Especialización en Intervención Social con niños/as, adolescentes y jóvenes

Facultad de Trabajo Social

Universidad Nacional de La Plata

Trabajo Integrador Final

¿Por qué y cómo intervenimos? Reflexiones en torno a los abordajes en Salud Mental de las infancias desde el primer nivel de atención

---

Autora: Guadalupe Pertine Jacquet

Correo: ngpertine@gmail.com

Directora: Mg. Silvina Rivas

La Plata, 22 de agosto de 2024

Resumen

El presente trabajo propone un acercamiento a las características que asumieron los abordajes e intervenciones del equipo de Salud Mental de niñes de un Centro de Salud y Acción Comunitaria ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en contexto de pandemia por COVID-19. La situación epidemiológica impactó en la subjetividad de les niñes y en sus procesos de salud; los espacios de socialización e instituciones que transitaba esta población sufrieron modificaciones en sus lógicas y aumentó la demanda de tratamientos en salud mental, con particularidades y dificultades de acceso a la salud, marcadas por la emergencia sanitaria vigente en 2021.

Por este motivo, en esta producción de carácter analítico, situado y desde una metodología cualitativa, se busca dilucidar la importancia del protagonismo de les niñes y sus familias en los procesos relacionados a su salud mental. Asimismo, se identifica cómo las nociones sobre familias, infancias y juego que tienen tanto profesionales del equipo de salud como familiares, operan, atraviesan y moldean la construcción de las demandas, los criterios de admisión y los distintos dispositivos desde los cuales se aborda e interviene en esta temática, desde una institución perteneciente al primer nivel de atención del subsistema público de salud de CABA.

Palabras clave: Salud Mental, Niñes, Primer nivel de atención

Índice

Introducción……..…3

Capítulo 1……..5

1.1 Interrogantes iniciales y objetivos.……5

1.2 Consideraciones metodológicas.……...…….6

Capítulo 2. Coordenadas conceptuales y contextuales……12

2.1 Sobre Salud Mental e Infancias.……12

2.2 El abordaje de la Salud Mental: Atención Primaria de la Salud y Primer nivel de atención…….……15

2.3 La situación en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en contexto de pandemia……..…….……..18

Capítulo 3. Sobre *por qué intervenimos*.……...……23

3. 1 La institución…….……..……23

3. 2 Revisando motivos frecuentes de consulta……26

3. 3 Divisando criterios de admisión y concepciones sobre las familias……34

Capítulo 4. Sobre *cómo intervenimos* y el lugar asignado a las infancias……..41

4.1 Dispositivo de orientación a padres……43

4.2 Espacio de Juego……...……50

Aproximaciones finales……...……55

Bibliografía.……..…58

Anexos.……..…67

Introducción

La institución desde la cual se realizó el presente análisis es un Centro de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC de ahora en más) ubicado en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, perteneciente al primer nivel de atención del Subsistema estatal de Salud. Allí me desempeñé como residente de Trabajo Social entre octubre de 2021 y septiembre de 2022 formando parte de distintos equipos de trabajo, entre los cuales se encuentra el de salud mental de niñes[1]. Este equipo destina su atención a personas de tres a once años de edad que viven en el área de incumbencia de la institución. La elección de dicho espacio para realizar mi rotación se relacionó con mi interés por profundizar mis conocimientos y adquirir herramientas de intervención profesional vinculadas a las problemáticas de salud mental en las infancias.

Mi paso por la institución se dio en contexto de pandemia por COVID-19, motivo por el cual se estableció la emergencia sanitaria en el ámbito de la CABA. Este hecho produjo múltiples modificaciones en el funcionamiento institucional, tanto para les trabajadores como para les usuaries del CeSAC. Las mismas se vieron relacionadas, principalmente, con el aumento de la cantidad y complejidad de las demandas y situaciones que requerían atención por parte de los equipos de salud.

Debido a la situación sanitaria -que profundizó la desigualdad y los problemas sociales- les niñes se vieron afectades por la pérdida de espacios institucionales en donde vincularse, jugar y compartir con otres como la escuela, el club, la juegoteca y otros espacios barriales. A esto, se sumó la imposibilidad de conseguir turnos para la atención de su salud mental. Durante el transcurso del año 2021, luego de que las medidas de distanciamiento y aislamiento social que se encontraban vigentes comenzaron a flexibilizarse, les niñes tuvieron que volver a habitar instituciones por las que no transitaron durante casi dos años. Este regreso a la "normalidad" presentó algunas dificultades para las instituciones y familias a la hora de acompañar los procesos y trayectorias de les niñes, por lo que la demanda para tratamientos en salud mental en el CeSAC aumentó considerablemente.

Para abordar esta problemática, el presente Trabajo Integrador Final se organiza en cuatro capítulos. En el primero, se comparten los interrogantes iniciales y los objetivos planteados para el análisis, así como las consideraciones metodológicas.

[1] En este documento se utiliza lenguaje no sexista, entendiéndolo como una herramienta a la hora de visibilizar identidades fuera de los parámetros binarios.

En el capítulo 2 se recupera el concepto de Salud Mental desde el marco normativo vigente y políticas públicas en Argentina y en CABA; relacionándolo específicamente a las infancias. Se mencionan particularidades en la temática relacionadas al contexto de pandemia por COVID-19. Luego se delimitan los conceptos de Atención Primaria de la Salud (APS) y primer nivel de atención, diferenciando este último como forma de organización del subsistema estatal de salud en CABA, de la Atención Primaria de la Salud como estrategia.

En el capítulo 3 se caracteriza el Centro de Salud y Acción Comunitaria y el equipo de Salud Mental desde el cual se realiza el análisis. Se describe el perfil de la población que asiste a la institución y del territorio en el que se encuentra. Posteriormente, se describen los motivos de consulta, reconociendo cómo y de dónde llega la demanda. Se problematizan los diagnósticos frecuentes, retomando los conceptos de patologización, medicalización y problemas complejos. Asimismo, se recuperan las condiciones solicitadas por la institución para que les niñes puedan acceder a ser atendides así como las distintas concepciones sobre las familias y su impacto en la construcción de accesibilidad.

En el capítulo 4 se describen y problematizan las estrategias de intervención construidas y desplegadas que se desarrollan en dos dispositivos del CeSAC: el de “orientación a padres” y el “espacio de juego”, ambos coordinados por el equipo de Salud Mental, identificando el lugar asignado a les niñes en dichos espacios.

Por último, se sintetizan los aspectos principales desarrollados en el trabajo, planteando las reflexiones y propuestas que surgen a partir de la temática abordada.

Capítulo 1

En el presente apartado se mencionarán los principales aspectos y elementos considerados en el proceso de construcción del problema de conocimiento. Se retomarán los interrogantes iniciales, los objetivos generales y específicos propuestos, así como las consideraciones metodológicas para su abordaje y análisis.

1.1. Interrogantes iniciales y objetivos

A partir de mi participación en las reuniones de equipo semanales de salud mental de niñes, entrevistas de admisión a las familias y dispositivos lúdicos que se llevan adelante por profesionales del CeSAC, comencé a notar que frecuentemente las solicitudes de tratamiento (ya sea que la misma llegue mediante la familia de le niñe, por interconsulta de profesionales del mismo CeSAC o por derivación de otras instituciones) se vinculaban a situaciones de violencia entre niñes y sus pares y/o adultes referentes y que eran denominadas como "berrinches exagerados para la edad", "falta de autonomía en las tareas cotidianas", "dificultad en la puesta de límites" y problemas en les niñes para permanecer en el aula a partir del regreso a clases presenciales en las escuelas. Luego comencé a ser parte de los procesos en los que se decide qué niñe es aceptade para acceder a una entrevista de admisión u orientación, y cuales son rederivades a otros efectores por "no corresponder al primer nivel de atención".

Lo anteriormente mencionado me invitó a repensar y problematizar dichas caracterizaciones. Además, comencé a preguntarme sobre cuáles eran las variables y criterios que influían a la hora admitir (o no) como pacientes a les niñes que solicitan tratamiento en salud mental en la institución. A partir de mis reflexiones y los aportes de la especialización pude formular los siguientes interrogantes, los cuales guiaron el presente trabajo:

¿Cómo se construyen y abordan las problemáticas de salud mental en las infancias desde el primer nivel de atención? ¿Qué nociones de infancias y familias operan en dichas intervenciones? ¿Qué lugar se les asigna a les niñes y sus familias en los procesos de intervención en el campo de la salud mental? ¿Cuáles son los principales motivos de consulta y criterios de admisión del equipo? ¿Cuáles son las distintas estrategias de intervención y dispositivos implementados? ¿Qué lugar se le asigna al juego en los procesos de salud-enfermedad-atención-cuidado de les niñes?

A partir de dichos interrogantes, establecí para el presente trabajo los siguientes objetivos:

Objetivo general: Analizar los abordajes e intervenciones del equipo de Salud Mental de niñes de un CeSAC de CABA, en contexto de pandemia por COVID-19, durante el período octubre 2021-septiembre 2022.

Objetivos específicos:

-Describir los motivos de consulta y criterios de admisión del equipo
-Identificar las nociones sobre infancias y familias que operan en las intervenciones de les profesionales
-Caracterizar los dispositivos de intervención implementados por el equipo
-Reconocer el lugar asignado al juego y a las actividades lúdicas en las intervenciones del equipo

1.2. Consideraciones metodológicas

La unidad de referencia empírica estuvo constituída por les profesionales que integran el equipo de Salud Mental de niñes del CeSAC, conformado por cuatro psicólogas, dos psicopedagogas, dos trabajadoras sociales, una fonoaudióloga y una terapista ocupacional. Con relación al referente analítico, tomé los registros de las reuniones de equipo semanales, las planificaciones de actividades implementadas en los distintos dispositivos, las solicitudes de tratamiento/evaluación que recibe el equipo de Salud Mental de niñes y la participación en las entrevistas de admisión a las familias.

Enfoque metodológico

Para la realización del presente trabajo se llevó adelante un análisis de tipo cualitativo. De Souza Minayo (1997) entiende las Metodologías de Investigación Cualitativas como "aquellas capaces de incorporar la cuestión del significado y de la intencionalidad como inherentes a los actos, a las relaciones y a las estructuras sociales como construcciones humanas significativas" (p. 8). Dicho enfoque permite poder profundizar en las intervenciones efectivamente implementadas por les profesionales que integran el equipo de Salud Mental de niñes de un Centro de Salud y Acción Comunitaria anclado territorialmente, en diálogo constante con el contexto cambiante y dinámico impuesto por la pandemia.

Además, la utilización de esta metodología se ligó a la necesidad de conocer-actuar dentro y desde la realidad institucional, con el fin de poder acceder a las estructuras propias de significado desde mi participación en los procesos necesarios para la construcción e implementación de las estrategias de intervención, retomando tanto la perspectiva de las personas (usuarias y trabajadoras) como las prácticas institucionales, vinculándola a hechos, procesos y estructuras más amplios.

Construcción y análisis de los datos

Teniendo en cuenta el enfoque metodológico adoptado, resulta pertinente hablar de procesos de "construcción" en lugar de "recolección" de datos: "principalmente en estrategias versátiles y creativas como las cualitativas, el concepto de "recolección" no le hace mucha justicia a los paradigmas en que ellas se sustentan, porque daría la pauta de un dato previamente existente que se "recolecta" simplemente" (Adissi, 2022, p. 95). Desde esta perspectiva, los datos permanecen en movimiento y en constante modificación, interactuando entre sí y con elementos contextuales. En esto radica la importancia de hacer un uso reflexivo y flexible de las técnicas.

Las técnicas que se emplearon fueron la observación participante en las reuniones de equipo semanales, los dispositivos lúdicos, y los espacios de orientación/admisión a las familias. También se realizaron análisis de documentos como las fichas de solicitud de interconsultas, los oficios judiciales, las crónicas de las reuniones de equipo, las planificaciones de actividades de los dispositivos lúdicos, las fichas de inscripción a la juegoteca y mi cuaderno de campo, con la apertura de incluir nuevos documentos que se consideraron necesarios para alcanzar los objetivos ya que la construcción de datos es parte de un proceso reflexivo, el cual implica un vínculo con les otres.

Es significativo aclarar que no realicé entrevistas a profesionales del equipo de salud ya que principalmente se analizarían los abordajes que efectivamente se implementan, y no lo que se dice sobre los mismos. Por este motivo, respondiendo a los objetivos de este trabajo, la construcción de los datos parte de las acciones y estrategias de intervención observadas, y no únicamente de los discursos de les distintes actores intervinientes.

El análisis de los datos correspondió al contenido etnográfico y fue una tarea simultánea al trabajo de campo. Se realizó un procesamiento y análisis cualitativo, agrupando los datos producidos según sus particularidades y coincidencias, con la finalidad de establecer

relaciones. Las guías de observación de las reuniones del equipo de Salud Mental y de registros de interconsulta permitieron realizar una lectura sobre las posiciones y debates existentes en torno a las admisiones, permitiendo destacar los principales motivos de consulta y los criterios que se utilizan para admitir o reorientar a otras instituciones y/o dispositivos. Para la observación de dispositivos de admisión/orientación y las entrevistas a familias se establecieron como ejes de análisis las nociones de infancias y familias que operan en las intervenciones por parte del equipo de salud, retomando los modos de participación y el lugar que ocupa la voz de les niñes en dichos procesos. Para lograr la caracterización de los distintos dispositivos de intervención, se realizó el análisis de las planificaciones de los distintos espacios, focalizando en los objetivos y las actividades implementadas. Además se tomaron como categorías de análisis: las profesiones que se ven involucradas, el perfil poblacional que asiste y con qué frecuencia se sostienen los dispositivos. Finalmente, se analizaron las situaciones derivadas a los espacios de juego y actividades lúdicas, detectando las demandas y expectativas ligadas a los espacios lúdicos, tanto por parte de las familias de les niñes como de les profesionales que realizaron las derivaciones.

Sobre los antecedentes

Para la elaboración de los antecedentes he buscado bibliografía en torno a las siguientes categorías: Salud mental – Infancias – Contexto de pandemia y Primer nivel de atención. Aquí se enuncian, a modo introductorio, algunos conceptos centrales. Sin embargo, los aportes de distintes autores serán desarrollados y puestos en diálogo en el próximo apartado, en donde se explicitan las coordenadas conceptuales y contextuales para la realización del presente trabajo.

Existen múltiples maneras de definir la salud mental infantil y las áreas relacionadas a la misma. La Organización Mundial de la Salud (OMS) resalta tres dimensiones y problemáticas fundamentales: la primera se vincula a los trastornos depresivos que cursan tanto en la infancia como en la adolescencia, y que se encuentran asociados a un importante desajuste social. La segunda área, relacionada estrechamente con la anterior, es el riesgo suicida. El mismo constituye la tercera causa de muerte de adolescentes en el mundo. Finalmente, el tercer aspecto que prioriza la OMS corresponde a los trastornos conductuales, cuyo inicio se da en la infancia y tiende a persistir en la edad adulta a través de diferentes formas: abuso de drogas, delincuencia juvenil, conducta antisocial, problemas de relación con el otro, desempleo y una deteriorada salud física (OMS, 2003, como se citó en Ilabaca Baeza, 2014). He podido encontrar distintos trabajos que, a pesar de haber sido publicados hace ya varios años,

mantienen vigencia y complejizan la mirada de la OMS, por ejemplo: “La medicalización de la niñez: prácticas en Salud Mental y subjetividad de niñas, niños y adolescentes con sufrimiento psicosocial” de Alejandra Barcala; “La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología” de Ana Cecilia Augsburguer; “Pobreza, desocupación y nuevos padecimientos: Análisis de los motivos de consulta en salud mental en el Primer Nivel de Atención” de Ernestina Rosendo y “Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas” de Eduardo Menéndez, así como marco normativo y políticas públicas vigentes en nuestro país. Estos realizan aportes para pensar la salud mental en las infancias, los cuales serán retomados -en conjunto con bibliografía más reciente- como punto de partida y a lo largo del desarrollo del presente análisis.

Sobre el contexto epidemiológico, según Serantes y otres (2021), la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto en la salud colectiva, que afectó de manera diferencial según la vulneración de derechos básicos de los distintos sectores de la población y de las dificultades que poseen a la hora de acceder a la atención en salud; evidenciándose los límites del enfoque biomédico y la necesidad de incluir la perspectiva de la determinación social de la salud para abordar la crisis. Al verse alteradas las coordenadas espacio-tiempo, se tuvieron que reestructurar las actividades de la vida cotidiana de les niñes, sumado a la sobrecarga de trabajo doméstico, la precarización del trabajo y la alta feminización de las tareas de cuidado.

En una encuesta realizada por UNICEF (2020), niñes y adolescentes han expresado haberse sentido angustiados, asustados, deprimidos, y/o indiferentes. En el mismo estudio, entre los efectos de la pandemia y el aislamiento social relevados, se detectó que las infancias se vieron afectadas por una profundización de las brechas educativas, por el aumento de la exposición a situaciones de violencia, presentando alteraciones en las comidas y en el sueño, así como problemas de comunicación. También se ha registrado el aumento de situaciones vinculadas a la ansiedad, depresión, estrés postraumático e ideas suicidas, que podrían tener impacto y consecuencias en el largo plazo (Cacchiarelli San Román et al., 2021).

Con respecto a la atención de la salud mental de las infancias y los abordajes desde el primer nivel de atención, son interesantes los aportes de Parra (2011; 2017) quien desde un análisis territorial anclado en los sistemas públicos de salud de Río Negro y Neuquén, describe las demandas y necesidades en torno a la atención clínica de la salud mental de niñes; indagando sobre buenas prácticas en salud mental infantil y recuperando las fortalezas, alcances, límites y debilidades de los dispositivos analizados. La autora insiste en la necesidad

problematizar la oposición que se suele plantear entre “lo clínico” y “lo comunitario”, implementando alternativas y estrategias de intervención que contemplen tanto las atenciones individuales concretas que surgen de las demandas específicas de la población, como las intervenciones comunitarias. A su vez, plantea que la articulación desde la Atención Primaria de la Salud y la Salud Mental puede pensarse desde dos ejes: *la incorporación de la salud mental en la APS* (incluir teorías y prácticas de la subjetividad en las acciones integrales de salud); *y la incorporación de la APS en la salud mental*, es decir, aplicar los componentes de la estrategia de la APS a la atención en salud mental, en la planificación de los dispositivos específicos para la protección, cuidado, acompañamiento, recuperación, rehabilitación y acompañamiento de las personas, centradas en las comunidades y en la desinstitucionalización.

En la misma línea, a partir del análisis de las deficiencias de un dispositivo de admisión de un CeSAC de CABA perteneciente al área programática del Hospital General de Agudos Dr. Cosme Argerich, Espert (2019) menciona que existen consecuencias indeseadas en la atención de la salud mental de las infancias, como las largas listas de espera para una primera evaluación; la profundización del malestar y/o síntoma del niño/a-familia y en la insistencia de los mismos al no ser atendides; la psicopatologización de la infancia; entre otras. La autora hace hincapié en considerar las características poblacionales, las condiciones de vulnerabilidad social y distintos aspectos subjetivos que operan como barreras en la accesibilidad de los abordajes, ya que la mera derivación a un tratamiento no garantiza la atención. Por este motivo, menciona la necesidad de la revisión de las prácticas, fortaleciendo las intervenciones desde una mirada intersectorial.

También hallé un estudio que analiza las prácticas discursivas de les profesionales del sector Salud de la Ciudad de Buenos Aires en torno a les niñes en el campo de la salud mental (Barcala, 2019). El mismo refiere que existe una brecha entre el enfoque de derechos, las normativas vigentes y las prácticas de cuidados integrales en salud, que impacta en las trayectorias de las personas con padecimiento mental y su atención en el sistema de salud; dando lugar a una creciente patologización de niñas y niños con sufrimiento psíquico en situación de vulnerabilidad social (Barcala, 2019). Entre las causas de dicha brecha, se puede encontrar la cobertura limitada de los servicios de salud mental, el déficit de programas integrales de base comunitaria y la ausencia de participación del sistema educativo en los tratamientos (Barcala et al., 2022).

Sobre la construcción de los antecedentes, lo que me interesa destacar es que los documentos recopilados y la bibliografía existente en la temática provienen de las profesiones que clásicamente se ven ligadas a la salud mental (psicología y psiquiatría); y que en su mayoría recuperan experiencias de otras provincias de Argentina o del segundo o tercer nivel de atención. Por este motivo es oportuno intentar ampliar los aportes, involucrando a otras profesiones como el Trabajo Social -de aquí la relevancia de este trabajo-; y problematizar específicamente las intervenciones profesionales en salud mental de las infancias, desde el primer nivel de atención en CABA.

Capítulo 2: Coordenadas conceptuales y contextuales

"Nunca hubo tanta necesidad de no olvidar el resto de los problemas de salud de las personas que tienen COVID-19 y también de los que aún no se contagiaron. Nunca se precisó de mayor coordinación de la atención, cuando no es difícil encontrar que la misma persona lleva días deambulando entre servicios de urgencias, centros de Atención Primaria, farmacias, hospitales (...) Nunca tuvimos tanta necesidad de Atención Primaria como hoy"

Sergio Minué Lorenzo

Este capítulo pone en diálogo aportes de distintes autores sobre los conceptos de salud mental e infancias, la estrategia de Atención Primaria de la salud, el primer nivel de atención y el contexto de pandemia por COVID-19, para luego profundizar en la situación específica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires vinculada a los elementos contextuales mencionados.

2.1 Sobre Salud Mental e Infancias

En Argentina rige la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM), sancionada en el año 2010. Basada en la perspectiva de Derechos Humanos, la misma ha habilitado algunos cambios e interrogantes sobre la conceptualización de la salud mental. Uno de ellos se relaciona con la noción de padecimiento psíquico, al cual distintos actores –como la Asociación de Psiquiatras Argentinos- se oponían, planteando la necesidad de definir al objeto de la ley como enfermedad o trastorno (Faraone, 2012).

La LNSM define como padecimiento mental[2] a "todo tipo de sufrimiento psíquico de las personas y/o grupos humanos, vinculados a distintos tipos de crisis previsibles o imprevistas, así como a situaciones más prolongadas de padecimientos incluyendo trastornos y/o enfermedades como proceso complejo determinado por múltiples componentes" (art.1, Decreto 603/2013). Desde esta perspectiva, la salud es planteada como un proceso, y las personas son entendidas como sujetos de derechos.

Esta idea también aparece en la ley 448, legislación específica de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En su artículo 2, expresa que "la salud mental es inescindible de la salud integral, y parte del reconocimiento de la persona en su integridad bio-psico-socio.cultural". Se comprende a la misma en términos integrales, en consonancia con la concepción propuesta por Stolkiner (1988): la integralidad es la línea en que se plantean acciones concretas de

[2] El concepto de padecimiento mental, complejiza la categoría de enfermedad mental y cuestiona los supuestos de peligrosidad asociado al encierro en instituciones con internación monovalente (Rosendo, 2013).

atención a la salud, que afecten a los aspectos socioeconómicos, culturales, históricos, y no únicamente lo biológico y psicológico, de manera escindida.

La conceptualización de padecimiento o sufrimiento planteada en la LNSM incluye elementos contextuales: "sin limitar la afección de la salud mental a un conjunto de entidades patológicas definidas, sino a la comprensión de la emergencia de nuevas representaciones y expresiones de las formas de padecer" (Faraone, 2013, p. 36). En este sentido, Galende (1997) sostiene que existen distintas formas de expresión de sufrimiento psíquico, identificando el fracaso o la frustración en el ámbito del trabajo, la soledad o las dificultades para relacionarse con les otres, así como distintos aspectos de la vida que configuran un conjunto de nuevos problemas subjetivos que no pueden etiquetarse y/o clasificarse. En el caso específico de Latinoamérica, se pueden identificar algunos procesos que se conjugaron de manera particular en los últimos años: el crecimiento de la población urbana, la precarización del trabajo y el aumento del desempleo, el incremento de la exclusión social, la agudización de la desigualdad en las condiciones de vida y salud, entre otros (Rosendo, 2005).

A su vez, con la pandemia por COVID-19 emergieron nuevas desigualdades en las familias, en particular, de hogares monoparentales con jefatura femenina y se presentaron algunas dificultades para garantizar el bienestar de las infancias (Mazzola, 2020). Además, surgieron numerosos estresores, como el temor a la muerte ajena y propia, sedentarismo, modificación de las rutinas, aislamiento social, separación de personas de referencia para les niñes y descuido de la salud entendida de manera integral, entre otros. Puntualizando en la post-pandemia, en la salud mental de niñes y adolescentes de Argentina ha tenido lugar un agravamiento de las dificultades asociadas principalmente al área de las emociones, de la atención y del lenguaje (Lopez y Drivet, 2023). Es preciso considerar que la pandemia fue una situación disruptiva que tuvo impacto sobre el psiquismo, pero no debe entenderse en términos psicopatológicos -a pesar de su potencialidad traumatogénica-; y comprender que las situaciones problemáticas pueden ser reacciones esperables en dicho contexto, en el que vínculos, rutinas y costumbres se han visto interrumpidos y modificados (Barcala et al., 2022).

Lo que se señala, entonces, es que para poder analizar los modos de padecimiento contemporáneo y la subjetividad en la niñez es necesario contemplar las transformaciones socioeconómicas, los cambios culturales y el debilitamiento de las instituciones, los cuales generaron que aumente el número de niñes y adolescentes en situación de vulnerabilidad social y fragilidad psíquica (Barcala, 2015); siendo fundamental que se priorice su atención inclusive

en los casos menos severos y especialmente, aquellos que no llegan a la consulta (Bagnasco, 2012). El contexto sanitario puso en evidencia la necesidad de abordar dichos padecimientos de manera transversal e integral, desde servicios y dispositivos de atención especializados y no especializados, promoviendo el acceso a la atención en salud mental como parte del derecho a la salud integral.

En esta línea, la LNSM promueve el modelo de base comunitaria como marco general y pone en manifiesto la necesidad de una estrategia de abordaje integral, interdisciplinario e intersectorial, haciendo énfasis en la importancia de implementar prácticas de prevención y promoción de salud mental comunitaria que aborden problemáticas de salud. Además, la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061, sancionada en 2005, también ajusta el abordaje de la Salud Mental a los estándares internacionales de Derechos Humanos, ya que implica rupturas con el paradigma tutelar y establece como obligación del Estado garantizar el acceso a la salud y proteger los derechos de les niñes con padecimiento mental.

A nivel de políticas públicas, en octubre de 2021 se presentó el Plan Nacional de Salud Mental elaborado por el Ministerio de Salud de la Nación, que contiene los lineamientos que organizan y guían las intervenciones y abordajes en materia de Salud Mental durante el período 2021-2025, teniendo en cuenta el contexto por pandemia de SARS-Cov-2. El documento menciona instancias de intervención específicas, dando prioridad a les niñes y adolescentes. Resalta que las intervenciones deben realizarse desde una perspectiva no adultocéntrica[3], evitando diagnósticos cerrados y estigmatizantes. Retoma los procesos de marginalidad económica, exclusión social, desigualdad e inequidad en el contexto actual (con la consecuente vulneración de derechos), que impactan sobre niñas, niños y adolescentes. El documento expresa que la atención de la Salud Mental en el Primer Nivel de Atención "aumenta la posibilidad de mejorar el abordaje temprano, los tratamientos y las acciones de prevención de los padecimientos mentales al propiciar la integración de la atención de la Salud Mental en un abordaje situado, integral, intersectorial, inclusivo y temprano" (MSAL, 2021, p. 29). Por este motivo, se marca la necesidad de abordajes específicos, desde una lógica de la Atención Primaria de la Salud (APS), que apunten a generar cuidados integrales, accesibilidad, al

[3] Si bien el Plan Nacional 2021-2025 no explicita qué se entiende por adultocentrismo, en el último capítulo de este trabajo se desarrolla y retoma dicho concepto para analizar las intervenciones que tienen lugar en dispositivos del CeSAC.

fortalecimiento de redes, y a la formación de profesionales que puedan desarrollar estrategias y dispositivos específicos orientados a las infancias.

Sin embargo, el modelo biomédico sustentado por el paradigma positivista, ha organizado y atravesado las instituciones que brindan servicios de salud. Desde algunos efectores no se ha logrado incorporar una perspectiva transformadora del modelo de salud mental ni se ha podido ofrecer respuestas superadoras que se ajusten a los estándares internacionales de Derechos Humanos y que trasciendan la medicalización de los problemas (Barcala, 2015). A su vez, los datos tanto cualitativos como cuantitativos sobre la prevalencia e incidencia de los padecimientos mentales en Argentina no siempre son accesibles ni se encuentran publicados de manera actualizada. A esta dificultad, se suman las diferentes categorías utilizadas según los paradigmas existentes, las distintas maneras de clasificar, recolectar y producir información. A existe registro de que la depresión, la ansiedad, los consumos problemáticos de sustancias psicoactivas, los trastornos psicóticos y el suicidio son problemáticas vigentes y crecientes en el ámbito de la salud pública (MSAL, 2023).

2.2 El abordaje de la Salud Mental: Atención Primaria de la Salud y Primer nivel de atención

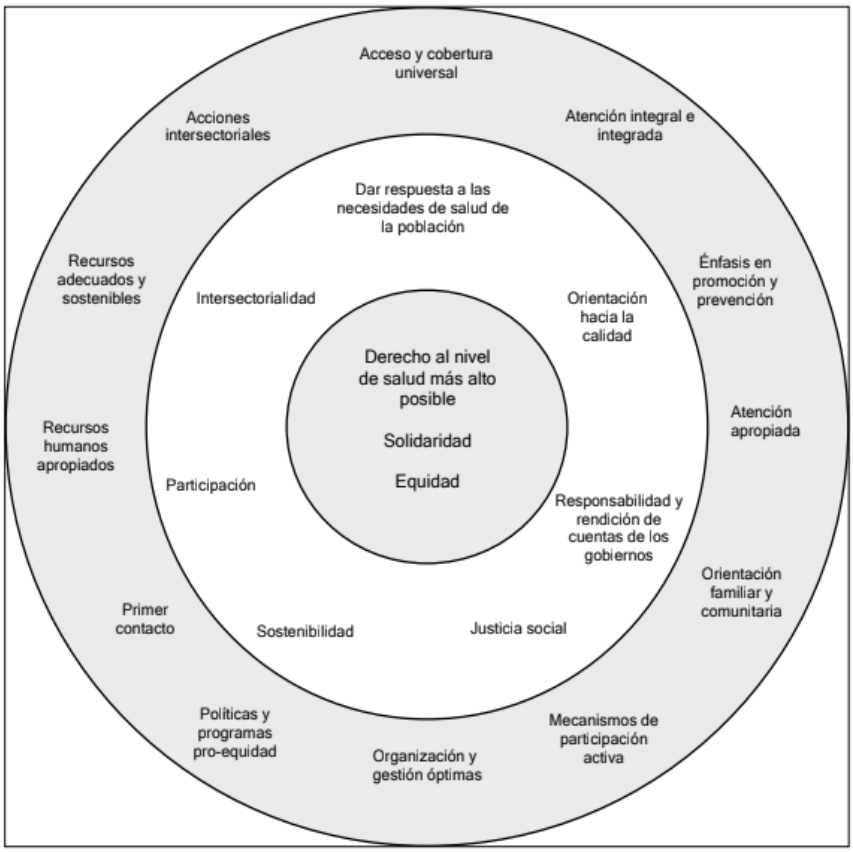
Frecuentemente, la Atención Primaria de la Salud (APS) y el Primer nivel de atención son utilizados como sinónimos. En consecuencia, a continuación voy a remarcar las diferencias entre dichos conceptos, ambos esenciales para el presente trabajo.

En 1978 tuvo lugar la 1º Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de la Salud. Allí se establecería como objetivo, entre otros, llegar a nuevas estrategias de intervención que tiendan a garantizar el acceso a la salud de toda la población. En dicho contexto, Argentina y 133 estados más firmaron la Declaración de Alma-Ata. Esta última aporta la siguiente definición:

> La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las

personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

El documento, con la premisa de "salud para todos en el año 2000", establece pilares fundamentales y generales de la APS como lo son los procesos participativos de toda la comunidad, la intersectorialidad, las actividades de promoción y prevención de la salud y el acceso a bienes básicos, entre otros. Sin embargo, las concepciones sobre APS aun en la actualidad son diversas, por lo que resulta necesario contextualizar las propuestas y acciones que se llevan a cabo en su nombre, teniendo en cuenta el contexto local, les actores intervinientes, intereses, recursos, y distintos aspectos que atraviesan la posibilidad de implementarla en nuestro país. En este marco, en el año 2005 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) publicó un documento que retoma las bases de la APS establecidas en la Declaración de Alma Ata, mencionando la necesidad de una renovación de la APS. A su vez, menciona la importancia de considerar los cambios y desafíos que surgieron a lo largo de los años, capitalizando las nuevas tecnologías y saberes a fines de corregir diversos errores y debilidades en los enfoques de la APS. Dicho documento establece valores, principios y elementos esenciales de un Sistema de Salud basado en la APS, ilustrados a continuación:



Fuente: Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas. OPS/OMS, 2007.

Asimismo, actualmente el Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en su página oficial, define a la APS como:

> Una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad de las personas y del conjunto social, a través de la integración de la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación (…) Se basa en la utilización apropiada de los recursos disponibles y da prioridad a las necesidades sociales, la desconcentración y optimización de los servicios. Favorece la accesibilidad geográfica y administrativa, evitando largas colas, esperas o trámites complejos. Se trata de una intervención de alto impacto asistencial con los recursos adecuados y en busca de una máxima efectividad. (GCBA, s.f.)

Los principios de la APS y el marco normativo vigente son herramientas para construir accesibilidad y posibilitan trabajar desde la restitución de derechos (Saavedra y Ramacciotti, 2012). La APS, entonces, constituye una estrategia que contextualiza a la atención en salud en todos sus niveles, incluyendo desde hospitales de alta complejidad, monovalentes y hospitales generales hasta Centros de Salud y Acción Comunitaria. Esto implica incorporar en la definición y en la práctica de todo el sistema de salud acciones que tiendan a generar una asistencia sanitaria integral, inclusiva de lo psicosocial y superadora de la sobreintervención y medicalización de la salud. Además, supone incorporar distintos aspectos de la vida cotidiana de las personas que buscan asistencia en el sistema de salud (Vignolo et al., 2011).

Por otro lado, el primer nivel de atención es parte de la manera en que se organiza el Sistema de Salud. La Ley Básica de Salud de la Ciudad de Buenos Aires N° 153 menciona que el subsector estatal se organiza en distintos niveles de atención: el primero de ellos "comprende todas las acciones y servicios destinados a la promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación, en especialidades básicas y modalidades ambulatorias". Además, en el artículo 19 de dicha ley se establece que el primer nivel de atención debe, entre otros criterios de organización: constituir la puerta de entrada principal y el área de seguimiento de las personas en las redes de atención; garantizar la formación de equipos interdisciplinarios e intersectoriales; realizar las acciones de promoción, prevención y atención ambulatoria; promover la participación comunitaria y garantizar a las personas la capacidad de resolución adecuada a sus necesidades de atención. Los CeSACs pertenecen a este nivel de atención.

A su vez, la ley establece que el segundo nivel (en el cual se enmarcan la mayoría de los hospitales generales de agudos de CABA), comprende los servicios y acciones de atención ambulatoria especializada y las que requieran de internación. Por último, la normativa

menciona que el tercer nivel incluye las acciones y servicios que por su alta complejidad, tanto tecnológica como médica, constituyen el último nivel de referencia de la red de asistencia.

Es fundamental remarcar que la ley jerarquiza el primer nivel de atención, ya que en este se puede resolver un 80 por ciento de los problemas de salud de la población, abordándolos de manera interdisciplinaria (Lemus, 1996). Es así que los CeSACs abordan la gran mayoría de las necesidades y problemas de salud de la población de manera territorial, derivando a efectores pertenecientes al segundo o tercer nivel de atención sólo las situaciones que requieran mayor nivel de complejidad.

Los principios de la APS y la atención de la salud mental desde el primer nivel de atención comparten características, promueven determinadas prácticas, e implican tanto promover la salud en términos integrales como impulsar procesos de desinstitucionalización psiquiátrica. Esto, a su vez, conlleva la descentralización de la atención en hospitales monovalentes de salud mental, la adecuación de las condiciones necesarias para la atención en hospitales generales de agudos, y la atención comunitaria de los padecimientos mentales (Comes et al., 2007).

2.3 La situación en Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en contexto de pandemia

Siguiendo a Cazzaniga (2019), el contexto actúa como elemento constitutivo sobre la intervención social y profesional, ya que éste siempre expresa las relaciones de fuerza y las luchas de poder por el sentido de los proyectos políticos. A su vez, dichos proyectos se relacionan e impactan en los proyectos profesionales, de modo que conocer y comprender el contexto se vuelve condición de posibilidad para que las intervenciones profesionales sean viables y contundentes. En consonancia con la LNSM, en CABA rige la Ley N° 448, estableciendo en su artículo 1° su objeto: garantizar el derecho a la salud mental de todas las personas en el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. A su vez, la Ley N° 114 apunta a la protección de los derechos de les niñes y adolescentes, estableciendo en sus artículos 22 y 23 el derecho y la protección de la salud de esta población. Sin embargo, durante el contexto de pandemia el derecho a la salud mental se encontró fuertemente obstaculizado y la salud se vio fragmentada debido a la prioridad otorgada a la atención casi exclusiva de las afecciones y síntomas físicos producidos por el COVID.

La vulneración del derecho a la salud mental no comienza con la emergencia sanitaria en CABA, ya que las políticas sociales implementadas por el Gobierno de la Ciudad de Buenos

Aires durante los últimos años siguen una lógica empresarial que apunta al desmantelamiento de lo público y generan nuevos niveles de exclusión (Svampa, 2017); en donde el retiro del Estado como instrumento de Protección Social producido por el Neoliberalismo como doctrina económica y política, no implicó la ausencia de éste, sino una nueva presencia desde el poder punitivo (Carballeda, 2013). La exclusión en salud, entendida como la falta de acceso de bienes, servicios y oportunidades que mejoren o preserven el estado de salud, es la manera en que se expresa la privación misma del derecho a la salud (Barcala, 2015). Es así que existen múltiples procesos previos a la pandemia que deben tenerse en cuenta, para desnaturalizarlos y realizar un análisis situado: el fuerte y sostenido desfinanciamiento del sistema público de salud; y el proceso de polarización social, con una concentración creciente de la riqueza en cada vez menos manos, que implica la agudización de la desigualdad social (Bang, 2020).

Según el informe realizado por el Consejo de Derechos de niños, niñas y adolescentes sobre la Situación de las Infancias y Adolescencias en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires del 2021[4], en dicho año el total de niñas, niños y adolescentes en la CABA era de 719.249, de los cuales 242.793 tenían entre 0 y 5 años; 279.855 eran de entre 6 a 12 años, y 196.601 de 13 a 17 años. A su vez, la población de NNyA representaba el 22,7% de la población total de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

Durante el período analizado, el 30,8% de los hogares contaba con presencia de población de 0 a 17 años de edad. De ellos, el 9,7% no pudo acceder a la Canasta Alimentaria. Ese porcentaje se eleva al 12,2% si se consideran los hogares cuyo jefe de hogar era una mujer; en los que el porcentaje de hogares con presencia de población de 0 a 17 años que no pudieron acceder a la Canasta Total fue de 39,5%. Con respecto al tipo de vivienda de los hogares con presencia de NNyA, en el año 2021, las viviendas precarias alcanzaban el 2,9%, concentrándose principalmente en la Comuna 4. Según el mismo informe, en el año 2021 se relevaron 2.573 personas en situación de calle, de las cuales 270 eran niños y niñas de entre 0 y 14 años (10,5%) y 205 adolescentes de entre 15 y 18 años (0,8%). Dicha población se ubica de manera heterogénea en la Ciudad, reconociendo que el 62,6% se concentra en las Comunas 1, 2, 3, 4 y 13.

Las estadísticas son un reflejo de la inequidad y desigualdad en CABA. En lo que respecta específicamente a la atención de padecimientos subjetivos, los efectores

[4] Disponible en: https://buenosaires.gob.ar/sites/default/files/2023-08/Situaci%C3%B3n2021_20230804%20%28vf.cara%29.pdf

pertenecientes al subsistema público estatal, en su amplia mayoría, restringieron la atención limitándose únicamente a situaciones de urgencias. Los recortes en la atención, además, se relacionaron con la cantidad reducida de personal disponible para la atención por encontrarse con COVID o no contar con las condiciones mínimas laborales como elementos de protección ni con el espacio físico en los lugares de trabajo para mantener la distancia social requerida debido al contexto sanitario. Entonces, la población usuaria del sistema público de salud, sin obra social, se vio especialmente afectada y desfavorecida por el contexto sanitario y los recortes en la atención a la salud mental.

Con relación a la inversión pública dirigida a niñas, niños y adolescentes, si bien el informe del CDNNyA reconoce que no existe un presupuesto desagregado sobre esta población en particular y menciona dificulta la evaluación y monitoreo de dicha inversión, retoma indicadores sobre los recursos destinados a Salud y Educación del Sistema de Indicadores de Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Es así que indica que en el año 2021, el porcentaje del gasto público destinado a salud en el total del presupuesto de la Ciudad, fue de 19,4% aproximadamente.

Tomando las demandas de adolescentes y jóvenes recibidas por los equipos interdisciplinarios de salud mental[5] de guardia que funcionan en los dispositivos de urgencias de los efectores públicos pertenecientes al GCBA (dieciséis de ellos son hospitales generales y cinco son hospitales especializados monovalentes), en 2021 se detectó un descenso en la edad de les usuaries, teniendo como referencia los 12 años de edad. Entre los motivos de consulta se destacan los intentos autolíticos, auto agresiones, violencia sexual y situaciones de maltrato, las cuales se incrementaron con el regreso de la presencialidad en el ámbito escolar, en donde suelen ser detectadas (APSS, 2022).

Teniendo en cuenta el escenario descrito, la línea Salud Mental Responde[6] adquirió un gran protagonismo. La misma, desde la pandemia, es atendida únicamente por profesionales psicólogues y psiquiatras, quienes brindan telefónicamente asesoramiento, orientación y atención en crisis en temas relacionados a la salud mental y atención en crisis. Funciona los 365 días del año, las 24 horas. Debido a la demanda recibida, durante el aislamiento preventivo

[5] El Decreto N° 635/004 que reglamenta la ley 448 de CABA, establece que los equipos interdisciplinarios de Salud Mental están compuestos por un médico psiquiatra, un psicólogo y un trabajador social.
[6] El programa tuvo sus inicios en 1997 y otorgaba asesoramiento específicamente en adicciones hasta el año 2000, cuando se amplió la atención al campo de la salud mental en general. Su sede es en la Dirección General de Salud Mental de CABA.

y obligatorio se debió agregar un turno noche. Este dispositivo permite realizar una evaluación preliminar e individual, pero requiere de la articulación, derivación y orientación hacia otros dispositivos, siendo estos últimos escasos o nulos por el contexto de pandemia.

Durante el período analizado se evidenció una deficiencia en las políticas públicas, relacionadas con la dificultad de establecer criterios y garantizar el efectivo acceso a la atención. Esto derivó en la negación de la atención en distintos efectores de salud, sin otra alternativa que pudiera garantizar ese acceso a les niñes. De esta manera, el sistema de salud brindó una atención discontinua y fragmentada, evidenciándose la interrupción de los tratamientos en Salud Mental, la dificultad para acceder a centros de día, hospitales de día, tratamientos ambulatorios, entre otras (Observatorio de Adolescentes y Jóvenes, 2020). La ausencia de políticas públicas destinadas a garantizar el acceso a la salud mental e integral de las infancias reforzó la exclusión y vulnerabilidad en un contexto de fragilidad de lazos sociales. Se generó una supervisión disminuida y trato negligente a niños, niñas y adolescentes, se registrándose un aumento del abuso infantil y violencia y un acceso limitado o inexistente a los Servicios de Protección de la Niñez y Adolescencia (UNICEF, 2020).

La falta de profesionales, de turnos e instituciones abiertas, el cierre de admisiones que comenzó en contexto de pandemia y que tiene como consecuencia listas de espera que duran meses para acceder a un turno -que siguen vigentes aún hoy en los efectores del subsistema público de salud-, así como la continuidad de financiamiento en salud mental principalmente a los hospitales monovalentes y no a los hospitales generales, son una muestra más del vaciamiento y desmantelamiento de lo público. Esto impacta directamente en cómo les niñes transitan y habitan las instituciones de CABA.

En este sentido, es posible encontrar algunas diferencias entre las políticas implementadas por el GCBA y las disposiciones implementadas por el Estado a nivel nacional. Estas últimas apuntaban a organizar la tarea y garantizar simbólicamente prácticas y políticas públicas de cuidados, (incluyendo protocolos, lineamientos y capacitaciones) bajo la concepción de “cuidar a los que cuidan”. La entrega de recursos materiales e insumos necesarios para el cuidado de los trabajadores ha facilitado la implementación de estrategias y experiencias satisfactorias en la provincia de Buenos Aires, por ejemplo, a través de sostener la atención de manera remota (Fischquin et al., 2021). Esta modalidad no fue promovida en los efectores del sistema público de salud en CABA por las dificultades anteriormente mencionadas, sumadas a la falta de dispositivos móviles, internet, espacio físico e inclusive, la

falta de elementos básicos de protección personal para la atención presencial, como barbijos, máscaras y alcohol en gel, entre otros.

Sin embargo, aun en CABA, fue posible el desarrollo de distintas experiencias de organización entre profesionales e instituciones que han sabido responder a distintas demandas relacionadas a la salud mental. A través de las articulaciones informales sostenidas, en su mayoría únicamente por contactos y predisposición de los equipos, se han logrado establecer seguimientos, turnos, actividades, espacios y alternativas para les usuaries que requerían algún tipo de atención en salud mental. Estas intervenciones, desde el primer nivel de atención, generalmente priorizaron construir herramientas y estrategias que tiendan a la recomposición del lazo social y a fortalecer el protagonismo de las personas en sus procesos de salud y enfermedad, contextualizando socialmente los padecimientos. Tomando las particularidades de dicho momento histórico, se han podido capitalizar algunas experiencias y estrategias colectivas que, retomando padecimientos subjetivos situados, han dado lugar a nuevas formas de ser y habitar las instituciones en general, y del CeSAC que se analiza en particular.

Capítulo 3: Sobre *por qué intervenimos*

Habiendo caracterizado los conceptos principales y la situación en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, a continuación se avanzará con la descripción e historización de la institución y la manera en que la misma se organiza, teniendo en cuenta el territorio en el que se encuentra inscripta. Luego, se retomarán los principales motivos de consulta frecuentes y criterios de admisión específicamente del equipo de Salud Mental de niñes, identificando el lugar asignado a las familias en los procesos de atención.

3.1 La institución

"Los procesos que hacen equipo están inmersos en el tiempo como en el espacio y desarrollan su relato compartido construyendo la comunidad de ideas y acciones que habilita a sus integrantes a pronunciarse en nombre propio y, a la vez, constituirse en sujeto colectivo"

Reflexiones micropolíticas sobre experiencias de organización colectiva en el campo de la salud | Topía

En nuestro país, en 1984 se crearon los CeSACs a fines de ampliar la cobertura y extender los servicios de los centros de salud que existían hasta entonces. El agregado de "acción comunitaria" (ya que anteriormente se denominaban únicamente Centros de Salud) no es meramente enunciativo, sino que responde tanto a los lineamientos planteados por la Atención Primaria de la Salud como a los objetivos del primer nivel de atención, entendiendo a la salud de manera integral, tal como se desarrolló en apartados anteriores sobre los abordajes y concepciones de la salud mental.

Puntualmente el CeSAC desde el cual se realiza el presente análisis se ubica en un barrio perteneciente a la Comuna 1 de CABA. En el año 1971 era un Centro de Salud Mental dedicado a la atención psicológica individual, grupal y comunitaria, suspendiéndose estas últimas durante la dictadura militar. Durante 1990 comenzó a funcionar como Centro de Salud y Acción Comunitaria, luego de la demanda de los vecinos del barrio, quienes se organizaron y movilizaron para reclamar que la modalidad de atención pase de ser monovalente a polivalente.

Desde el año 1992, las condiciones laborales de los equipos de salud que componen la institución se vieron modificadas ya que los profesionales comenzaron a conseguir la modalidad de contratación como planta permanente del GCBA, lo que le otorgaba estabilidad

y la posibilidad de diseñar en proyecto institucional del CeSAC, pensando y distribuyendo las tareas con anclaje territorial y de acuerdo a la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

Los equipos de salud del CeSAC desarrollan como parte de su tarea diaria actividades en la institución pero también en el territorio, a través de equipos interdisciplinarios. Existen dos modalidades de organización del trabajo de estos equipos: por un lado, aquellos que trabajan llevando adelante actividades vinculadas a temáticas de salud específicas (como por ejemplo Interrupción voluntaria del embarazo, Entrega de leche, Testeo Rápido de VIH y Sífilis, Ronda de mujeres, entre otros), comúnmente llamados equipos *matriciales*; y por el otro, aquellos que trabajan de acuerdo a criterios espaciales, a quienes les corresponde el seguimiento de las familias que viven en determinadas manzanas del barrio, llamados equipos *territoriales*. Estos últimos sostienen acompañamientos de las situaciones problemáticas; realizan diagnósticos territoriales y articulaciones con múltiples actores comunitarios. Esta modalidad organizativa está orientada a fortalecer el vínculo del sistema de salud con la comunidad y a trabajar en conjunto distintas problemáticas vinculadas a los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado de la población. Con respecto a la atención específicamente a infancias y adolescencias, en el CeSAC existen espacios en donde se trabaja el acceso a la salud integral, como las consejerías de salud sexual y (no) reproductiva, las juegotecas, espacios de arte y grupo de pares, entre otros.

A partir de la pandemia por COVID-19 decretada en marzo de 2020 el CeSAC debió reestructurar su funcionamiento, lo cual implicó: modificaciones en los horarios y espacios de atención, cambios en las tareas y funciones habituales de les trabajadores, reducción de personal por ser pacientes de riesgo o haberse infectado, priorización de tareas de asistencia sobre las de promoción y prevención y suspensión tanto de reuniones de equipos como de admisiones de pacientes que no se habían atendido previamente en la institución.

Pese a los recortes a nivel institucional, el CeSAC es considerado una institución de gran importancia para la población que vive en el barrio ya que fue uno de los pocos efectores de salud –y en general- que mantuvo sus puertas abiertas durante toda la pandemia, facilitando además de la accesibilidad a controles de salud y medicación, respuestas a distintas situaciones problemáticas. A modo ilustrativo, durante el año 2021 se percibió un aumento en la demanda relacionada con la dificultad de la población de acceder a cuestiones básicas necesarias para garantizar la reproducción de la vida cotidiana, como por ejemplo alimentos y ropa. En conjunto con otras instituciones y organizaciones barriales, se dio respuesta a dicha demanda

a través de donaciones, ya que los recursos provenientes de las políticas públicas tanto a nivel nacional (por ejemplo, el Ingreso Familiar de Emergencia y la Asignación Universal por Hijo) como las pertenecientes específicamente al GCBA (principalmente el Subsidio Habitacional 690[7] y el Programa Ciudadanía Porteña[8], entre otros) son respuestas parciales a las necesidades y situación de vulnerabilidad social de les usuaries del CeSAC.

En la misma línea, gran parte de la tarea cotidiana de las profesionales de Trabajo Social en la institución (antes, durante, y posteriormente a la pandemia) es la atención de la demanda espontánea. Allí se reciben distintas situaciones problemáticas, como por ejemplo personas en situación de calle, en proceso de desalojo[9] o con consumo problemático de sustancias. También se realiza asesoramiento a migrantes y orientación sobre acceso a distintos programas del GCBA y comedores/ollas populares.

El equipo matricial desde el cual se elabora el presente trabajo es el de Salud Mental de niñes. El mismo se encuentra integrado por profesionales de psicología, psicopedagogía, terapia ocupacional, fonoaudiología y trabajo social, tanto de planta permanente como residentes. Cabe mencionar que si bien la institución cuenta con psiquiatras, todas ellas se dedican exclusivamente a la atención de adultes. En cuanto a su organización, las reuniones de equipo en un principio se sostuvieron de manera virtual, y luego de manera presencial. En repetidas oportunidades tanto la fonoaudióloga como la terapista ocupacional, al ser las únicas de su especialidad en la institución, no podían participar de las mismas ya que debían destinar horas a la atención individual de pacientes en consultorio.

Sumado a la caracterización que realicé en el apartado sobre la situación de la CABA en pandemia, el Análisis de Situación de Salud[10] (ASIS) del año 2020 realizado por el Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires aporta algunos datos relevantes sobre características sociodemográficas. Con relación a la zona sur de CABA en general, dicho informe evidencia una fuerte atención de la salud únicamente a través del sistema público, niveles más altos de

[7] Este programa brinda un apoyo económico a personas o familias en situación de calle, con la finalidad de abordar su situación de vulnerabilidad habitacional.
[8] Se otorga un monto mensual, a través de una tarjeta magnética, con el cual se promueve el acceso a bienes de primera necesidad como productos de limpieza e higiene personal y alimentos.
[9] Entre los hogares con presencia de población de 0 a 17 años en CABA, el 13,3% ocupan viviendas de manera irregular. Los porcentajes de tenencia irregular más altos se concentran en las Comunas 1 con 24,7%, 4 con 24% y 8 con 31,1%23.
[10] Los Análisis de situación de Salud se proponen medir, explicar y caracterizar los perfiles de salud y enfermedad de una población determinada, así como establecer necesidades y prioridades en materia salud, promoviendo información para el diseño, planificación e implementación de programas que permitan su abordaje.

desocupación que en el resto de la ciudad, los mayores niveles de hacinamiento y las tasas de mortalidad más altas.

Sobre las Comunas 1 y 4, de donde proviene la mayoría de la población objetivo para la atención y las acciones de salud del CeSAC, menciona que la Comuna 1 (la cual incluye San Telmo, Retiro, Monserrat, San Nicolás y Constitución) posee el mayor porcentaje de Necesidades Básicas Insatisfechas, representando el doble de la media de CABA. Es importante recuperar que los indicadores que componen las NBI contemplan aspectos relacionados a la vivienda, a las condiciones sanitarias, al hacinamiento, a la asistencia escolar y a la capacidad de subsistencia. A su vez, detalla que la Comuna 4 (que incluye La Boca, Parque Patricios, Barracas y Nueva Pompeya) cuenta con la tasa de mortalidad infantil más elevada de la Ciudad; y que más del 30% de su población es de menores de 15 años. Ambas comunas se encuentran entre las que presentan las tasas más elevadas de Tuberculosis y de riesgo de transmisión sostenida.

Esta aproximación al territorio permite reconocer las condiciones críticas de vida de la población, ligadas en su mayoría a problemáticas de salud ambiental y a procesos de gentrificación, entendiendo a estos como la "expulsión de gente, prácticas y saberes de un territorio concreto a través de la reinversión de capital público o privado y la incorporación de una población con mayor capital económico o cultural" (Sequera y Rodriguez, 2017, p. 122). Los modos en que las personas viven determinan socialmente sus procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado; esto se traduce en demandas y vínculos específicos con el CeSAC. Por esta razón, es importante para el análisis recuperar los motivos frecuentes de consulta vinculados a la salud mental de les niñes.

3.2 Revisando motivos frecuentes de consulta

"Atendiendo a la necesidad casi imperativa de uniformar y universalizar subjetividades desde los inicios de la vida, proliferan los diagnósticos, las alertas frente a las presentaciones diversas, las urgencias de derivación y tratamiento, la medicalización y la psicopatologización de lo que no encaja como se esperaba"

Silvina Rivas

Indagar sobre las intervenciones del equipo de salud conlleva necesariamente revisar cómo se construye la demanda en el CeSAC, ya que de manera implícita o explícita, las intervenciones implican determinados modos de concebir a las personas, a los procesos, a los

tiempos y sus conflictividades (Greco, 2020). No se puede definir de antemano el quehacer profesional, ya que son las particularidades de la realidad sobre la que se interviene las que direccionan las intervenciones. La práctica profesional del Trabajo Social se ve atravesada por exigencias y/o demandas institucionales y de distintes actores de la sociedad, así como por decisiones éticas, políticas y teóricas en torno a éstas (Mallardi et al., 2020). Por esta razón, es necesario revisar los motivos de consulta que aparecen frecuentemente en la institución relacionadas a la salud mental de las infancias y el modo en que las situaciones se configuran como problemas para les distintes actores intervinientes.

Los problemas sociales se constituyen como tales de acuerdo a los sujetos y sus acciones, quienes interactúan a través de sus distintas experiencias, deseos e intereses (Cavalleri, 2014). Además, la conformación de los mismos se relaciona intrínsecamente tanto con los procesos de producción científica como con las relaciones de poder que existen en determinados contextos, principalmente entre quienes nominan los problemas y las personas que los padecen (Albornoz y García Godoy, 2021). Por este motivo es imperioso realizar diagnósticos desde la singularidad de cada situación, los cuales aportan conocimiento tanto de las problemáticas como de los recursos disponibles, posibilitando luego planificar estrategias y líneas de acción situadas.

A su vez, es necesario mantener una vigilancia epistemológica que permita una mirada crítica y reflexiva, para "ser conscientes de los por qué y hacia dónde intervenimos y de las implicancias de nuestras acciones u omisiones en la vida de quienes están involucrados en las circunstancias de intervención (lo que alude a su dimensión ética)" (Nucci, 2017, p. 42). Además, es fundamental repensar aquellas problemáticas que se presentan como inmediatas a los sentidos, a partir de la generación de conocimiento que facilite comprenderlas contemplando sus múltiples determinaciones, su complejidad, sus procesos y dinámicas propias, considerando "el marco de la totalidad social que las contiene y las relaciones sociales que las engendran" (Mallardi et al., 2020, p. 16).

En este sentido, las situaciones problemáticas y las demandas que llegaron al CeSAC relacionadas a la salud mental de niñes[11], tuvieron algunas particularidades ligadas a la situación epidemiológica determinada por el contexto de pandemia. A través de la observación

[11] Como se mencionó con anterioridad, el equipo destina su atención a niñes de entre 3 y 11 años de edad, por lo cual los motivos frecuentes de consulta mencionados corresponden a dicho rango etario.

participante de las reuniones de equipo y el análisis de las fichas de interconsulta[12], logré reconocer distintos actores y motivos por los que llegan las solicitudes de intervención al equipo:

En primer lugar, las demandas provienen de instituciones, principalmente escuelas. Los motivos de derivación en estos casos se vinculan a las "dificultades en el desempeño escolar/problemas de aprendizaje" que tienen les niñes, a las "conductas disruptivas" que generan dificultades para permanecer en el aula a partir del regreso a clases presenciales en las escuelas, y a la "falta de autonomía" en las tareas por parte de les niñes.

Los "problemas de aprendizaje" mencionados incluyen dificultades de les niñes para aprender a leer y escribir, así como comprender las consignas o planificar el trabajo. En estas situaciones suele aparecer el sentimiento de "frustración" que esto genera en les niñes, el cual se manifiesta a través de enojo o angustia. Generalmente, dichas apreciaciones aparecen en los informes escolares que acompañan las solicitudes de intervención del equipo:

> El niño ha manifestado signos de angustia y frustración. (...) Si bien logra ingresar al aula, no puede sostener el trabajo presentado ni permanecer sentado por períodos prolongados. Sus trabajos son rayones con intensidad que no respetan ni la consigna ni los límites del dibujo. Logra completar solamente entre uno y dos renglones. Rompe el cuaderno, y aunque se le indica en donde debe escribir, lo hace en cualquier otra hoja o lugar. (Informe escolar, abril 2022).

Las "conductas disruptivas", por otro lado, incluyen desde episodios agresivos hacia compañeres, objetos o docentes; hasta niñes que son "inquietos" e impiden el correcto desarrollo de la clase al conversar con compañeres o salir del aula. La "falta de autonomía" en las tareas aparece en las solicitudes de intervención a través de niñes que son "callados", que no logran resolver situaciones como por ejemplo acomodarse en un asiento, atarse los cordones o comenzar a hacer una consigna en clase si no es con la ayuda y acompañamiento cercano de une docente.

Ante estos dos motivos de derivación que aparecían frecuentemente en mis registros, me comenzaron a surgir algunos interrogantes, entre ellos: ¿Cuál es la demanda de las instituciones con relación a las infancias que presentan algunas de las problemáticas anteriormente mencionadas en sus procesos de salud y educación? Como primera

[12] La ficha de interconsulta es un documento que se les indica completar a les profesionales del CeSAC cuando solicitan la intervención del equipo de Salud Mental de niñes, la misma posee distintos campos a rellenar sobre datos de la persona por la que se consulta, el motivo de consulta y si posee tratamientos anteriores, entre otros. Dicho instrumento se encuentra adjunto en Anexos.

aproximación a una posible respuesta -que surge de la observación participante y del análisis de los datos de las situaciones presentadas en las reuniones de equipo- es que la demanda de un abordaje terapéutico (y en su mayor parte, individual) es la estrategia principal, solicitada y legitimada por la institución escuela en estas situaciones. La mayor parte de la solicitud de intervenciones del equipo de salud mental de niñes, aunque se encuentra conformado por varias disciplinas como mencioné anteriormente, se dirigen a les profesionales psicólogues, y en su defecto, a psicopedagogues. Como refiere Greco (2020), en algunas oportunidades las solicitudes de intervención excluyen el conflicto y conllevan el cierre de los espacios para les niñes que no se ajustan a lo que se espera de elles, constituyendo "nuevas instituciones y subjetividades" que se basan en la idealización y totalización. Asimismo, Janin (2019) menciona que una manera de responder frente a los pedidos de "diagnósticos" que suele hacer la escuela es entender al niño como sujeto en crecimiento, -a quien hay que acompañar-, el cual va incorporando distintas maneras de procesar las dificultades que se le presentan. Por este motivo, la autora menciona la importancia de que la escuela trabaje en distintas maneras de alojar a les alumnes, pero de forma conjunta y en red con otres adultes.

Resulta pertinente retomar el concepto de "relación de baja intensidad" (Kessler, 2003, como se citó en Terigi, 2010), desde el que se hace referencia a las trayectorias escolares de niñes que sostienen cierta regularidad en la asistencia pero que "están en la escuela sin estar", realizando las actividades sin interés y sin que resulte significativo el no hacerlas. Esta problemática, vigente en el contexto actual, aparecía con frecuencia en conversaciones informales entre profesionales que tenían lugar en reuniones que he presenciado entre un equipo territorial del CeSAC y distintas autoridades de una escuela en la que realizábamos talleres de Educación Sexual Integral. Sin embargo, a partir del análisis de las fichas de interconsulta y de las situaciones presentadas en las reuniones de equipo, no se han registrado solicitudes de intervención provenientes de instituciones educativas hacia el equipo de Salud Mental vinculadas a les niñes que despliegan una relación de baja intensidad con la escuela pero que no impiden el funcionamiento o desarrollo de las clases, así como quienes no muestran un vínculo conflictivo con les adultes referentes y/o pares; únicamente se deriva al CeSAC a quienes "molestan" o que traen "problemas de convivencia" en el aula.

En segundo lugar, las solicitudes llegan por la interconsulta de otres profesionales del CeSAC, en su mayoría pediatras. Para presentar las situaciones que quieren derivar, lo hacen personalmente en la reunión semanal del equipo de Salud Mental de niñes o de manera virtual

vía correo electrónico, completando una ficha de interconsulta que existe para hacer derivaciones internas. En los controles de salud[13] anuales, les pediatras realizan una entrevista a la persona adulta referente de le niñe. Allí suelen aparecer elementos que constituyen uno de los principales motivos de consulta, enunciado como "dificultades en la puesta de límites": con esto se refieren a los problemas que surgen en el cotidiano por parte de les niñes a la hora de no querer o poder cumplir con ciertas reglas que organizan la vida cotidiana -por ejemplo, respetar horarios de descanso y de uso de aparatos electrónicos como la televisión, computadora, tablet, y juegos en línea; ingerir ciertos alimentos para poseer una dieta variada; asistir a clases y realizar la tarea escolar-. En algunas de las derivaciones, como motivo de consulta aparecen los "problemas/trastornos de la conducta" o "berrinches exagerados para la edad": allí, por ejemplo, se mencionan desde el llanto ininterrumpido, el romper objetos o golpear a la persona adulta de referencia de le niñe cuando no se le permite hacer algo que le niñe buscaba o quería.

Otra observación que aparece con frecuencia en las planillas de solicitud de interconsulta por las cuales realizan derivaciones les pediatras es la "vulnerabilidad familiar y social" de les niñes, sin ninguna descripción en torno a qué se refieren con dicha terminología. Pero al profundizar en las situaciones derivadas por medio de entrevista, en su mayoría dicha vulnerabilidad se vinculaba a situaciones de vulneración de derechos que comprendían situaciones de violencia de género en la que les niñes estaban presentes, situaciones de violencia sexual y/o maltrato hacia les niñes.

En tercer lugar, en menor medida y relacionado a los motivos de consulta anteriormente mencionados, aparecen oficios que provienen en su mayoría de distintas Defensorías Zonales[14] de CABA, o bien, la demanda llega directamente por les adultes referentes de les niñes que se presentan en la puerta del CeSAC. En estos últimos casos la demanda llega, en gran parte, luego de haber intentado conseguir turno en distintos efectores de salud, sin éxito, por falta de profesionales disponibles.

Los motivos frecuentes de consulta mencionados implican distintos posicionamientos institucionales y profesionales en torno a cómo se entienden y se enuncian los padecimientos

[13] Estos constituyen espacios y procesos en los que se acumulan y manifiestan representaciones en torno a la familia, la maternidad, los cuidados y la niñez (Colangelo, 2018).
[14] Son los organismos descentralizados, establecidos en la Ley 114 de CABA, que funcionan en las distintas Comunas y realizan un acompañamiento de distintas situaciones que pueden implicar vulneraciones de derechos de NNyA.

subjetivos y sus manifestaciones en les niñes. Especialmente en el campo de la Salud Mental, y específicamente en las infancias, las maneras de nombrar tienen gran relevancia ya que frecuentemente se vuelven etiquetas difíciles de despegar en les niñes, tendiendo a la medicalización y patologización. Según el Fórum sobre Medicalização da Educação e Saude (2015):

> Se entiende por medicalización el proceso por medio del cual las cuestiones de la vida social –complejas, multifactoriales y marcadas por la cultura y por el contexto histórico– son reducidas a un tipo de racionalidad que vincula artificialmente las dificultades de adaptación a las normas sociales a determinismos orgánicos que se expresarían como enfermedades del individuo. (p. 11)

En este contexto, la patologización apunta a entender a las conductas que son expresión de fenómenos familiares, sociales, económicos o culturales como enfermedades o patologías. Dichos procesos de patologización se expresan a través de la necesidad de diagnosticar las conductas que no forman parte de lo que les adultes esperan de elles e implica considerar a les niñes con éstas conductas como "problemáticos", colocándoles en el centro de las acciones-intervenciones; y descontextualizándolos de sus condiciones de vida y de factores familiares, sociales, económicos y culturales (Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo de Uruguay, 2019).

La infancia es una categoría atravesada por diversas racionalidades y discursos de carácter político, económico, social, histórico, religioso, cultural y de género. Las sociedades moldean sus propias concepciones e ideas sobre la infancia (y a su vez, sobre la adultez), otorgando características singulares a cada una según el contexto. En concordancia con el paradigma actual y la legislación vigente, se torna necesario hablar de infancias en plural para dar cuenta de las diversidades posibles, ya que no existe una única manera de vivirla, considerando los distintos procesos sociales, históricos y culturales que la determinan y condicionan. Sin embargo, en los motivos frecuentes de consulta anteriormente mencionados, existen niñes que no cumplen con la imagen "ideal" de la infancia: dicha imagen se constituye en concordancia con uno de los pasos que instalan los procesos de patologización en el campo de la salud mental, que es la existencia de un paradigma fijo de normalidad en donde todo lo que queda por fuera de éste se califica como anormal (Affonso Moysés et al, 2013). Dichas situaciones son las que instituciones como la escuela o la familia no saben cómo abordar y se constituyen en un motivo de derivación con el equipo de Salud Mental. Les niñes por los cuales se consulta coinciden con la conceptualización planteada por Carballeda (2018) sobre el sujeto inesperado: "Ese sujeto que llega a las instituciones no es el esperado por éstas (…), en vez de

escuchar activamente esas nuevas expresiones de la singularidad, se las fuerza a que cumplan con el mandato institucional, es decir, que sean como deberían ser" (p. 89).

Como menciona Stolkiner (2013), la presencia hegemónica del discurso médico en las vidas tanto colectivas como singulares de las personas forma parte del proceso de medicalización. La existencia de diversas formas de habitar la niñez causada por la vulnerabilidad de la situación social o personal en ocasiones históricamente ha sido redefinida como enfermedad; y los discursos del campo psi han sido convocados a participar como actores principales, cooperando en el proceso de medicalización. Se tiende a reducir o acotar problemáticas complejas a categorías psicopatológicas, promoviendo la estigmatización de les niñes (Barcala, 2015).

Paralelamente existen otras miradas sobre la categoría de diagnóstico, las cuales lo conciben como "una oportunidad para contribuir a dimensionar los apoyos necesarios para el ejercicio de los derechos, apostando a que el derecho a la vida independiente y autónoma pueda ejercerse" (Biaggio y Soberón, 2020, p. 11). Desde esta perspectiva, el mismo debe ser leído de manera histórica, política y situada, en conjunto y articulación con otras categorías y/o datos de la persona. En esta línea, las caracterizaciones y diagnósticos con los que llegan les niñes frecuentemente son problematizados y repensados por les profesionales del equipo de Salud Mental. Esto implica discusiones en torno a contextualizar las problemáticas para lograr entender, nombrar y abordar de manera integral, desarrollando estrategias de intervención acordes. Dichas discusiones no siempre se dan de manera armónica ni todes les profesionales del CeSAC poseen la misma visión de los problemas sociales, en donde los marcos teóricos a veces son incluso opuestos.

En la construcción de la intervención profesional, resulta evidente la necesidad de problematizar las derivaciones compulsivas a los equipos de salud mental de niñes que tienden a la psicopatologización de las infancias. Las mismas hablan más de las dificultades e imposibilidades de las instituciones que de les niñes en sí. Es necesaria una mirada atenta y situada de les sujetes, para transformar la manera en que se analizan y leen las problemáticas, saliendo de enfoques que apuntan a la individualización de los problemas sociales (Greco, 2020). En este camino es fundamental considerar la integralidad de les niñes, entendiendo que sus trayectorias escolares no pueden ser escindidas de sus trayectorias y condiciones de vida, partiendo de la importancia de los abordajes interdisciplinarios e intersectoriales. A su vez, si no se contempla la relación entre la cultura familiar de les niñes con la cultura escolar además

de las condiciones materiales de existencia, se corre el riesgo de priorizar los diagnósticos antes que las personas y poner el foco en las características individuales de cada niñe, fragmentando y parcializando la cuestión social. Aparece como un desafío de las instituciones en general y de los equipos de salud del primer nivel de atención en particular (como lo es el CeSAC), planificar e implementar acciones que promuevan que los diagnósticos realizados sobre la salud mental de les niñes no operen como etiquetas en sus trayectorias educativas y de salud. Como profesionales, es necesario reconocer y principalmente acompañar la carga de padecimiento subjetivo que la situación de pandemia ha conllevado, prestando atención a no patologizar procesos subjetivos que son de esperar en contextos excepcionales (Bang, 2020). Si se simplifican y reducen las lecturas de los motivos frecuentes de consulta únicamente a aspectos biológicos o individuales, siendo que constituyen problemáticas complejas y multidimensionales como lo son los padecimientos psíquicos, se contribuye a una psicopatologización de las infancias.

Para finalizar este apartado, la observación participante de las reuniones de equipo resultó un elemento clave para la descripción de los motivos frecuentes de consulta. En principio porque, como se mencionó anteriormente, un problema en sí mismo no existe, sino a partir de procesos de problematización. De éstos "emergen y se constituyen *prácticas* (modos de hacer) y *discursos* (modos de decir) diversos que proponen estrategias heterogéneas y soluciones diversas para enfrentar la experiencia problematizada" (Rodríguez Zoya y Rodríguez Zoya, 2019). Las reuniones de equipo son el espacio en donde tiene lugar dicho proceso de problematización, ya que allí se presenta la situación de cada niñe, se da lugar al intercambio entre profesionales, y se comparte la lectura que se sostiene desde cada disciplina. Esto puede habilitar el planteamiento de lógicas que van más allá de los diagnósticos o tratamientos previos de cada niñe, estableciendo opciones y maneras de trabajar con quienes son excluides y/o patologizades en pos de lograr un efectivo goce de derechos. Esta posibilidad no quiere decir que es lo que efectivamente sucede en todas las intervenciones, ya que para ésto será necesario contar con un sistema de apoyos y ajustes correspondientes a las necesidades y características de cada niñe, sea usuarie o no del sistema de salud mental.

Además, en dichas reuniones se han registrado aspectos relacionados a los tres vectores analíticos propuestos por Rodríguez Zoya y Rodríguez Zoya (2019) para pensar la noción de problemas complejos:

a) el entrelazamiento de múltiples puntos de vista: Como se ha mencionado, los mismos son heterogéneos no solo en cantidad sino también en términos cualitativos, ya que les profesionales otorgan distintos significados a un mismo problema;

b) El entrelazamiento del conocimiento, la ética y la acción: se plasma qué interesa conocer, la manera en que se evalúa y cómo se actúa. En dicha intersección aparece el vínculo entre el por qué y el cómo de la intervención profesional, ya que a partir de lo que se reconoce como demanda y lo que se define como problema, se plantean las estrategias[15] y acciones a implementar;

c) El entrelazamiento del pasado, presente y futuro: Con respecto a esta última dimensión temporal, en las reuniones de equipo se ha registrado que les profesionales asocian las situaciones problemáticas que originan los motivos de consulta al contexto de pandemia, a los cambios que produjo la misma en la vida cotidiana de las personas y a la profundización que existe (ya hace años) en la falta de recurso humano y material, tanto en el CeSAC como en otros efectores de salud de CABA. Esto refuerza la necesidad actual de establecer criterios de admisión y dispositivos que, a futuro, tiendan a garantizar la accesibilidad de les niñes que solicitan atención por salud mental.

3.3 Divisando criterios de admisión y concepciones sobre las familias

Es importante mencionar que no todas las demandas relacionadas a la atención en salud mental de niñes que llegan a la institución desembocan a una entrevista de admisión, teniendo en cuenta que la decisión de quienes sí y quienes no llegan a dicha instancia es -principalmente- de las psicólogas del equipo, a partir de una serie de criterios que pude ir observando desde mi participación en distintos espacios, especialmente en las reuniones de equipo. Estos criterios no se encuentran establecidos a priori ni plasmados de manera formal en ningún documento. Sin embargo, se han podido registrar las siguientes condiciones y/o criterios, los cuales serán desarrollados a continuación: que la derivación sea interna, que les niñes vivan en las cercanías del barrio, que le niñe no sea "demasiado complejo", y finalmente, que posea una "familia continente".

En términos generales, uno de los criterios excluyentes que aparece con frecuencia es que la derivación sea interna, es decir, que la demanda llegue por alguien del equipo de salud

[15] Este aspecto será desarrollado en los próximos apartados.

del CeSAC. Durante la pandemia, si una persona se acercaba a la institución con una derivación, se le respondía que la admisión estaba cerrada y se le asesoraba sobre otras instituciones de salud del subsistema público a donde podría acercarse, en las que las personas solían obtener la misma respuesta: "la admisión está cerrada para pacientes nuevos", ya que las listas de espera vigentes superaban los seis meses para acceder a un turno. En múltiples efectores de salud se redujeron los días y horarios de atención, disminuyendo la capacidad de dar respuesta a las demandas de personas que solicitaban atención por primera vez, principalmente por dos motivos: el primero, relacionado con la reducción de personal que se encontraba de licencia por tener algún factor de riesgo o por tener COVID; y el segundo, vinculado al hecho de que les profesionales que no se encontraban de licencia, asistían menos días de manera presencial, debido a la organización en cohortes, a fines de mantener el distanciamiento social preventivo y obligatorio en las instituciones. A su vez, se vieron abocades a la atención de personas que ya se encontraban en tratamiento.

El otro criterio excluyente es que le niñe viva en las cercanías del barrio, en el área de incumbencia[16] del CeSAC. Esto no quiere decir que por vivir en las cercanías se garantiza inmediatamente la atención, pero sí es un requisito. Si le niñe o adulte responsable posee Obra Social, desde el equipo se le transmite a la persona que haga los trámites y reclamos correspondientes para que le niñe pueda ser atendide en la misma.

Además, se suma la necesidad de que le niñe no sea "demasiado complejo", es decir, que su diagnóstico y tratamiento no implique más de una especialidad. Por ejemplo, hay niñes que son derivades a psicopedagogía, psicología y fonoaudiología y desde el equipo suele considerarse que esto excede a un primer nivel de atención. Les profesionales sostienen que el hecho de que le niñe asista a varias terapias de manera aislada, en distintos horarios, alejándoles de su centro de vida y otras actividades, termina siendo perjudicial para sus procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado. En estas situaciones y también cuando poseen Certificado Único de Discapacidad, realizan una derivación a un centro de día o a tratamiento en un segundo o tercer nivel de atención.

[16] Los CeSAC se organizan y coordinan según las Áreas Programáticas de los Hospitales Generales de Agudos, las mismas constituyen "una superficie delimitada por circunstancias geográficas, demográficas, sanitarias y técnico – administrativas, donde mediante un proceso de programación y conducción unificada de todos los recursos disponibles de la misma, se trata de satisfacer las necesidades de la población que la habita" (Lemus, 1994).

Otra condición que aparece por parte del equipo de Salud Mental de la institución para que le niñe pueda acceder a un tratamiento es la de tener una familia "continente", expresión frecuente por parte de los profesionales de la salud, registrada principalmente en las reuniones de equipo pero también en las planillas de solicitud de interconsulta. Con este término se refieren a que le niñe cuente con una figura que sostenga el tratamiento, asista a los turnos y pueda cumplir con las pautas y encuadre que establecidos por parte del equipo de salud. Se puede apreciar que dicha categoría utilizada en la práctica por les profesionales se vincula con el concepto de competencias parentales, las cuales se definen como "las capacidades prácticas de los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos, asegurándoles un desarrollo sano" (Barudy, 2010, p. 34).

Al respecto, desde el equipo generalmente se sostiene la idea de que si la familia alguna vez no cumplió con los turnos acordados, tampoco podrá sostener el tratamiento en la actualidad. Es por este motivo que a las entrevistas de admisión no suelen llegar les niñes que en algún momento ya habían iniciado un tratamiento en Salud Mental del CeSAC pero que por alguna razón comenzaron a faltar a los turnos y no hubo continuidad en el tiempo. Asimismo, a partir de los registros de las reuniones de equipo, recupero la afirmación de algunes integrantes de los equipos de salud sobre quienes faltan a los turnos, sosteniendo que éstos "le sacan la posibilidad a otres niñes que sí cumplen" y "hacen perder tiempo" a les profesionales (Registros de campo, entre enero y marzo de 2022). Esta condición impuesta por el equipo en algunas oportunidades obstaculiza el efectivo ejercicio de derechos, dificultando el acceso de les niñes a la atención de su salud integral, ya que los excluye de la posibilidad de obtener un turno. Las situaciones en donde les adultes referentes presentan ciertas dificultades para sostener el tratamiento ponen en jaque a los equipos de salud, siendo necesario que de manera interdisciplinaria se implementen estrategias de abordaje desde la singularidad en donde las instituciones encuentren maneras de adaptarse a sus usuaries y no al revés (lo cual no sucede en todas las intervenciones), facilitando la adherencia al tratamiento y la continuidad de cuidados.

Vinculado a esto, Hernández (2019) menciona que el cuidado es una categoría de sentidos múltiples que fue corriéndose de la esfera individual y dejó de ser parte exclusivamente del ámbito doméstico, instalándose e incluyendo a toda una trama de actores e instituciones. Sobre el rol del Estado, Nucci (2017) sostiene que "la incidencia estatal en relación a la vida familiar puede tener carácter normativo (…). Se incluyen los aspectos

ideológicos y morales que forman parte de dispositivos legales e institucionales y que se reflejan en las nociones de familia como modelos a construir (reforzar o reconstruir)" (p. 49).

De esta manera, una primera concepción de familia que aparece en el equipo profesional corresponde a una visión tradicional, desde la cual se la considera como el ámbito por excelencia encargado de otorgar los cuidados y afectos, siendo las mujeres las principales responsables de proveerlos y de atender a las infancias (Crosetto et al., 2014). Desde esta mirada, el rol de algunas instituciones como la escuela, los efectores de salud y otros espacios barriales quedan desdibujados, naturalizándose las dificultades de acompañar y alojar las distintas trayectorias y necesidades de les niñes. Se deja de lado que en el contexto actual aparecen dificultades en la mayoría de las instituciones que se supone que están dispuestas a hacer lugar y alojar los procesos de les niñes. Frecuentemente la corresponsabilidad entre Estado, familias y sociedad civil pierde protagonismo, y las situaciones problemáticas al padecimiento psíquico de les niñes son ligadas exclusivamente a la responsabilidad de las familias y asignadas al ámbito doméstico. Además, algunas veces de manera explícita y otras implícita, esa "responsabilidad familiar" se le otorga principalmente a la madre de le niñe. Sobre esto, Perez y Busso (2019) mencionan: "Debido a que el mercado paga mejor a los varones que a las mujeres son estas últimas quienes se responsabilizan mayoritariamente de las tareas reproductivas mientras que los varones son los encargados del trabajo productivo" (p.140). Les autores aclaran que la idea de "varón proveedor" se encuentra presente más allá de la trayectoria educativa que tengan; y que las normas sociales y culturales condicionan las responsabilidades asignadas a cada sexo, depositando el trabajo doméstico como una tarea por esencia femenina.

La definición tradicional de familia muestra a la misma como ajena a conflictos y disputas, fuera del contexto social que la produce y reproduce, como si fuera garante de bienestar y calidad de vida. Si bien en ocasiones esta concepción se problematiza, generalmente en las admisiones continúa apareciendo como categoría objetiva, universalizada y naturalizada (Crosetto et al, 2014). A su vez, quien en la mayoría de los casos suele ser citada es la madre de le niñe, reforzándose la cadena mujer-madre-cuidadora.

A pesar de los cambios de enfoque y el reconocimiento desde lo discursivo de distintos modelos de familia, en ocasiones sigue vigente la distinción entre "familias normales" y "familias disfuncionales", entre "malos" y "buenos" cuidadores. Si bien el concepto funcionalista de familia en la actualidad está cuestionado, "suele seguir significándose a la

familia como una “realidad” universal, homogénea, unitaria vinculada a un modelo tradicional que opera como parámetro de normalidad y garantías” (Crosetto et al, 2014). Las intervenciones y abordajes analizados en el CeSAC son atravesados por la idea de moral familiar (Grinberg, 2008), la cual:

> Comprende valores y sentimientos —socialmente construidos e históricamente modificables— respecto de la familia, de sus funciones y sus responsabilidades. Incluye ciertas representaciones sobre la maternidad y la paternidad, y también cierta concepción y unos sentimientos hacia la niñez. Le es por supuesto inherente una concepción de “bien” y de “mal”, y de “orden” y de “desorden” (p. 158)

Desde esta perspectiva, Colangelo (2018) expresa que en torno a los cuidados del niño, el papel de la familia es un punto clave de las intervenciones de los equipos de salud, pero “más aún los es el de la madre, reforzado por una mirada social sobre el cuidado que lo vincula con el género femenino, el altruismo y el espacio doméstico” (p. 205). En este sentido, con frecuencia en las intervenciones del equipo de salud se distingue a las “madres responsables” de las “madres negligentes” (Registro de campo, marzo 2022), incluyendo en éste último grupo a quienes tienen dificultades para asistir a los turnos asignados en el CeSAC. A su vez, esta categorización sobre las madres ya viene dada por parte de las instituciones que solicitan intervención al equipo de Salud Mental de niñes. A modo de ejemplo, un informe escolar que acompañaba la solicitud de admisión de une niñe de 9 años, expresaba:

> ¿Cuál fue el resultado de las acciones llevadas a cabo por la escuela?: la escuela en forma permanente insiste en el diálogo con la mamá para que se cumpla con todo lo requerido, se solicita su colaboración, pero la mamá no coopera demasiado. (Informe escolar, 14/4/2022).

Grinberg (2018) ha identificado en sus investigaciones relacionadas a las infancias y el “trabajo con las familias” que los profesionales intervinientes diagnostican y explican los problemas de les niñes y sus familias retomando concepciones y saberes del mundo psi, fomentando interpretaciones psicologistas. La autora también menciona que el trabajo con la familias es psicologizante, ya que “se recurre a la psicología propia del sujeto con el cual se interviene, a la responsabilidad individual, y al `trabajo sobre sí mismo´” (Grinberg, 2018, p. 5); siendo motivo de derivación a tratamiento psicológico la necesidad modificar determinados comportamientos y las representaciones de las familias en torno a la crianza y el cuidado infantil. Desde el CeSAC, durante la vigencia de la pandemia, se han trabajado las pautas de crianza y aspectos relacionados a los cuidados de la salud mental de les niñes -entre otros- en el dispositivo de orientación a padres, que será desarrollado en el próximo apartado.

Robles (2017) plantea la importancia de reflexionar y dudar, a darle lugar a la incerteza, para poder pensar desde parámetros que incluyan los aspectos múltiples, diversos y heterogéneos en torno a las familias, entendiendo que el objeto de intervención que se presenta en las instituciones de salud no siempre encajan con los imaginarios sociales y las representaciones en torno a lo familiar que nosotres, como agentes del Estado, muchas veces reproducimos. Las guías de observación de las reuniones de equipo permitieron reconocer la relevancia de este espacio, ya que las mismas abren la posibilidad de realizar el ejercicio de pensar con otres, promover que la palabra circule entre profesionales, conocer las distintas lecturas y saberes disciplinares e ir "caso por caso", apuntando a no estandarizar los tratamientos y a discutir teorías con la finalidad de fortalecer vínculos familiares que tiendan a consolidar los lazos entre sus integrantes, independientemente de la organización que tome la familia (Barg, 2016).

Sobre este tema se observa que, a diferencia de otras disciplinas que integran el equipo de Salud Mental de niñes, desde el Trabajo Social se adoptan perspectivas que tienden a problematizar las miradas binarias y punitivas en la mayoría de las ocasiones. Las mismas aportan a la integralidad y complejidad de la evaluación de las situaciones ya que se parte de entender los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado de manera situada y contextualizada, teniendo en cuenta las distintas barreras en la accesibilidad, las condiciones materiales de vida de les sujetes, su situación habitacional, laboral y económica, las posibilidades emocionales y las variables que atraviesan los procesos de constituirse como adultes referentes. Un ejemplo de esto, es que la trabajadora social del equipo accede a través del Sistema de Gestión Hospitalaria[17] (SIGEHOS) a la Historia Clínica Electrónica[18] de les niñes que son presentades en la reunión de equipo con la finalidad de conocer sus antecedentes relacionados a su salud, dónde viven, la escuela a la que asisten, obtener datos familiares, conocer sus recorridos previos institucionales, entre otros. En caso de que le niñe viva en una de las manzanas que corresponden a algún equipo territorial del CeSAC, dicha profesional articula con el equipo territorial asignado para conocer el seguimiento, acompañamiento, y/o estrategias desarrolladas con anterioridad vinculadas a ese niñe y sus adultes referentes. Esta

[17] Es una herramienta informática integral y unificada de gestión con la que cuentan los efectores de salud que dependen del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Para acceder al mismo, cada profesional posee un usuario y contraseña personal.

[18] En la Historia Clínica Electrónica de cada usuarie se pueden visualizar los turnos a los cuales asistió, los efectores en los que fue atendide una persona, las intervenciones, recomendaciones e indicaciones que realizaron les profesionales; así como datos personales, entre otros.

articulación realizada por la trabajadora social apunta a reducir la fragmentación que existe en las intervenciones y a favorecer la accesibilidad de les niñes al CeSAC, ya que conociendo los aspectos anteriormente mencionados se pueden pensar e implementar estrategias interdisciplinarias acorde a las necesidades y características singulares de cada niñe por el que se consulta, favoreciendo la accesibilidad y adherencia al tratamiento.

Los criterios de admisión y las concepciones sobre las familias registradas, atraviesan e impactan en la construcción de la (no) accesibilidad ya que algunes niñes no cumplen con lo solicitado por la institución y no logran acceder a abordajes y turnos en salud mental durante meses o años, a pesar de que la estrategia de Atención Primaria de la Salud y la lógica del primer nivel de atención tienen como objetivo central asegurar el acceso de toda la población a una asistencia sanitaria esencial, partiendo de entender a la salud como un derecho humano inalienable y un factor indispensable para el desarrollo de las sociedades.

Si bien existen múltiples definiciones en torno a la accesibilidad, para el presente análisis resulta pertinente retomar las concepciones que la entienden como la relación que se desarrolla entre las personas y los servicios de salud. Desde esta perspectiva relacional, es fundamental tener en cuenta las prácticas de vida y salud de la población a la hora de planificar e implementar distintas estrategias (Comes et al, 2007) que permitan más encuentros que desencuentros entre la comunidad y el sistema de salud. Considerando el protagonismo de les sujetes en la construcción de accesibilidad, además de prestar atención a las representaciones que existen en los profesionales del CeSAC en torno a la familia en los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado de les niñes y la manera en que se distribuyen las responsabilidades entre los distintos actores intervinientes; fue necesario indagar sobre qué lugar se le asignan a las infancias y cómo se interviene desde los dispositivos sostenidos por el equipo de Salud Mental de niñes.

Capítulo 4. Sobre *cómo intervenimos* y el lugar asignado a las infancias

Al analizar los motivos frecuentes de consulta y los criterios de admisión, surgieron dos interrogantes, los que guiarán el desarrollo de este apartado: Desde el equipo de Salud Mental de niñes del CeSAC, ¿Cuáles son los dispositivos e intervenciones principales destinadas a les niñes que no cumplen con la imagen "ideal" en torno a la infancia que aparece transversalmente en los motivos de consulta? ¿Qué lugar se le asigna a les niñes en sus propios procesos de atención de salud, enfermedad y atención desde dichos espacios? Para aproximarme a posibles respuestas y profundizar en los abordajes institucionales sobre la temática, decidí centrarme en dos dispositivos sostenidos por el equipo de Salud Mental de niñes: el de orientación para padres y el espacio de juego. Dicha elección se vincula al lugar central (por el tiempo y recurso humano destinado a éstos) que ocupan a la hora de dar respuesta a las demandas recibidas por el equipo de Salud Mental.

Previamente a profundizar en dichos espacios, es necesario recuperar algunas generalidades de la teoría y la práctica sobre las intervenciones desde la estrategia de APS y en el CeSAC. El primer nivel de atención se caracteriza por tener los objetivos de favorecer la accesibilidad, de promover vínculos con la comunidad y de sostener regularmente las relaciones de cuidado (Barcala et al., 2020). A su vez, el rol de les profesionales toma un lugar central tanto en el sostenimiento de los vínculos con la comunidad como en el acceso a redes informales y recursos del sistema (Barcala et al., 2022). Sin embargo, como se mencionó anteriormente, a partir de la observación de la dinámica institucional y de indagar sobre cómo se interviene en la institución, se han registrado algunas dificultades para materializar prácticas en el CeSAC que generen accesibilidad en la atención por motivos de salud mental y que favorezcan la continuidad de cuidados de la población.

En función a lo sostenido por Fuentes y López (2014) la intervención, lejos de ser algo dado o que sucede de forma natural, es "una construcción artificial de un espacio-tiempo que se constituye desde la perspectiva de diferentes actores, en el marco de una realidad histórico-social; y supone "algo más" que el trabajo teórico-metodológico específico de la disciplina" (p. 46). Sumando los aportes de Oliva y Mallardi (2011), debe superarse la visión de la intervención profesional como un mero conjunto de procedimientos y técnicas aisladas de los procesos sociales, contenidas en una "caja de herramientas" esperando a ser utilizadas por el trabajador social. Para esta tarea, es conveniente pensar en *estrategias* de intervención como un concepto organizador central del proceso: desde esta mirada, se asume que en las

intervenciones coexisten múltiples actores sociales que poseen distintos objetivos e intereses, "los cuales en determinadas situaciones pueden coincidir o entrar en conflicto" (p. 7).

Considerando esto, es importante reconocer que en las intervenciones desarrolladas desde el CeSAC se interseccionan distintos saberes, recursos, relaciones de poder e intereses disciplinares, que coexisten a través de las siguientes modalidades y perspectivas de atención, tanto de dispositivos institucionales como de profesionales de la salud, entre otras:

-Atenciones individuales y grupales
-Actividades dentro de la institución y actividades extramuros
-Equipos matriciales y equipos territoriales
-Profesionales de planta y profesionales residentes
-Dispositivos terapéuticos y espacios comunitarios
-Prevención de enfermedades y Promoción de la salud

En principio, dichas divisiones[19] son de utilidad a la hora de identificar diferencias y similitudes entre los dos dispositivos analizados. Por un lado, el espacio de orientación a padres consta de una atención individual, se realiza dentro del CeSAC, es sostenido por el equipo matricial de Salud Mental de Niñes - principalmente de profesionales de planta-, sin fines terapéuticos en sí, con fines de orientación/derivación. Por otro lado, el espacio de juego es una actividad grupal, realizada extramuros (en un lugar brindado por una organización barrial), sostenido por profesionales tanto de planta como residentes, sin que participen necesariamente del equipo matricial de Salud Mental de Niñes; y es caracterizado institucionalmente como un espacio comunitario y de promoción de la salud.

Si bien existen múltiples definiciones sobre el concepto de dispositivo, para el presente análisis se entiende a los mismos en el ámbito de la salud como artificios que requieren de múltiples condiciones para su funcionamiento, tales como tiempo, espacios, personas, recursos materiales, y acuerdos entre actores, los cuales buscan promover espacios de encuentro con otres a fines de generar transformaciones en las situaciones que generan que las personas acudan a instituciones de salud buscando atención. Se retoman los aportes de Agamben, quien desde una perspectiva foucaultiana, menciona que el dispositivo es la red que se tiende entre discursos, instituciones, edificios, leyes y proposiciones filosóficas, entre otros; que cumple

[19] Bang (2020) menciona que en el primer nivel de atención confluyen diferentes divisiones que implican necesariamente llevar a cabo prácticas institucionales de forma articulada, para que la intervención resultante se adecue a la complejidad de las situaciones abordadas.

una función estratégica concreta, que surge del cruzamiento entre relaciones de poder y de saber. Define como dispositivo a "todo aquello que tiene, de una manera u otra, la capacidad de capturar, orientar, determinar, interceptar, modelar, controlar y asegurar los gestos, las conductas, las opiniones y los discursos de los seres vivos" (2011, p. 1). Es en este marco que las intervenciones que tienen lugar en el espacio de orientación a padres y en el espacio de juego resultan de interés, ya que las mismas permiten visibilizar desde qué lógicas se plantean los abordajes en salud mental de las infancias en el CeSAC, así como el lugar que ocupan les niñes en sus propios procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado.

El análisis y caracterización de los dispositivos de este apartado contempla que las intervenciones desarrolladas en ambos espacios se han visto atravesadas y limitadas por contexto epidemiológico y por los efectos de la pandemia sobre la salud mental de niñes y adolescentes. Las intervenciones en contextos de emergencia, -como lo fue el COVID-19 y todas las medidas relacionadas al aislamiento obligatorio-, deberían tener un carácter fuertemente organizador, ya que la intensidad de la situación crítica dependerá, en gran medida, de la habilidad de enfrentamiento y control para superar ese estado, tanto a nivel individual como a nivel familiar, grupal y comunitario (Arito, 2020). En dicha tarea, se tornan fundamentales el fortalecimiento de los vínculos con la comunidad, la creatividad, la escucha, la disponibilidad y la reflexión sobre el hacer (Rodríguez, et. al, 2015).

4.1 Dispositivo de orientación a padres

Previo a la pandemia, en el CeSAC funcionaban distintos dispositivos, como actividades en sala de espera, talleres y encuentros grupales que fomentaban el fortalecimiento de los vínculos entre les niñes y sus adultes referentes, entendiendo que le niñe no constituye su subjetividad si no es con otres y su entorno (Ulriksen De Viñas, 2016). Durante 2021 no fue posible retomar estas actividades, principalmente por dos motivos. En primer lugar, por la medida de distanciamiento social y la falta de espacio físico en el CeSAC, ya que el lugar que se solía usar para actividades grupales se ocupó con donaciones de ropa y alimentos. En segundo lugar, por la falta de recurso humano, ya que profesionales de todas las especialidades comenzaron a destinar horas a la atención del triage[20]. Es así que, ante la falta de dispositivos grupales y de promoción de la salud destinados a abordar y trabajar determinados aspectos

[20] El triage funcionaba en la puerta de la institución tanto a la mañana como a la tarde, en donde dos o tres profesionales (según la disponibilidad) recibían a las personas que llegaban a realizar consultas y organizaban la entrada de quienes tenían turno, evitando la acumulación de gente en los pasillos del CeSAC.

relacionados a la crianza, el espacio de orientación a padres tomó un lugar central en esta temática durante la pandemia, funcionando a su vez como espacio de evaluación y/o derivación a otros efectores.

El espacio, que se sostiene en la actualidad, consta de tres o cuatro encuentros (como máximo) con algún familiar -en su mayoría, madres o abuelas-, en donde se abordan situaciones que a les niñes le generan "angustia", "enojo" o algún "malestar", y se trabaja en la posible gestión de las mismas por parte de les adultes referentes.

En este dispositivo intervienen psicólogas y trabajadoras sociales. No se debe obviar que en las instituciones de salud existen tensiones entre saberes legítimos e ilegítimos, entre vulnerabilidad y autonomía, y "carencias sociales"/responsabilidad (Leavy, 2014), que frecuentemente quedan delegadas a ser abordadas por les trabajadores sociales antes que por cualquier otre profesional del equipo de salud. Se identifica una marcada asignación de roles entre las disciplinas, en donde el Trabajo Social asume la intervención indirecta en los procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado de les niñes, orientada a la evaluación o acompañamiento de las familias y referentes adultes, así como a la orientación y gestión de recursos. Por este motivo, el Trabajo Social obtiene un mayor protagonismo en este dispositivo, a diferencia de las entrevistas de admisión.

Para el análisis de dicho espacio de intervención, retomo una investigación realizada en un hospital de la CABA que analiza las prácticas de cuidado y los sentidos de la maternidad en mujeres y madres de niños, niñas y/o adolescentes con diagnósticos en salud mental (Bianchi et al., 2021). Si bien existen aspectos diferenciales a tener en cuenta -ya que el CeSAC se trata de una institución del primer nivel de atención y no todes les niñes que se atienden cuentan con un diagnóstico en salud mental-, el documento contiene resultados que coinciden con algunos aspectos observados durante mi rotación en el espacio de orientación para padres, entre ellos:

- Se reconoce un cambio en las rutinas y prácticas de las mujeres referentes de les niñes que cuentan con un diagnóstico en salud mental o que se encuentran en búsqueda y tratamiento del mismo. Las tareas de cuidado, la búsqueda de turnos y el acceso a la atención se torna un "ordenador primario de la cotidianidad" (Bianchi et al., 2021, p. 8). En el caso de las situaciones atendidas en el CeSAC, en mis registros de las entrevistas a las madres de les niñes aparecía constantemente el haber "recorrido todas

las instituciones" a fines de conseguir la admisión y/o atención de les niñes, la mayoría de las veces sin éxito.

- La falta de empleo (formal e informal) debido a abocarse a tiempo completo a actividades y tareas relacionadas a los tratamientos y actividades relacionadas a la salud mental de les niñes; sumado a la falta de tiempo para actividades relacionadas a sus propios intereses. Esto se vincula a la escasa red socioafectiva y de cuidados con las cuales contaban la mayoría de las mujeres entrevistadas en el dispositivo.
- El cierre de las familias (y en el caso analizado, de las mujeres) sobre sí mismas; perdiendo vínculos y espacios de socialización al centrarse en las demandas relacionadas a la situación de salud mental de les niñes. En las situaciones atendidas no aparecía con frecuencia la existencia de un "grupo de amigas" o de asistencia a espacios de socialización ajenos a los cuidados de les niñes por les que se consultaba.
- La aparición de vínculos entre mujeres en el ámbito de la salud. Las mujeres entrevistadas en el CeSAC sumaron, además, el ámbito educativo: a través del CeSAC, los hospitales y la escuela se conocen con otras mujeres con quienes intercambian información de posibles espacios de atención, actividades y prácticas de cuidado en torno a les niñes.

Finalmente, dicha investigación expresa como hallazgo que luego de que les niñes obtengan un diagnóstico en salud mental, las mujeres entrevistadas habían cesado en toda labor remunerada; conllevando una baja en los ingresos económicos y la consecuente movilidad social descendente (Bianchi et al., 2021). Si bien la mayoría de las situaciones atendidas en el dispositivo analizado aún no contaban con diagnóstico en salud mental, en las entrevistas se registraron la imposibilidad de tomar ciertos trabajos por la carga horaria que conllevaban y por "no tener con quien dejar a los chicos" (Registro de campo, julio 2022). A su vez, las mujeres entrevistadas manifestaban no querer acudir a instituciones como los jardines maternales o solicitar ayuda a un familiar por sostener la creencia que "un bebé siempre va a estar mejor con su mamá que en otro lugar" (Registro de campo, diciembre 2021). Esto se relaciona a las visiones familísticas y maternalistas del cuidado que se encuentran vigentes en nuestra sociedad, donde se jerarquiza el cuidado familiar sobre otras formas de cuidado. De igual manera sucede con la percepción sobre otros miembros de la familia, los cuales pueden "colaborar" pero no reemplazar a la madre (Esquivel et al., 2012).

Por otro lado, la entrevista resulta una herramienta fundamental y es frecuentemente utilizada en en los procesos de intervención del Trabajo Social, por lo que la palabra constituye un elemento central, siendo de especial importancia revisar: ¿Cómo circula? ¿De quién? ¿Con qué frecuencia? ¿Para qué? Ante estos interrogantes, se puede decir que en el dispositivo analizado, las narrativas que son consideradas para pensar las estrategias de intervención son únicamente las de ese adulte referente que asiste a la consulta, excluyendo del proceso a les niñes, con una frecuencia y un máximo de encuentros (establecido previamente por el equipo de salud, independientemente de la singularidad y particularidades de cada situación), con la finalidad de brindar orientación y/o derivar la situación a otros efectores, sin tener como objetivo entrevistar o intervenir de manera directa con les niñes. A modo ilustrativo, una interconsulta realizada por pediatras del CeSAC expresaba:

> Paciente de 7 años que realiza sus controles de salud en esta institución. La madre refiere que su marido falleció en un accidente laboral hace dos semanas, por lo que el niño se encuentra angustiado. Tuvo una reunión en la escuela por este tema. Se solicita evaluación del paciente por salud mental (Fragmento de interconsulta recibida en junio de 2022).

Para el abordaje de dicha situación, luego de verificar en la reunión de equipo que cumpla con los criterios nombrados en el capítulo 3 del presente trabajo, se citó a la madre al espacio de orientación. Se sostuvieron dos encuentros en total, en donde la mujer expresó que su hijo realizaba preguntas sobre la muerte del padre, a las que ella no sabía cómo responder. Además, manifestó que había notado un cambio en la conducta de su hijo desde que el padre del mismo había fallecido de forma traumática en su trabajo, describiendo ese cambio como que antes "le hacía caso", y que desde que el padre del niño no estaba en la casa, ya no la obedecía. También mencionó que el niño "no se pudo ni despedir de su papá", y que le preocupaba que eso lo "marque para siempre" y que le traiga dificultades en la escuela, ya que la habían citado desde dicha institución (registro de campo de junio de 2022). Al respecto, Janin (2019) menciona que cuando la consulta es sobre un niño que ha sido "catalogado" previamente, les padres llegan en estado de desesperación y desconcierto, el cual afecta el vínculo con su hije, al que se ha empezado a considerar "un enfermo de por vida" (p.8). El trabajo con elles, expresa la autora, radica en fomentar otras miradas sobre les niñes que contemplen las dificultades pero que se alejen de considerarlo como un "trastorno"; y en acompañar a les adultes en armar una propia manera de alojar las angustias y dolores del niño por el que se realiza la consulta. Simultáneamente, les profesionales deben ayudar en el procesamiento del propio dolor de esa madre o padre. En este sentido, desde el equipo de Salud

Mental de niñes se acompañó a que la madre pueda construir y brindar respuestas en torno a la muerte que sean acordes a la edad del niño, también a poder respetar los tiempos y espacios de éste, así como las ganas (o no) de vincularse con amigues y/o de hacer determinadas actividades. Sumado a esto, se le sugirió a la madre que inicie un espacio terapéutico para ella, ya que poseía Obra Social se le indicó que gestione el turno por la misma, y no con el equipo de Salud Mental de adultes del CeSAC.

Tanto en dicha situación como en otras intervenciones, se registró que algunas mujeres pensaban y/o querían ser citadas al espacio de orientación en conjunto con le niñe por el cual se realizó la consulta originalmente. En esos casos, las profesionales le explicaban que independientemente del deseo de les adultes asistentes al espacio, la finalidad del dispositivo era trabajar sobre determinadas pautas de crianza y en la construcción de herramientas de manejo (por parte de les adultes referentes) de situaciones que podrían generar algún tipo de tensión o crisis, por lo que no era necesaria la presencia de les niñes. Es decir, en dicho dispositivo, se toma contacto con el padecimiento subjetivo de las infancias de manera indirecta, a través de la percepción de personas adultas, retomando únicamente la visión y voz de las mismas.

En este marco, es importante aclarar que la materialización del cambio de paradigma en torno a la infancia, y por ende, de la participación[21] de las mismas en distintas esferas de la vida, depende de las complejas relaciones de poder, históricamente situadas, entre les actores sociales en juego (Barna, 2012). Es así que conviven distintos modos de entender y pensar la participación de las infancias en sus procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado. Contrariamente a lo que se propone en el Plan Nacional de Salud Mental del período 2021-2025, las intervenciones mencionadas en el dispositivo analizado dan cuenta de una organización adultocéntrica de la atención. Siguiendo a Morales y Magistris, "el adultrocentrismo es una estructura socio-política y económica, donde el control lo ejercen lxs adultxs, mientras que la niñez, adolescencia y juventud son sometidas a un lugar subordinado y de opresión" (2018, p. 25). Esta tendencia a priorizar las necesidades y perspectivas de les adultes prima en nuestra sociedad, ya que se resaltan valores asociados únicamente a la estos últimos, como la capacidad, racionalidad y competencia. La voz y lugar de las niñeces en estos abordajes e intervenciones permanece en un segundo plano, no son tenidas en cuenta de

[21] Tomando los aportes de Sirvent, la participación se da "cuando los miembros de una institución o grupo influyen efectivamente sobre todos los procesos de la vida institucional" (Sirvent, 1999, p. 129, como se citó en Shabel, 2016).

manera directa sus opiniones, preferencias y/o decisiones ya que no son incluides en el dispositivo analizado, dificultándose la participación, -y aún más el ejercicio de protagonismo en sus propios procesos de salud y enfermedad- al situarse la posesión del saber en personas adultas: madres, padres, familia ampliada, profesionales de la salud, docentes, quienes asumen la representatividad sobre esas infancias. Un ejemplo de esta mirada es el hecho de que el espacio del CeSAC en el que se trabaja sobre procesos de crianza y cuidados de niñes (como lo es el espacio de orientación a padres) sea únicamente abierto a personas adultas, en donde "no es necesaria" la presencia de quienes originaron la consulta. Por otro lado, el espacio en el que sí se ha detectado que les niñes participan de manera directa es en la atención individual, en consultorio, con la especialidad que corresponda (fonoaudiología, psicopedagogía o psicología) según la demanda y/o diagnóstico. Es importante destacar que no cuento con registros de las intervenciones desplegadas en consultorio, ya que al ser trabajadora social no realicé rotaciones en la atención en dichos espacios.

A raíz de lo expuesto, se identifica que en la práctica el adultocentrismo se intersecciona con otros aspectos relacionados al ejercicio de poder que atraviesan las intervenciones en el campo de la salud, como lo es el modelo de atención médico-hegemónico[22]. La relación asimétrica entre les profesionales de la salud mental y les adultes referentes queda plasmada en que la información y pautas de crianza circulan de una manera vertical, en ocasiones sin considerar las herramientas, experiencias y saberes previos de quienes acompañan a les niñes por quienes se realiza la consulta. A modo de ejemplo: en las consultas en las que se trabajó sobre la cantidad de horas que les niñes utilizaban los juegos del celular y veían videos en internet, se ha registrado que les profesionales ponían una cantidad "límite" de horas para que hagan uso de éstos, sin considerar los distintos aspectos y/o dificultades de la organización de la dinámica familiar, como la sobrecarga en las tareas de cuidados para las mujeres referentes (debido a la ausencia de red socioafectiva en las crianzas) que este tiempo límite implicaba. Otro ejemplo que surge de los registros, se vincula a las dificultades de algunes niñes a la hora de ingresar al jardín. Cuando el equipo evaluaba que era favorable para éstos, se le indicaba a las madres que acompañen el ingreso de les niñes a la institución, y que si no podían porque en ese horario se encontraban trabajando, se les haría un "certificado médico" como constancia laboral para justificar la ausencia al trabajo. Se desconocía o se ignoraba por parte del equipo

[22] Las características de este modelo son principalmente el biologismo, la a-sociabilidad, la a-historicidad, el a-culturalismo, el individualismo, la relación médico/paciente asimétrica y subordinada, la exclusión del saber del paciente, la identificación ideológica con la racionalidad científica, y la tendencia a la medicalización de los problemas (Menéndez, 2003).

de salud que dicho certificado carecía de validez o utilidad en la mayoría de las oportunidades, ya que las mujeres se encontraban trabajando de manera informal. Se registró, además, que en gran medida las mujeres acataban las indicaciones aunque no pudieran cumplirlas en la práctica, sólo en algunas situaciones éstas respondían que aun presentando una constancia no podrían seguir las indicaciones del equipo de salud. A su vez, como se ha mencionado, son les profesionales quienes definen (la mayoría de las veces en la reunión de equipo en donde se presenta la situación) la cantidad de encuentros que se van a sostener. A pesar de lo anteriormente mencionado, es interesante resaltar que el espacio de orientación era manifestado como valioso por algunas de las mujeres atendidas, ya que referían alivio por poder hablar "con alguien que sabe del tema" (Registro de campo, enero 2022), lo cual refuerza la idea del vínculo entre saberes válidos con les profesionales de la salud.

Es a partir de los desafíos mencionados que se torna necesario reivindicar el co-protagonismo de les niñes, principalmente en sus procesos de salud atravesados por el contexto de pandemia. Aún mediante el cambio de paradigma por el que las infancias dejan de ser consideradas objeto de tutela para ser sujetos de derecho, se observa la preocupación por proteger a dicha población, pero dejándoles excluides de los debates y decisiones, generalmente ubicándoles como personas a cuidar, a proteger, y a pensar por elles. El concepto de co-protagonismo, invita a pensar en una ciudadanía que incluya a las infancias y adolescencias, teniendo en cuenta su capacidad real de incidencia de carácter político y social, de la cual suelen ser excluides (Morales y Magistris, 2018). Ahora bien, este paradigma requiere a personas adultas que lo promuevan, sin renunciar a sus responsabilidades y protagonismo en tanto adultes. Es condición necesaria para la construcción de espacios de atención en salud centrados en el co-protagonismo, que exista un diálogo y acuerdo intergeneracional, mediante el que sea posible repensar las formas en las que se concibe la relación entre adultes y niñes, y que la misma se traduzca en el diseño, planificación e implementación de las políticas públicas.

Entonces, se podría decir que las intervenciones propuestas desde el dispositivo de orientación a padres, no contempla la participación de les niñes, al menos de manera directa, ya que se entrevista, orienta y/o deriva únicamente a la persona adulta de referencia, principalmente mujeres. Cabe destacar que les niñes tampoco participaban de las entrevistas de admisión, ni siquiera en una parte de la misma, por lo que en ambos dispositivos se toma

conocimiento de las situaciones problemáticas de manera indirecta, desde la visión y narrativas de les adultes referentes.

Esto conlleva repensar el lugar asignado a las infancias en sus procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado, e implica revisar las estructuras de poder – en este caso médico/paciente y adultes/niñes-. El espacio analizado es atravesado por miradas adultocentristas y por el modelo de atención médico hegemónico, tanto por quienes son les sujetes de intervención así como por la manera en que la palabra y saberes circulan. Pensar la participación de les niñes en dicho dispositivo interpela a las propias herramientas profesionales, las cuales aparecen centradas en el mundo adulto y el lenguaje verbal. Sin embargo, esta problematización no desestima la necesidad de habilitar espacios de atención y escucha para las personas adultas referentes, sino que hace hincapié en trabajar en la posibilidad de compartir, interactuar, dar espacio y tomar los aportes, sentires y pensares de les niñes sobre sus padecimientos subjetivos y sus procesos de salud en general.

El siguiente dispositivo analizado toma distintos aspectos de los procesos de atención que tienen lugar en el equipo de Salud Mental, que aportan otras miradas y posicionamientos en torno a la intervención profesional y a las infancias.

4.2 Espacio de juego

Durante la pandemia, la participación de las infancias en espacios que facilitan el acceso del derecho al descanso, esparcimiento y juego se vieron limitados principalmente al hogar, siendo programas de televisión y otros recursos que implican el uso de pantallas el principal recurso con el que contaron las familias. En materia de políticas públicas, la respuesta del Estado fue acotada: luego de varios meses se habilitaron las salidas esporádicas y limitadas temporalmente, pero primando un carácter punitivo para la recreación de las infancias, con tiempos cortos para transitar en la calle y el impedimento de salir con más de une adulte referente (Mazzola, 2020).

Es por este motivo que el espacio lúdico surge con el fin de garantizar el derecho al juego en las infancias y como una necesidad de retomar las actividades vinculadas a la promoción y prevención de la salud destinadas a niñes que eran llevadas adelante en el CeSAC (como las actividades en sala de espera y talleres grupales) que se vieron suspendidas por el contexto de emergencia sanitaria. Esto se logró de manera intersectorial, en articulación con

organizaciones barriales que brindaron el espacio físico para llevar adelante el dispositivo ya que en el CeSAC no es posible por no contar con las instalaciones adecuadas.

Este dispositivo preventivo-promocional (que continúa funcionando) es coordinado por profesionales del equipo de Salud Mental. Cuenta con frecuencia semanal y se encuentra destinado a niñes de entre tres y once años que viven en el barrio y/o que se atienden en la institución. Del mismo participan profesionales residentes de pediatría, trabajo social, enfermería, psicopedagogía, medicina general de manera rotativa; así como parte del equipo de planta permanente de Salud Mental. Durante el período mencionado en este trabajo, participaron entre cinco y quince niñes por encuentro. El equipo se reúne media hora antes para la preparación y armado del espacio. A su vez, luego de que les niñes se retiran, les profesionales realizan la crónica del día[23], en la cual se detallan la cantidad de niñes que asistieron, si se observó alguna particularidad durante el desarrollo del espacio, las tareas pendientes, y las posibles actividades para el próximo encuentro. Se trabaja y se realizan aportes sobre dicho documento durante el transcurso de la semana.

Para desarrollar el análisis y problematización del dispositivo es importante considerar que la construcción de un espacio de juegos da cuenta de la ideología de les creadores, ya que apunta a construir identidad cultural y a establecer relaciones interpersonales, provocando procesos de subjetivación y socialización (Moreno y Moreno, 2021). El contexto y condiciones de vida de les niñes que asisten al espacio también es fundamental, registrándose distintos aspectos que dificultan su acceso al juego, principalmente condiciones edilicias inadecuadas y falta de referentes adultes que acompañen y/ o fomenten dicha actividad.

Durante mi rotación por el CeSAC he registrado comentarios de distintes profesionales sobre quienes llevan adelante actividades en el espacio de juegos, como por ejemplo: *"qué bien que la pasan ustedes, mientras juegan yo atiendo a los pacientes"* (Registro de campo, marzo 2022). Siguiendo esta lógica, el espacio de juegos mencionado quedaría sujeto a un "mientras tanto", alojando a les niñes que se encuentran en lista de espera para un tratamiento terapéutico individual. Que les niñes puedan ejercer su derecho a jugar (sin necesariamente estar vinculado con alguna problemática de salud mental) pocas veces es manifestado como una demanda por les profesionales del equipo de salud. Prima la solicitud de tratamientos con profesionales de

[23] La planilla de registro utilizada por el equipo fue diseñada por residentes rotantes del dispositivo, la cual se encuentra en Anexos.

la salud mental, en un marco individual y desde el psicoanálisis; mientras el espacio de juegos queda relegado, siendo un "plan b".

Además, algunas demandas que llegan al espacio –tanto de las familias como de les profesionales que realizan derivaciones- se relacionan a todo aquello con lo que el niño "no cumple" en sus procesos de socialización. En este sentido, les adultes referentes que inscriben a les niñes son entrevistades[24], instancia en la que se les pregunta sobre sus expectativas vinculadas al espacio de juego. Las frases que aparecen con frecuencia en las respuestas registradas son: "necesito que lo ayuden con la escuela, no entiende nada", "necesito que aprenda a hablar con otros chicos" "tienen que hacer que se porte bien porque se me hace muy difícil". En estos enunciados, así como en los aportes realizados por algunos autores pertenecientes a distintas disciplinas como la psicología y la medicina, aparece una idea del juego sin considerar a quienes lo juegan. Es decir, se piensa en el juego como algo externo y/o anterior al sujeto que lo juega. Esta mirada no coincide con la propuesta de las coordinadoras del espacio, quienes parten de la idea de que "el juego por mandato no es juego" (Huizinga, 2000, p. 20).

Por este motivo, cuando se realiza la inscripción de une niñe al espacio, desde el equipo coordinador se aclara tanto a las familias que inscriben a les niñes como a les profesionales del CeSAC que hacen derivaciones al dispositivo, que el mismo no tiene fines terapéuticos, sino que se reivindica el juego por el juego en sí mismo y como derecho. Sobre cómo se entiende el juego en este espacio, una psicóloga en una conversación con el equipo coordinador expresó:

> "¿Se acuerdan cuando arrancamos y empezamos a pensar el espacio en plena pandemia para fomentar el jugar por jugar? El juego es un derecho, promotor nada más ni nada menos que de la constitución subjetiva. Abre la puerta a la oportunidad, a la creatividad, a transformar el orden de las cosas, el juego es emancipador". (Registro de campo, julio 2022)

Las intervenciones realizadas en este espacio parten de considerar al juego como

> una acción u ocupación libre, que se desarrolla dentro de unos límites temporales y espaciales determinados, según reglas absolutamente obligatorias, aunque libremente aceptadas, acción que tiene su fin en sí misma y va acompañada de un sentimiento de tensión y alegría y de la conciencia de 'ser de otro modo' que en la vida corriente (Huizinga, 2000, p. 45).

[24] La entrevista que se realiza a les adultes referentes que inscriben a les niñes en el espacio lúdico es semi estructurada, se utiliza una ficha de inscripción que está adjunta en Anexos.

A su vez, el equipo coordinador entiende que el juego puede traer beneficios y ser parte de procesos que faciliten el acceso a la salud integral: *"*Lo universal es el juego, y corresponde a la salud: facilita el crecimiento y por lo tanto esta última; conduce a relaciones de grupo; puede ser una forma de comunicación" (Winnicott, 2005, p. 65). Se puede observar que en las intervenciones se recupera la idea de juego como significante, como producción y acción creativa, como espacio que da lugar a que les niñes procesen, resignifiquen, armen, desarmen, y otorguen significados a sus prácticas, por lo que se fomenta su autonomía. Aparece claramente la condición que distingue al juego, que es el *distanciamiento*: "La primera consideración para establecer la fantasía es que jugar plantea una relación con lo verídico, que no es un agregado, que no es una articulación del juego, sino que es algo que lo constituye como tal" (Villa y Nella, 2020, p. 107). Es así que el equipo coordinador aspira a crear un espacio seguro para les niñes que contenga acuerdos de base en torno a lo que "es jugando" y lo que no. Este "como sí" que se establece en la juegoteca habilita el despliegue de los deseos de la grupalidad, fortaleciendo los vínculos, el intercambio y la participación activa.

Desde el espacio lúdico se propone promover el protagonismo de les niñes a través del juego, recuperando su voz, experiencias y deseos. A modo de ejemplo, en la planilla que se utiliza para realizar las crónicas de cada encuentro, existe un apartado que contiene observaciones, en el cual se puede describir cómo el equipo percibió a le niñe ese día, incluyendo allí las propuestas que éstos realizan para futuras actividades y/o juegos:

> "Trajo la idea del juego Lobo está" (Crónica de febrero de 2022)
> "Propuso jugar con latas la semana próxima" (Crónica de abril de 2022)

Las profesionales de planta que coordinan el espacio son psicólogas que sostienen distintas premisas relacionadas con el juego, y transmiten las mismas a quienes realizamos rotaciones como residentes. Una de ellas es que "el jugar es cosa seria" (Registro de campo, julio 2022); y que les niñes tienen derecho a ser protegidos frente a ciertas clases de conducta como el maltrato, abandono o explotación; además de tener derecho a participar, a ser parte (Marín, 2009). Pero esto no sucede de forma automática ni por el mero hecho de participar en un espacio de juegos, les coordinadores -en este caso, además, profesionales de la salud- debemos acompañar procesos y realizar intervenciones específicas para que eso suceda; les adultes debemos estar atentes a reconocer si quienes juegan se encuentran atravesando un conflicto, y en ese caso, si cuentan con las herramientas necesarias para atravesarlo. Nuestra tarea consiste en visibilizar el conflicto y enfrentarlo como una oportunidad. Otra premisa es

la necesidad de que les coordinadores mantengan una “actitud lúdica” (Registro de campo, mayo 2022). Esto implica generar condiciones y espacios (a través de las ganas, del buen humor, de la creatividad, de la predisposición, de la apertura a distintas posibilidades, entre otros) que fomenten el sentido de pertenencia, que habiliten la toma de decisiones y acciones concretas que tiendan a desnaturalizar y resignificar experiencias por parte de les niñes.

Registré, además, que ante la ausencia de une niñe al dispositivo, aparece una preocupación en torno a su situación por parte de les profesionales. A diferencia de los otros espacios analizados, el hecho de que se ausenten a los encuentros no es motivo de exclusión o de derivación a otro espacio, sino que se instala la pregunta sobre los motivos por los que ese niñe no puede venir a jugar. Es así que se toma contacto con la familia, vía telefónica la mayoría de las veces, o de manera presencial en caso de que otres integrantes de la familia se atiendan en el CeSAC. Generalmente, las respuestas registradas en torno a los motivos por los cuales les niñes se ausentaban al espacio lúdico se relacionaban a estar atravesando alguna enfermedad o a la falta de une adulte referente que pueda llevarles al dispositivo. Ante estas dificultades, les profesionales les volvían a invitar al espacio en la medida que quieran y/o puedan.

Considero que es necesario continuar indagando en las significaciones que se le otorgan a las infancias en estos espacios, y cómo realizar aportes para que los abordajes e intervenciones desde el primer nivel de atención en la temática sean superadores. Especialmente en el contexto actual, en donde los últimos años el acceso a turnos en Salud Mental se vio claramente obstaculizado y les niñes perdieron espacios institucionales y territoriales en donde compartir con otres, es clave repensar los límites y posibilidades de los espacios de juego en salud, recuperando las expectativas que se depositan en los mismos.

Que el juego sea culto requiere una decisión, una toma de posición y acciones en donde se involucren desde el Estado como garante de derechos. Asimismo, son necesarias desde políticas públicas que promuevan el juego por el juego en sí mismo, como saber “inútil” y no por estar al servicio de algo, hasta personas dispuestas y capacitadas para tomar ese rol y tarea. Las respuestas que se otorgan a las demandas y solicitudes de tratamiento por parte de les profesionales que sostienen el espacio lúdico ponen en valor el juego como saber y no como herramienta paliativa; diferenciándolo de una manera institucional de dar una respuesta provisoria a la falta de espacios terapéuticos tradicionales como única respuesta a las demandas de atención en salud mental de las infancias.

Aproximaciones finales

Este escrito es producto de mis experiencias formando parte de un equipo de salud de un efector del primer nivel de atención del subsistema público de salud en CABA, marcado fuertemente por el contexto de pandemia. El fortalecimiento de los lazos sociales tomó un lugar central en los objetivos de las intervenciones, lo cual no siempre se lograba debido a todas las condiciones y condicionantes mencionados a lo largo del trabajo. Se torna fundamental, a modo de cierre y de apertura a la vez, recuperar algunos aprendizajes situados.

En primer lugar, se reconoce que la pandemia de COVID-19 implicó modificaciones en la vida cotidiana de les niñes, en sus procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado, y en la lógicas de organización de las instituciones, principalmente de los efectores de salud. Esto impactó tanto en la construcción de la demanda de atención por salud mental, así como las formas de abordar la misma. En dicho contexto, en las intervenciones desplegadas fue detectada la importancia de recuperar las múltiples violencias y procesos de exclusión social que atraviesan y determinan la salud mental de las infancias, tomando las particularidades del territorio y las problemáticas específicas que conllevan vivir en las comunas de la zona sur de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. La complejidad de las situaciones atendidas en el CeSAC requiere de estrategias de intervención que garanticen los cuidados en base a la construcción de redes y de la referencia-contrareferencia con efectores de los distintos niveles de atención.

A partir del análisis de los motivos frecuentes de consulta, es fundamental que el padecimiento subjetivo de les niñes sea abordado no sólo en hospitales monovalentes ni principalmente a través de la atención individual en consultorio, sino desde una perspectiva comunitaria en el primer nivel de atención. Para esto, es preciso fortalecer el trabajo en red y territorial que proponen los CESACs, quienes deben contar con el personal suficiente, condiciones de trabajo dignas, acceso a recursos y materiales necesarios para su fortalecimiento, los cuales el Estado debe garantizar. Por este motivo, la lucha, la organización, debate y movilización de les trabajadores siguen siendo prioritarios para garantizar el acceso a una atención oportuna y de calidad. Esto invita a pensar sobre la importancia que tienen las políticas públicas y abordajes de salud mental de las infancias en el impulso de procesos de desinstitucionalización, desmedicalización y/o despatologización, así como en la promoción de prácticas comunitarias subjetivantes y estructurantes dentro de los procesos de atención a la salud-enfermedad (De Gregorio et al., 2018).

Con respecto a los criterios de admisión en la institución, se han identificado restricciones, limitaciones y dificultades en la accesibilidad de la atención de la salud mental de les niñes, lo que pone en manifiesto la necesidad de construcción de dispositivos que se adapten a las características, necesidades, deseos y posibilidades reales de dicha población, contemplando las limitaciones y posibilidades institucionales. A su vez, resulta necesario repensar en qué medida el sistema educativo y el sistema de salud están logrando sostener prácticas y espacios de cuidado con les niñes con padecimientos subjetivos, partiendo de la importancia de sostener la interacción, los vínculos y la circulación de la palabra; las mismas, en tiempos de pandemia, tomaron distintas formas a las que estábamos acostumbrades. Este panorama remarca la necesidad de construir y proyectar, desde las instituciones que acompañan trayectorias, nuevos modos de promover adherencia y sostenimiento de los tratamientos.

Por este motivo, resalto la importancia de fomentar y llevar adelante desde los CeSACs y los distintos dispositivos que forman parte del primer nivel de atención, acciones que se basen en la protección de derechos de niñes y adolescentes, principalmente que defiendan su derecho al acceso a la salud integral. Al ser la puerta de entrada al sistema de salud (y muchas veces, el único contacto con el mismo), cada entrevista, taller, espacio, sala de espera, ronda, entre otros encuentros, cuenta. Se torna necesario defender e instalar la necesidad de actividades de promoción y prevención en los efectores de salud, así como todas las actividades que permitan un corrimiento de una mirada biologicista de la salud y apunten a un abordaje integral del mismo. Se reconoce que dicha tarea debe dirigirse tanto hacia la población en general como a los propios profesionales de los equipos de salud en quienes persiste la priorización de la tarea asistencial por sobre la promoción de la salud.

Asimismo, se ha identificado que coexisten diversas representaciones sobre las familias (que no aparecen de manera "pura" ni en la práctica, ni en los discursos), que operan en las intervenciones profesionales: por un lado, visiones tradicionales que vinculan y atribuyen los cuidados al ámbito doméstico -principalmente a las mujeres-, diferenciando entre las familias/madres "continentes" y "negligentes"; y por otro lado, posicionamientos que comprenden la salud de manera integral, contemplando la singularidad y trayectorias de cada familia y niñe. En ese marco, las intervenciones desde el Trabajo Social han sido fundamentales ya que las situaciones problemáticas se entienden desde de manera situada a través de los relatos, los sentidos y las vivencias que estos sujetos decidan compartir; sin olvidar que como actores sociales en un escenario caracterizado por la asimetría de las relaciones como lo son

las instituciones de salud, les mismes pujan, negocian, y actúan en pos de los intereses, necesidades y derechos implicados. Se ha observado que desde esta disciplina se fomenta que los equipos profesionales construyan estrategias de intervención de manera interdisciplinaria, desde una mirada crítica y contemplando la multiplicidad de factores que intervienen en la vida cotidiana de les niñes y sus familias.

Al caracterizar los dispositivos sostenidos por el equipo de Salud Mental de niñes del CeSAC, han aparecido diversas lógicas en torno a relaciones de poder y saber que atraviesan el modo en que se configuran las intervenciones. Algunas de ellas coinciden con elementos tanto del modelo médico hegemónico como del adultocentrismo, que colocan a les niñes como objeto de tutela y como persona a cuidar; mientras que también existen intervenciones que parten del reconocimiento de las infancias como sujetos de derecho, con capacidad para participar activamente de sus procesos de salud, enfermedad, atención y cuidado, no como meros receptores de protección de personas adultas, desde una lógica territorial, interdisciplinaria e intersectorial.

En esta línea, el espacio de juego analizado es una muestra de que es posible pensar e implementar un dispositivo con dichas características, a partir de los esfuerzos de les profesionales, capacitaciones, el compartir y trabajar en equipo. Desde dicho dispositivo se otorga un lugar central al juego, donde se fomenta el jugar por jugar, como objetivo en sí mismo, lo que trae aparejado múltiples beneficios para la salud integral de les niñes. Remarco el posicionamiento ético-político de les profesionales que sostienen la importancia de que se respete el derecho de les niñes a llevar adelante actividades lúdicas, siendo que muchas veces no es un aspecto que surja como demanda por parte de la población, y más aún, que en ocasiones no es considerado como un aspecto importante ni un derecho a garantizar por parte de los equipos de salud.

Bibliografía

Adissi, G. (2022). Estrategias cualitativas de investigación social en salud. Dirección de Investigación en Salud. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Affonso Moysés, M; Collares, C.; Untoiglich, G.. (2013). La maquinaria medicalizadora y patologizadora en la infancia *En: Lima Collares, Cecilia Azevedo; Wanderley Geraldi, João; Terzaghi, Marila; Angelucci, Carla Biancha; Nunes, Rosa. En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz: la patologización de las diferencias en la clínica y la educación.* Buenos Aires, Noveduc, p.25-45.

Adissi, G. (2022). Estrategias cualitativas de investigación social en salud. Dirección de Investigación en Salud. Ministerio de Salud de la Nación, Argentina.

Agamben, G. (2011) ¿Qué es un dispositivo? Revista Sociológica, México. 26, 73, pp. 249-264.

Albornoz, A. y García Godoy, B. (2021). Reflexiones sobre la noción de problemas sociales. Perspectivas para la intervención del Trabajo Social. Revista Margen N° 100. Disponible en: https://www.margen.org/suscri/margen100/Albornoz-100.pdf

Arito, S. (2020). Desastres y catástrofes: herramientas de pensamiento para la intervención. EDUNER.

Augsburger; A.C. (2004). La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. *Psicologia & Sociedade, 16* (2), 71-80.

Bagnasco, M. (2012). *Salud mental y primer nivel de atención: descripción y análisis de las prácticas de los/as psicólogos/as y la influencia de la formación de posgrado*. (Trabajo fin de máster). Universidad Nacional de Rosario.

Bang, C. (2020) Abordajes comunitarios y promoción de salud mental en tiempos de pandemia.

Barcala, A; Botto, M; Poverene, L; Torricelli, F; Michalewicz, A; Augsburger, A; Gerlero, S; Saadi, V; Núñez, A; Lorenzini, C. (2020). La reforma de los servicios de salud mental para niños, niñas y adolescentes en Argentina: mapeo de respuestas institucionales e interdisciplina. *INFEIES – Revista Multimedia sobre la Infancia y sus Institución(es).* Año 9.

Barcala A, Botto M, Poverene L, Augsburger C, Gerlero S, Saadi V, Nuñez AG, Michalewicz A. (2022). Políticas de salud mental y niñez en Argentina: nueva normativa y brechas en la implementación. Hacia. Prom. Salud. 27 (1): 102-117. DOI: 10.17151/hpsal.2022.27.1.8

Barcala, A., Poverene, L., Torricelli, F., Parra, M., Wilner, A., Micele, C., Corrales, C., Moreno, E., D'Angelo, M., Heredia, M., Sánchez, N., & Vila, P. (2022).

Infancias y adolescencias: vivencias durante la pandemia por covid-19 en Argentina. Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 20(2), 1-25. https://dx.doi.org/10.11600/rlcsnj.20.2.5416

Barcala, A. (2015). La medicalización de la niñez: prácticas en Salud Mental y subjetividad de niñas, niños y adolescentes con sufrimiento psicosocial. En: Barcala A. y Luciani Conde L. (Comp.) *Salud Mental y Niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas*. Buenos Aires, Teseo.

Barcala, A. (2015). Salud Mental y niñez en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Articulaciones y tensiones entre las políticas públicas y la legislación vigente. En: Barcala A. y Luciani Conde L. (Comp.) *Salud Mental y Niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas*. Buenos Aires, Teseo.

Barcala, A. (2019). Discursos en salud mental: construcción de subjetividades en la niñez en la ciudad de Buenos Aires. *Interface (Botucatu)*. https://www.scielo.br/j/icse/a/BCdywHsjfvfJzKHbjrgZ9Mh/abstract/?lang=es

Barg, L. (2016) Familias. Diferentes modos de estar en ellas. Buenos Aires, Espacio Editorial.

Barna, A. (2012). "Convención Internacional de los Derechos del Niño. Hacia un abordaje desacralizador". Kairos, Universidad Nacional de San Luis, Año 16, Nº 29.

Barudy, J. (2010). Los desafíos invisibles de ser madre o padre: manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental. Barcelona: Gedisa.

Biaggio, M. y Soberón, A. S. (2020). De etiquetas estigmatizantes a diagnósticos e interdisciplina. Centro de Estudios Legales y Sociales. Disponible en: https://www.cels.org.ar/web/wpcontent/uploads/2020/08/cels_de_etiquetas_estigmatizantes_v07_onu.pdf

Bianchi, E., Seijas, C. y Fiamberti, A. C. (2021). Diagnósticos y más allá: Tiempos, cuidados y maternidad en mujeres-madres de niños, niñas y adolescentes con diagnóstico en salud mental (Ciudad de Buenos Aires, 2018). Cuestiones de Sociología N°25.

Cacchiarelli San Román, N., Eymann, A., y Ferraris, J. R. (2021). Impacto presente y consecuencias futuras de la pandemia en la salud de niños, niñas y adolescentes. Archivos argentinos de pediatria, 119(6), e594–e599. https://doi.org/10.5546/aap.2021.eng.e594.

Carballeda, A. (2018). Lo histórico, lo teórico y lo metodológico. Apuntes de intervención en lo social. Buenos Aires: Editorial Margen. Disponible en: https://www.margen.org/epub/Lohistorico.pdf

Carballeda, A. (2013). La Intervención Social en los escenarios actuales. Una mirada al Contexto y el Lazo Social. Revista Margen N° 68. Disponible en https://www.margen.org/suscri/margen68/carballeda.pdf

Cavalleri, S. (2017). La construcción de Problemas en Trabajo Social. Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Trabajo Social.

Cazzaniga, S. (2019). Problemáticas del desborde. Reconfiguraciones y desafíos para el trabajo social. Paraná, Argentina, Mimeo.

Colangelo, A (2018). Sentidos y prácticas sobre el cuidado infantil en ámbitos estatales de atención de la salud en el partido de La Plata, Argentina. In: FONSECA, C.; MEDAETS, C.; RIBEIRO, F. (Org.). Pesquisas sobre Família e Infância no Mundo Contemporâneo. Porto Alegre: Editora Sulina.

Comes, Y., Solitario, R., Garbus, P., Mauro, M., Czerniecki, S., Vázquez, A., Sotelo, R., & Stolkiner, A. (2007). El concepto de accesibilidad: la perspectiva relacional entre población y servicios. Anuario de Investigaciones, 14(), 201-209.

Consejo de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes de la Ciudad de Buenos Aires. Dirección de Políticas Públicas. (2023). Situación de las Infancias y Adolescencias en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Informe 2021.

Crosetto, R., Domínguez, A., Nucci, N. y Soldevila, A. (2014). Intersecciones familia y género en relación a las políticas públicas. Revista Latinoamericana de Estudios de Familia, 6, 133-153.

De Gregorio, M. G., Gallosi, L. M., Novellino, X. P., Bercovich, G. A., Morales, S. A., Cordero, L. A., Parra, M. A. (2018). Cuidar las infancias. Buenas prácticas en salud mental infantil en los sistemas públicos de salud de las provincias de Río Negro y Neuquén (2014-2016)

De Souza M. (1997). El Desafío del conocimiento. Investigación cualitativa en salud. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Espert, M. (2019). Márgenes en la construcción de accesibilidad a salud mental infantil: Un análisis territorial. *XI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología. XXVI Jornadas de Investigación. XV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. I Encuentro de Investigación de Terapia Ocupacional. I Encuentro de Musicoterapia*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Esquivel, V.; Faur, E y Jelin, E. (2012) Hacia la conceptualización del cuidado: familia, mercado y estado, en Esquivel, V.; Faur, E y Jelin, E., Las lógicas del cuidado infantil. Entre las familias, el Estado y el mercado. 1a ed - Buenos Aires.

Faraone, S. (2012). El acontecimiento de la Ley Nacional de Salud Mental. Los debates en torno a su sanción. En: Revista Debate Público. Reflexión de Trabajo Social, año 2, n.º 4.

Faraone, S. (2013). Reformas en salud mental. Dilemas en torno a las nociones, conceptos y tipificaciones. Salud Mental y Comunidad-UNLa, 3. 29-40.

Fischquin, R.,González, A. y Ramacciotti, C. (2021). Estrategias de salud mental en contexto de Pandemia. XII Jornadas de Investigación, Docencia, Extensión y Ejercicio Profesional. La Plata.

Fórum sobre medicalização da educação e saude. (2015). Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde. Brasilia: Setor de Administração Federal Sul (SAF SUL).

Fuentes, P. y López, M. (2014). Lo interdisciplinar: discusiones e implicancias de un imperativo de época para el Trabajo Social. En Fuentes, María Pilar y Cruz, Verónica (coordinadoras) Lo metodológico en Trabajo Social. Desafíos frente a la simplificación e instrumentalización de lo social. Editorial de la Universidad de La Plata, Buenos Aires, Argentina. Disponible en: http://biblioteca.clacso.edu.ar/Argentina/fpycs-unlp/20171102051534/pdf_385.pdf

Galende, E. (1997). De un horizonte incierto. Psicoanálisis y Salud Mental en la sociedad actual. Paidós: Buenos Aires.

Gerencia Operativa de Epidemiología de la Subsecretaría de Planificación Sanitaria, Ministerio de Salud del GCABA. (2022). Análisis de Situación de Salud en la Ciudad de Buenos Aires. Año 2020.

Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (s.f.). Atención Primaria. https://buenosaires.gob.ar/areas/salud/ate_primaria/

Greco, B. (2020). Paradojas para pensar la intervención de los equipos de orientación escolar como experiencias en diálogo con las escuelas. Esos "espacios otros" en la historia reciente. En *Equipos de Orientación Escolar. La intervención institucional como experiencia*. Ed. Homo Sapiens.

Grinberg, J. (2008). Transformaciones en el tratamiento de la niñez en riesgo. Reflexiones sobre un dispositivo de protección a la infancia en la Ciudad de Buenos Aires. Cuadernos De antropología Social, (27). https://doi.org/10.34096/cas.i27.4334

Grinberg, J. (2018). “Con tantos casos resulta difícil, además los padres reaccionaron bien y seguir interviniendo sería demasiado intrusivo”: reflexiones sobre las formas de regulación de las relaciones familiares en tiempos de la protección integral de

derechos de la infancia y la adolescencia. 5tas Jornadas de Estudios sobre la Infancia, Buenos Aires.

Grupo de Salud Mental de la Asociación de Profesionales de Servicio Social Del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (2020). Relevamiento sobre condiciones laborales y política pública de salud mental.

Grupo de trabajo medicalización y patologización de las infancias y adolescencias. Institución Nacional de Derechos Humanos y Defensoría del Pueblo-Uruguay. (2019). Medicalización y patologización de las infancias y las adolescencias. Disponible en: https://psico.edu.uy/sites/default/pub_files/2019-12/Medicalizaci%C3%B3n%20de%20la%20infancia_ctapa-1.pdf

Hernández, M. (2019). "Experiencias de niñez en la pobreza. Una cartografía de cuidados". RUNA, Archivo Para Las Ciencias Del Hombre, 40(2). Disponible en: https://doi.org/10.34096/runa.v40i2.6264

Huizinga, J. (2000). Homo ludens. Buenos Aires: Emecé.

Ilabaca Baeza, P. (2014). Salud Mental e Infancia: Una tarea pendiente. *Summa Psicológica UST*. Santiago, Chile.

Janin, B. (2019). Intervenciones subjetivantes. En "Infancias y adolescencias patologizadas. La clínica psicoanalítica frente al arrasamiento de la subjetividad" Editorial Noveduc, Colección Conjunciones (TOMO 53).

Leavy, P. (2014). La lógica del cuidado en estrategias sanitarias destinadas a la población materno infantil. *Século XXI, Revista de Ciências Sociais*, v.4, N° 2.

Lemus. J. (1996) Atención Primaria de la Salud, Áreas programáticas y otras estrategias de Salud. Escuela de Salud Pública. Facultad de medicina. Universidad del Salvador.

Lemus; J. (1994). Áreas Programáticas; Ed. Kohan, Buenos Aires.

Ley Nº 153. Ley básica de salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. 25 de febrero de 1999. *Boletín Provincial* del 28 de mayo de 1999.

Ley Nº 26.657. Ley Nacional de Salud Mental. 25 de noviembre de 2010. *Boletín Nacional* del 03 de diciembre de 2010.

Ley Nº 448. Ley de Salud Mental de la Ciudad de Buenos Aires. 27 de julio de 2000. *Boletín Provincial* del 07 de septiembre de 2000.

Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niños, Niñas y Adolescentes. *Boletín Nacional* del 26 de octubre de 2005.

López, M. B., & Drivet, L. (2023). Salud mental de niños, niñas y adolescentes argentinos, y pandemia por COVID-19: factores de riesgo y lecciones aprendidas. *Psicodebate*, *23*(1), 64-81.

Mallardi, M. (2020). Particularidades y tensiones en la intervención profesional en el marco de la Pandemia Covid-19. 1a ed.- La Plata : Colegio de Asistentes Sociales o Trabajadores Sociales de la Provincia de Buenos Aires, 2020. Libro digital, PDF - (Documentos para el ejercicio profesional del Trabajo Social. Temas en Agenda)

Marín, I. (2009). Jugar, una necesidad y un derecho. Revista de psicología, Ciències de l'Educació i de l'Esport.

Mazzola, R. (2020) COVID-19: Bienestar de infancias, mujeres y familias en riesgo. *Equidad para la Infancia*. Disponible en: http://equidadparalainfancia.org/2020/06/covid-19-bienestar-de-infancias-mujeres-y-familias-en-riesgo/

Menéndez, E. (1994). La enfermedad y la curación. ¿Qué es medicina tradicional? *Alteridades* (4): 71-83.

Menéndez, E. (2003). Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas Ciência & Saúde Coletiva, vol. 8, núm. 1, 2003, pp. 185-207 Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva Rio de Janeiro, Brasil.

Ministerio de Salud de la Nación (2021). Plan Nacional de Salud Mental 2021-2015.

Ministerio de Salud de la Nación (2023). Uso Apropiado de Psicofármacos Salud Mental en el Primer Nivel de Atención. 1º Edición.

Morales, S. y Magistris, G. (2018). Hacia Un Paradigma del Otro: niñxs como sujetos políticxs co-protagonistas de la transformación social. En Morales, S y Magistris, G., *Niñez en movimiento. Del adultocentrismo a la emancipación*. Buenos Aires, Argentina: Editorial Chirimbote / El Colectivo / Ternura Revelde.

Moreno, I. y Moreno, T. (2021). Las Llaves Del Juego. Editorial Bonum.

Nucci N. (2017). Las familias como sujetos en la intervención profesional del Trabajo Social, en Cruz V y Fuentes MP, La institución familiar en Trabajo Social, Buenos Aires, Espacio Editorial.

Observatorio de Adolescentes y Jóvenes (2020). Pandemia en Argentina. El tiempo detenido de Adolescentes y Jóvenes.

Organización Mundial de la Salud. (1978). Declaración de Alma-Ata. Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud. Alma-Ata, URSS.

Organización Panamericana de la Salud (2007). Renovación de la atención primaria de salud en las Américas: documento de posición de la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Washington, D.C.

Parra, MA (2017). Multiplicando buenas prácticas en salud mental infantil: desde la demanda por la atención clínica hacia la construcción de una estrategia de intervención comunitaria. *IX Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIV Jornadas de Investigación XIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Parra, MA. (2011). Características, alcances y límites del dispositivo casa "Arco iris": programa de salud mental comunitaria para niños/as de 0 a 6 años y sus familias en el primer nivel de atención. *III Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVIII Jornadas de Investigación Séptimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR.* Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires.

Robles, C. (2017) De familia en familias, en Cruz V y Fuentes MP, *La institución familiar en Trabajo Social*, Buenos Aires, Espacio Editorial.

Rodríguez, J.; Chait, L.; García Rapisarda, M. B.; Perfumo, M.; Aquila, S. (2015). La intervención territorial y las problemáticas sociales complejas. Villa 15. Ciudad Oculta 2013/2015. Un estudio de caso. En: 3º Jornadas de Investigación en salud mental y adicciones del Hospital Nacional en Red especializado en salud mental y adicciones "Lic. Laura Bonaparte": salud mental y problemáticas sociales complejas: Investigaciones en distintas localidades del país.

Rodríguez Zoya, L., y Rodríguez Zoya, P. (2019). Problematización y problemas complejos. Gazeta de Antropología, 35(2), 1-17.

Rosendo, E. (2005). Pobreza, desocupación y nuevos padecimientos: Análisis de los motivos de consulta en salud mental en el Primer Nivel de Atención. IV Jornadas de Sociología de la UNLP, 23 al 25 de noviembre de 2005, La Plata, Argentina. En Memoria Académica. Disponible en: http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.6748/ev.6748.pdf

Rosendo, E. (2013). Reformas en salud mental. Contexto sociopolítico y movimientos sociales y profesionales en torno a la aplicación de la Ley de Salud Mental de Santa Fe 10.772/1991. En: Silvia Faraone y Ana Valero (Eds.) *Dilemas en salud mental. Sustitución de las lógicas manicomiales.* (pp. 37-52). Buenos Aires: Ediciones Madres de Plaza de Mayo.

Saavedra C. y Ramacciotti C. (2012). Creando Puentes desde el Territorio: Desafíos de la Atención Primaria de la Salud frente al Consumo Problemático de Sustancias.

Jornadas Universidad Nacional de Lanús Obtenido de Dirección Nacional de Salud Sexual y Procreación Responsable. Ministerio de salud de la Nación. República Argentina.

Sequera, J., y Rodríguez, T. (2017). Turismo, abandono y desplazamiento: Mapeando el barrio de La Boca en Buenos Aires / Tourism, Abandonment and Displacement: Mapping the La Boca Neighborhood in Buenos Aires, Argentina. *Journal of Latin American Geography 16*(1), 117-137. https://doi.org/10.1353/lag.2017.0015.

Serantes, J., Lenta, M., Riveros, B. y Zaldúa, G. Cuidado infantil y lazos sociales. Aislamiento social de niños y niñas durante la pandemia del COVID-19 en la Argentina. DESIDADES: Revista Científica da Infância, Adolescência e Juventude, ISSN-e 2318-9282, Nº 29, 2021, págs. 16-31.

Svampa, M. (2017). Del cambio de época al fin de ciclo. Gobiernos progresistas, extractivismo y movimientos sociales en América Latina. Tercera parte Del "que se vayan todos" al ciclo kirchnerista. Pp 177-261. Edhasa. Buenos Aires.

Shabel, P. (2016). 'Venimos a jugar y a luchar'. Participación política de niños y niñas en organizaciones sociales." Lúdicamente, Vol. 5, Nº 20.

Stolkiner, A. (1988). Prácticas en Salud Mental. Revista Investigación y Educación en Enfermería; VI (1): 31-61.

Stolkiner, A (2013). Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental, Capítulo de libro. Compilador: Hugo Lerner Colección FUNDEP. Buenos Aires: Psicolibro.

Terigi, F. (2010). Las cronologías de aprendizaje: un concepto para pensar las trayectorias escolares. Conferencia UNLPam. Disponible en:
https://www.chubut.edu.ar/concurso/material/concursos/Terigi_Conferencia.pdf

Ulriksen de Viñas, M. (2017). De algunas condiciones necesarias para la construcción de la vida psíquica del niño. En Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente N°. 29, - Barcelona: Fundación Orienta.

UNICEF (2020). Encuesta de Percepción y Actitudes de la Población. Impacto de la pandemia COVID-19 y las medidas adoptadas por el gobierno sobre la vida cotidiana, Argentina. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/media/8966/file/Encuesta%20R%C3%A1pida%20COVID-19%20-%202da%20ola.pdf

Vignolo, J., Vacarezza, M., Alvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Vol.33*, n.1, pp.7-11. ISSN 0250-3816.

Villa, M. y Nella, J. (2020). ¿Facilitar o enseñar a jugar? La ficción como rasgo del juego. En Gaudio, Roxana Elizabeth. Notas sobre el juego hoy: fundamentos teoréticos y producción cultural. Buenos Aires : Edulp. Disponible en: http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/102311

Winnicott, D. (2005). Realidad y juego, Cap. 3 “El juego”. Editorial Gedisa, décima reimpresión.

Anexos

a. Planilla de solicitud de interconsultas

INTERCONSULTAS AL EQUIPO DE SALUD MENTAL DE NIÑOS

FECHA:

NOMBRE Y APELLIDO:

DNI:

FECHA DE NACIMIENTO:

DOMICILIO:

ESCUELA:

DISTRITO ESCOLAR:

GRADO:

OBRA SOCIAL:

CUD:

ADULTO RESPONSABLE:

DNI:

TELÉFONO:

TRATAMIENTOS ANTERIORES:

MOTIVO POR EL CUAL EL PROFESIONAL CONSULTA:

b. Guía de observación de las reuniones de equipo

1) Disciplinas que participan:
2) Duración de la reunión:
3) Instituciones que solicitan consulta y/o tratamiento:
4) ¿Le niñe cuenta con diagnóstico? ¿Cuál?
5) Motivo de consulta:
6) Estrategia propuesta por el equipo:

   a- Derivación a otro efector:

      Obra Social

      Efector del subsistema público de salud: ¿Cuál?

   b- Entrevista de admisión

   c- Orientación a padres

   d- Espacio de juego

   e- Otro
7) Criterio/justificación de la elección de dicha estrategia:
8) Apreciaciones y/o caracterizaciones sobre la familia de le niñe:

c. Planilla de inscripción al espacio lúdico

COORDINADOR QUE INSCRIBE: _____

FECHA: _____

DATOS DEL/LA NIÑX

NOMBRE Y APELLIDO_____

DNI _____

FECHA DE NACIMIENTO_____

DOMICILIO:

CALLE _____ N°_____ Dto./Habitación _____

A QUIEN PERTENECE_____

TELÉFONO _____

¿CON QUIÉN VIVE?

VÍNCULO	NOMBRE Y APELLIDO	EDAD	OCUPACIÓN

OBSERVACIONES:

DATOS ESCOLARES

ESCUELA _____ D.E _____

DIRECCIÓN _____

GRADO _____ TURNO _____

NOMBRE DE SU DOCENTE _____

¿HA REPETIDO ALGÚN GRADO? SI NO ¿CUAL? _____

INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL (defensoría/ONG)

SI NO ¿CUÁL?_____

DATOS MÉDICOS

¿PUEDE REALIZAR DEPORTES? SI NO

_____

_____

¿ES ALÉRGICO? SI NO

_____

_____

¿PADECE ALGUNA ENFERMEDAD? SI NO

_____

_____

¿CONOCE EL CESAC? SI NO

N° HISTORIA CLÍNICA _____

¿SE ATIENDE CON ALGÚN PROFESIONAL? _____

¿CONCURRIÓ O CONCURRE ACTUALMENTE A OTRO ESPACIO DE RECREACIÓN? ¿Cuál? _____

¿CÓMO LLEGARON/ SE ENTERARON DEL ESPACIO?_____

_____

¿RESPECTO DE ESTE ESPACIO, CUÁLES SON SUS EXPECTATIVAS?

_____

_____

¿CÓMO DEFINIRÍA A SU HIJO/A?

_____

_____

¿LE GUSTARÍA QUE SE REALICEN REUNIONES DE PADRES?

SI **NO** **TAL VEZ**

¿DE QUÉ LE GUSTARÍA CHARLAR?

_____

_____

7.4 Planilla de registro de cada encuentro del espacio de juego

FECHA:	
Coordinadores	
Cantidad de niñes	
Nombre de les niñes asistentes	
Actividades	
Observaciones	
Pendientes	
Posibles próximas actividades	

7.4 Instrumento de planificación de actividades del espacio lúdico

Encuentro número:
Fecha:

Actividad:	
Inicio	
Desarrollo	
Cierre	
Materiales	