticas emergentes, entrevistas con padres, etc.

En este punto es importante destacar que nos encontramos con tres disciplinas que trabajan con racionalidades diferentes pero con el mismo criterio de ubicar el foco de atención en cuestiones referentes a la cognición del niño, tales disciplinas son la Psicología Educativa, Psicopedagogía y Fonoaudiología.

Las problemáticas con las que mayormente trabajan estos profesionales se vinculan a temas referidos a la separación de los padres y como repercute en

el desempeño académico. Por otra parte tenemos también la demanda de los docentes quienes consultan por situaciones más puntuales requiriendo observación y participación en temas tales como falta de atención y motivación de los alumnos, problemas de aprendizaje, fonoaudiológicos, en el que un niño no puede escribir ni hablar acorde a su edad.

Tipológico IV: Se caracteriza por la aplicación del criterio Familiar. Dicho criterio trabaja dirigiéndose hacia dos ejes diferentes, uno apunta especialmente hacia las dificultades que se presentan en la comunicación producto de las alteraciones en las interacciones familiares, siendo muchas veces los estilos relacionales y sus patrones de comunicación su causa. Este tipo lógico (Terapia Cognitiva-Sistémica) se focaliza en comprender al niño en su entorno, es decir en el contexto del sistema del que forma parte. Las estrategias que implementa son: la planificación de objetivos para cada sesión, la utilización del DSM IV y el Diagnóstico Familiar que hace referencia a las competencias parentales, a la presencia de alguna disfunción en particular que no permite cumplir con el rol parental en forma acorde, a cuestiones vinculadas al desconocimientos de pautas evolutivas, problemas de sobreprotección, o a la dificultad en la puesta de límites. Las problemáticas más frecuentes con las que se trabaja son principalmente por problemas de conducta y en un menor grado por trastornos de ansiedad, fobias específicas y trastornos del desarrollo en general. El segundo eje con el que se trabaja con este mismo criterio se dirige principalmente a tomar al niño como emergente de un conflicto familiar, presentándose las intervenciones de dos profesionales de la Psicología que se desempeñan en el Área Jurídica. En las estrategias que implementan se

encuentran presentes las entrevistas individuales, entrevistas conjuntas, entrevistas con la familia de origen, adaptación con la familia de acogida, pruebas proyectivas gráficas, juegos, entre otras. En este eje también es importante el abordaje familiar ya que se trata con temas muy delicados como es la adopción y los niños incapaces que por su condición de discapacidad o de minoría de edad no pueden tomar decisiones por sí mismos, siendo de gran interés la forma de vinculación que presenten los responsables de dichos menores. Las problemáticas con las que mayormente se trabaja en esta área son: trastornos de la personalidad, oposicionistas, desafiantes, falta de control de impulsos, dificultad en establecer vínculo, violencia, separación y divorcios, teniendo un anclaje más social.

BIBLIOGRAFIA BASICA DE REFERENCIA

Abadi, Sonia (2002). De la Psicoterapia al Psicoanálisis. *Academia Biomédica Digital*. Julio-Septiembre 2002 N° 12. Facultad de Medicina. Universidad Central de Venezuela.

Bardi, Daniela & Luzzi, Ana (2009). *Conceptualización Psicoanalítica acerca del juego de los niños. Punto de partida para una investigación empírica en Psicoterapia*. Facultad de Psicología – UBA. Secretaría de Investigaciones. Anuario de Investigaciones. Volumen XVI.

Campo Arias, Adalberto (2003) *Hacia un abordaje integral: el diagnóstico multiaxial*. Med UNAB. Facultad de Medicina. Universidad Autónoma de Bucaramanga, Colombia.

Galende, Emiliano (2008). *Psicofármacos y Salud Mental: la ilusión de no ser*. Buenos Aires: Ed. Lugar.

Menéndez, Eduardo (1983). Una Práctica Médica Alternativa. Hegemonía y Autoatención (Gestión) en Salud, Centro de Investigaciones y Estudios Superiores en Antropología Social. México (Cuadernos de La Casa Chata N° 86).

Ruiz Sancho, Ana María & Begoña Lago, Pita (2005). Trastornos de ansiedad en la infancia y en la adolescencia. En: AEPap Ed. Curso de Actualización Pediatría 2005. Madrid: Exlibris Ediciones; 2005. p. 265-280.

Untoiglich, Gisela (2005). *Diagnósticos en la Infancia. En busca de la subjetividad perdida*. Buenos Aires: Ed. Noveduc.

Untoiglich, Gisela & Wettengel, Luisa (2013). Problemáticas Clínicas Actuales en la Infancia: Sus implicancias subjetivas, vinculares y educacionales. *Facultad de Psicología*. Universidad de Buenos Aires.

Winnicott, Donald (1998) Acerca de los niños. Ed. Paidós.

