

Universidad Autónoma de Entre Ríos
Facultad de Humanidades, Artes y Ciencias Sociales
Licenciatura en Psicología

*Significaciones de los profesionales del sector de
salud mental, sobre la práctica de medicalización de
las infancias.*

Autora: Gisela Guadalupe Soriano

Dirección: Paula Raviolo

Paraná, 1 de Octubre de 2025



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons
Reconocimiento-Compartir Igual 4.0 Internacional

TRABAJO INTEGRADOR FINAL

Título:

Significaciones de los profesionales del sector de salud mental, sobre la práctica de medicalización de las infancias.

Autora: Gisela Guadalupe Soriano

DNI: 35.448.495

Contacto: soriano.gisela.at@gmail.com
342- 5 273838

Directora: Psicóloga Paula Raviolo
DNI: 26.233.681

Paraná, 01 de Octubre de 2025.

ÍNDICE

Agradecimientos	4
Resumen	7
Introducción	8
I DIMENSIÓN EPISTEMOLÓGICA	11
1.1 Situación problemática	11
1.2 Planteo de la pregunta - problema	12
1.3 Objetivos de la investigación	12
1.4 Supuestos	12
1.5 Estado de debate: Antecedentes	13
II DIMENSIÓN METODOLÓGICA	16
2.1 Tipo de diseño	16
2.2 Selección de contexto	16
2.3 Unidad de análisis	17
2.4 Técnicas de recolección y análisis de información	18
III MARCO TEÓRICO	20
3.1 Significaciones	20
3.2 Salud mental	21
3.3 Prácticas	24
3.4 Interdisciplina	27
3.5 Medicalización de las infancias	28
3.6 Infancias	30
3.7 Psicopatologización	33

ÍNDICE

IV	ANÁLISIS	36
	4.1 Significaciones sobre la medicalización de las infancias	36
	4.1.1 Prácticas en el campo de la salud mental: entre la subjetividad, el diagnóstico y la interdisciplina	41
	4.2 Significaciones acerca de las infancias	44
	4.3 Relaciones entre las significaciones de infancias y medicalización	48
	4.4 El lugar de la salud mental en la salud pública	53
V	CONCLUSIONES	57
VI	REFLEXIONES FINALES	60
	Bibliografía	62
	Teórica	62
	Metodológica	65
	Antecedentes	66

A Valentina

*Ella fue mi sostén silencioso,
la espera amorosa al final de cada jornada.*

Con sus manos tibias en mis mejillas

y esa pregunta que era abrazo:

“¿Cómo te fue, mi princesa?”

*Hoy, este logro lleva su nombre entre líneas,
y al mirar al cielo, le susurro con gratitud:*

“Me fue bien, má. Lo logré.”

AGRADECIMIENTOS

“Las palabras nunca alcanzan
cuando lo que hay que decir
desborda el alma”.

Cortázar, J. (1963).

A mi papá, quien con orgullo, amor y entusiasmo me acompañó y me acompaña en cada desafío.

A mi mamá, quien con orgullo, amor y paciencia siempre confió en mí.

A mi hermana Vanesa, que con su compañía hizo que todo fuera más liviano.

A mi hermano Nicolás, que con su admiración me dio fuerzas muchas veces.

A mi familia —abuelas, tías, tíos, primas, primos, sobrinas y sobrinos—, que con su amor hacen mi vida más hermosa.

A mis amigas y amigos, por su incondicionalidad y amor durante este proceso.

A mis compañeras y compañeros de facultad, quienes me han abrazado con su aliento más de una vez.

A mis compañeras y compañeros de trabajo, que, sin su paciencia, confianza y amor, este camino hubiese sido mucho más difícil.

A mis vecinas y vecinos, que supieron contenerme e impulsarme siempre.

A mi directora de TIF, Paula, por brindarme su conocimiento y acompañarme con paciencia en este hermoso y desafiante trabajo de investigación.

A mis analistas, Betsabé y Laura, por sus intervenciones y su escucha atenta.

A las docentes y los docentes que, con su vocación, supieron despertar en mí el entusiasmo y el amor por esta disciplina.

A las docentes del Departamento de Tesis, Verónica y Mariana, quienes supieron alojar mis ansiedades, dudas y angustias, convirtiéndolas en producción y satisfacción.

A Clara y Lucas, por su atenta lectura y valiosas devoluciones.

A las infancias y sus magias.

A mis mascotas —Teo, Olivia, Marmo y Frida—, por darle sentido a mi vida.

Al sector de salud mental, por abrirme sus puertas para el desarrollo de esta investigación.

A mí, por la perseverancia, el empeño y la dedicación que pude reflejar en este satisfactorio Trabajo Integrador Final.

Y, por último, y no menos importante, a la Universidad Pública, por contener, alojar e incidir en mi vida —como en la de tantos otros estudiantes—, logrando que seamos primera generación de graduados universitarios en nuestras familias.

Este logro no es solo mío: es también de quienes caminaron a mi lado, me acompañaron y me enseñaron que los sueños, cuando se sostienen con amor, se hacen realidad.

“El uso de un lenguaje que no sea sexista ni discriminatorio es una de las preocupaciones de quienes concibieron este material. Sin embargo y con el fin de evitar la sobrecarga gráfica que supondría utilizar en castellano o/a para marcar la existencia de ambos sexos, hemos optado por usar el masculino genérico clásico, en el entendido de que todas las menciones en tal género representan siempre a varones y mujeres”¹.

¹UNICEF. Comunicación infancia y adolescencia. Guía para periodistas: Perspectiva de género.

RESUMEN

A partir del análisis de las prácticas de medicalización de las infancias, esta investigación se propone caracterizar las significaciones que les adjudican los profesionales que integran el sector de salud mental de un hospital público de la provincia de Santa Fe, en articulación con las concepciones de infancias que subyacen en dichas significaciones.

Con la sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (2010) y la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes N.º 26.061 (2005), los problemas de salud mental en las infancias han cobrado mayor relevancia social y cultural. En este marco, las prácticas e intervenciones de los distintos profesionales del campo de la salud mental han debido transformarse para adecuarse a los nuevos marcos normativos. No obstante, en los últimos años se ha observado una profundización de ciertas prácticas que, frente a la manifestación de malestares en las infancias, instauran al psicofármaco como principal recurso terapéutico, evitando el despliegue del sufrimiento, negando su dimensión inconsciente y obturando su elaboración subjetiva.

La investigación se inscribe en un enfoque metodológico cualitativo. Se utilizó la entrevista semidirigida como técnica de recolección de información, y para el tratamiento de los datos se recurrió a la técnica de análisis de contenido.

El análisis realizado posibilitó problematizar ciertas tensiones en las prácticas profesionales actuales, entre discursos que promueven abordajes interdisciplinarios y lógicas institucionales que tienden a psicopatologizar y medicalizar el sufrimiento psíquico en las infancias.

Palabras claves: Salud mental – Medicalización – Infancias

INTRODUCCIÓN

La medicalización de las infancias constituye una problemática central y ampliamente debatida en el campo de la salud y, particularmente, de la salud mental. Los modos en que esta se implementa están atravesados por las significaciones que se le asignan en tanto práctica clínica y, en consecuencia, pueden considerarse expresiones de determinadas significaciones sobre las infancias.

En el marco del presente trabajo, las infancias son comprendidas como sujetos dentro de un tiempo lógico en el que se encuentra en juego la constitución subjetiva. Los niños pueden manifestar síntomas o comportamientos que no se ajustan a lo esperable para una determinada sociedad. Estas manifestaciones —entendidas como emergentes subjetivos que expresan, en muchos casos, un intento de elaboración frente a situaciones conflictivas— tienden a cuestionar el orden establecido, tanto a nivel familiar, como social e institucional.

En este contexto, se entiende que los referentes de cuidado —madres, padres y profesionales de la salud— se encuentran inmersos en un entramado social y cultural atravesado por lógicas capitalistas y discursos médicos hegemónicos. Estas condiciones pueden favorecer la implementación de prácticas clínicas que, apelando a un imaginario de solución inmediata, proponen intervenciones que prometen el ideal de “cura”, muchas veces bajo la forma de medicalización.

En este contexto, el presente trabajo de investigación se propone responder la siguiente pregunta problema:

¿Cuáles son las significaciones de los profesionales que integran un sector de salud mental sobre la práctica de la medicalización de las infancias y qué concepciones de infancias subyacen a estas significaciones?

A partir de esta pregunta, se establece como objetivo general:

Conocer las significaciones atribuidas a las prácticas de la medicalización de las infancias por parte de los profesionales que conforman un sector de salud mental.

De este objetivo general se derivan los siguientes objetivos específicos:

- Describir las significaciones sobre la medicalización de las infancias que tienen los profesionales del sector de salud mental.
- Caracterizar las significaciones en torno a las infancias construidas por dichos profesionales.
- Identificar relaciones entre las significaciones de infancia y las prácticas de medicalización.

La investigación se desarrolló en el sector de salud mental de un hospital público de la provincia de Santa Fe. El marco teórico de este trabajo se inscribe en una perspectiva psicoanalítica, e

incorpora, además, los aportes de dos marcos normativos centrales: la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (2010), que promueve un enfoque integral, interdisciplinario y basado en una perspectiva de derechos; y la Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes N.º 26.061 (2005), que desplaza el paradigma tutelar hacia una perspectiva que reconoce a niños y niñas como sujetos de derechos. Tal como señala Frigerio (2008), este cambio supone una ruptura con la lógica que divide a las infancias entre el niño sujeto de cuidado y el “menor” objeto de corrección.

El trabajo parte de la afirmación de que las prácticas en el campo de la salud mental producen efectos subjetivos en niños y adultos. Dichos efectos pueden operar de manera subjetivante, habilitando la emergencia del sujeto, o de forma objetivante, obstaculizando su emergencia. En este mismo marco, las prácticas de medicalización de las infancias pueden sustentarse en distintas concepciones del niño: como objeto —desde un paradigma tutelar vinculado al modelo médico hegemónico—, o como sujeto de derechos —en sintonía con un paradigma ético-político que promueve prácticas alternativas—.

A partir de allí, se plantean tres supuestos específicos que permiten abordar la pregunta problema en sus dimensiones centrales, guiando los objetivos y el análisis de la presente investigación:

- 1) Las significaciones que los profesionales del sector salud mental atribuyen a la medicalización de las infancias están estrechamente vinculadas a sus posicionamientos ético-clínicos, teóricos y políticos, y se relacionan directamente con las concepciones que sostienen acerca de las infancias.
- 2) Las prácticas de medicalización pueden operar como dispositivos de control y objetivación de las infancias, al inscribirse en lógicas de normalización, consumo y rendimiento propias del capitalismo posmoderno, obstaculizando la emergencia subjetiva.
- 3) Las significaciones objetivantes sobre las infancias tienden a legitimar prácticas medicalizadoras en el campo de la salud mental. En contraste, las significaciones subjetivantes promueven prácticas interdisciplinarias que se enmarcan dentro de una perspectiva de derechos orientadas a la escucha y a la singularidad.

El trabajo se organiza en seis apartados:

En el primer apartado, se aborda la dimensión epistemológica de la investigación, que incluye la presentación de la problemática, la pregunta de investigación, los objetivos, los antecedentes y los supuestos teóricos.

En el segundo apartado, se desarrolla la dimensión metodológica.

El tercer apartado está destinado al marco teórico, donde se abordan las principales categorías conceptuales implicadas en el problema de investigación: significaciones, medicalización, infancias, prácticas y salud mental, así como nociones transversales como interdisciplina y psicopatologización.

El cuarto apartado se centra en el análisis de los resultados obtenidos. Este apartado se organiza en cuatro puntos:

1. Las significaciones atribuidas a la medicalización de las infancias por parte de los profesionales entrevistados.
2. Las significaciones de infancias presentes en sus relatos.
3. La relación entre significaciones de infancia y medicalización.
4. Un recorrido por los hitos histórico-políticos que han influido en la configuración actual del sector de salud mental en el hospital público.

El quinto apartado expone las conclusiones.

Por último, en el sexto apartado se presentan las reflexiones finales junto con algunas líneas de investigación futuras que emergieron durante el desarrollo del trabajo.

I) DIMENSIÓN EPISTEMOLÓGICA

“La salud mental de niñas, niños y adolescentes es un reflejo de cómo influyen en sus vidas la pobreza, el conflicto, la enfermedad y el acceso a las oportunidades que se les presentan”.

UNICEF (2021).

1.1 Situación problemática

Al interior del campo de la salud mental, las infancias han sido foco de diferentes debates y prácticas a lo largo de la historia. Una creciente tendencia hacia la medicalización y la psicopatologización las han ubicado como objeto de diagnósticos y tratamientos, subestimando la subjetividad y singularidad de las mismas.

Para Untoiglich (2020), ante la presencia de diversas manifestaciones “no esperables” y/o dificultades dentro de este proceso de desarrollo —que se concibe idealmente como lineal y acumulativo—, se instituyen ciertos modos de abordajes que tienen como principal objetivo acotar, acallar y/o negar mencionadas manifestaciones subjetivas, encasillándolas dentro de los signos y síntomas “esperables” para determinado cuadro psicopatológico, generando prácticas de rotulación diagnóstica y sus correlatos psicofarmacológicos.

Actualmente, la problemática de la psicopatologización y medicalización de las infancias ha cobrado renovada importancia tanto en el ámbito social como académico. Stolkiner (2012) menciona que el antagonismo central de nuestra época entre objetivación y subjetivación aparece en las prácticas de salud y salud mental, a través del proceso de medicalización o biomedicalización. Es por ello que la presente investigación supone un tema de relevancia social, ya que no solo implica a las infancias, sino también al sistema socio- familiar y a las instituciones que intervienen en la vida de las mismas, como por ejemplo: escuela, efectores de salud, profesionales, clubes, entre otras.

Esta investigación aspira a contribuir a la problematización de propuestas enmarcadas en el “furor curandis” (Freud, 1915; 1938), es decir, un afán desmedido por “curar” desde una posición de saber medicalocéntrico y evitar recaer en prácticas objetivantes que producen un detenimiento en la historia del sujeto y que son contrarias a una perspectiva de derechos. Por otro lado, en el ámbito académico, resulta relevante para futuros profesionales que se benefician con los aportes teóricos y empíricos sugeridos de la misma.

Una investigación, como la que se propone, pretende convertirse en un antecedente que muestre de forma argumentada a través de un estudio empírico cuáles son las significaciones de los profesionales que integran un sector de salud mental sobre la práctica de la medicalización de las infancias y qué concepciones de infancias subyacen a estas significaciones.

1.2 Planteo de la pregunta - problema

¿Cuáles son las significaciones de los profesionales que integran un sector de salud mental sobre la práctica de la medicalización de las infancias y qué concepciones de infancias subyacen a estas significaciones?

1.3 Objetivos de la investigación

Objetivo general:

- Conocer e indagar las significaciones atribuidas a las prácticas de la medicalización de las infancias por parte de los profesionales que conforman un sector de salud mental.

Objetivos específicos:

- Describir las significaciones sobre la medicalización de las infancias que tienen los profesionales que conforman un sector de salud mental.
- Caracterizar las significaciones en torno a las infancias que tienen los profesionales que conforman un sector de salud mental.
- Identificar relaciones entre las significaciones de infancia y medicalización.

1.4 Supuestos

Se parte de la afirmación de que las prácticas en el campo de la salud mental producen efectos subjetivos en niños y adultos. Dichos efectos pueden operar de manera subjetivante, habilitando la emergencia del sujeto, o de forma objetivante, impidiendo la emergencia del sujeto. En este marco, las prácticas de medicalización de las infancias pueden sustentarse en distintas concepciones del niño: como objeto —desde un paradigma tutelar vinculado al modelo médico hegemónico—, o como sujeto de derechos —en sintonía con un paradigma ético-político que promueve prácticas alternativas—.

A partir de este supuesto se plantean tres supuestos específicos que permiten abordar la pregunta problema en sus dimensiones centrales, guiando los objetivos y el análisis de la presente investigación:

- 1) Las significaciones que los profesionales del sector salud mental atribuyen a la medicalización de las infancias están estrechamente vinculadas a sus posicionamientos ético-clínicos, teóricos y políticos, y se relacionan directamente con las concepciones que sostienen acerca de las infancias.

- 2) Las prácticas de medicalización pueden operar como dispositivos de control y objetivación de las infancias, al inscribirse en lógicas de normalización, consumo y rendimiento propias del capitalismo posmoderno, obstaculizando la emergencia subjetiva.
- 3) Las significaciones objetivantes sobre las infancias tienden a legitimar prácticas medicalizadoras en el campo de la salud mental. En contraste, las significaciones subjetivantes promueven prácticas interdisciplinarias que se enmarcan dentro de una perspectiva de derechos orientadas a la escucha y a la singularidad.

1.5 Estado de debate: Antecedentes

Al tener en cuenta el primer acercamiento al estado de debate, se hallaron algunos antecedentes que aportan a la reflexión, permiten pensar y poner en tensión diferentes aspectos de la problemática aquí estudiada.

El criterio de búsqueda estuvo basado en escoger trabajos escritos en castellano, nacionales y producidos en instituciones académicas (tesinas de grado, investigaciones o tesis de posgrado) como así también textos que incluyen aportes teóricos correspondientes al interrogante de investigación. Dichas publicaciones e investigaciones han sido recabadas tanto en formato papel como digital, a través de la biblioteca de nuestra Facultad y de portales de Internet. Otro de los criterios de selección de antecedentes estuvo en relación con las fechas de elaboración de los textos académicos, con una data de diez años aproximadamente, a fin de que la información obtenida sea lo más contemporánea posible.

En la tesis de maestría en Ciencias Sociales de Villeta, Vanesa (2021), titulada “Sobre infancias, menores y niñeces. Trayectoria de las construcciones histórico-políticas de discursos y prácticas institucionales (1919-2019)”, la autora aborda la transformación de la categoría de infancias y cómo la misma ha incidido en los ámbitos de las políticas públicas.

En dicha investigación, la autora indaga acerca de los derechos de la infancia, poniendo en tensión las políticas de derechos humanos, la acción estatal, el mercado y los sentidos o interpretaciones hegemónicas en torno a las niñeces. Teniendo en cuenta que éstas no siempre fueron consideradas como sujetos de mero derecho y, que en la actualidad, las infancias "...no sólo obedecen a leyes, sino también a normas, significaciones sociales, principios, costumbres y tipo de consumo, que responden a lógicas de comprensión y clasificación sobre la niñez, la crianza, el desarrollo y los vínculos sociales esperados que, con mutaciones, cohabitan los marcos jurídico-legales y se combinan y articulan con mecanismos y saberes de protección de derechos” (Villeta, 2021, s/p).

La tesis de Villeta (2021) se considera pertinente a la presente investigación debido a que aborda la categoría de las infancias y su incidencia en el marco de derechos actuales, que también son abordados en nuestra investigación.

Barcala, Alejandra (2019), en su texto titulado “Discursos en salud mental: construcción de subjetividades en la niñez en la ciudad de Buenos Aires”, hace hincapié en la exploración y análisis de las prácticas de los profesionales de los servicios de salud y su incidencia en las formas de subjetividad que produce en los niños y las niñas con sufrimiento psíquico, en situación de vulnerabilidad social. En este trabajo se puede ver la articulación entre el discurso y la práctica, dando cuenta de cómo los discursos profesionales crean sentido y formas propias de intervención. Haciendo hincapié además en el análisis sobre el impacto subjetivo que generan dichos sentidos. La autora analiza a su vez el hecho de que existe una brecha entre los enfoques de derechos, las normativas y las prácticas de cuidados integrales de la salud.

Barcala, Alejandra y Poverene, Laura (2019), en el texto “Salud mental y derechos humanos en las infancias y adolescencias. Investigaciones actuales en Argentina” plantean que frente a las incidencias de las leyes de salud mental y la ley actual de niñez, se presenta el desafío de modificar las intervenciones y prácticas para adecuarlas a estas nuevas normativas. Con la información obtenida, las autoras concluyen que antes las intervenciones se caracterizaban por ser más burocráticas que clínicas, lo que en la actualidad ha dado un verdadero giro, ubicando a las infancias como sujetos de derechos. Este trabajo realiza eco en la investigación actual, debido a que aborda la categoría de infancias y los desafíos a los que se han visto expuestas las prácticas de los profesionales pertenecientes a hospitales generales.

Allende, Román (2020), en su tesis de grado titulada “Prácticas e intervenciones en la urgencia subjetiva. El lugar del psicólogo/a en la guardia interdisciplinaria”, presentada en la Universidad Autónoma de Entre Ríos (UADER), aborda la categoría de “significaciones” en relación con las prácticas de psicólogos y psicólogas que se desempeñan en un servicio de guardia en salud mental. El trabajo desarrolla un recorrido teórico sobre el rol del profesional en dicho dispositivo y profundiza en las significaciones construidas en torno a sus prácticas, en el marco de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657.

En una de sus conclusiones, el autor señala:

“Entendemos que las significaciones deben ser explicadas en contexto. Con esto queremos decir que los factores sociales, políticos y culturales influyen directamente en la construcción de las mismas. La Ley de Salud Mental N.º 26.657 hace su aporte desde lo político y lo legal, formando parte del contexto sobre el cual se crean las significaciones que tienen las psicólogas entrevistadas acerca de sus prácticas” (Allende, 2020, p. 84).

Otra investigación proveniente de la Universidad Autónoma de Entre Ríos (UADER) es el Trabajo Integrador Final de Alesso, Lucas (2021), titulado “Infancia y consumo problemático de sustancias: una lectura a partir de relatos de profesionales respecto de un caso clínico en el Hospital de Niños Dr. O. Alassia de la ciudad de Santa Fe durante el año 2017”. Este trabajo aborda las

significaciones de la infancia construidas por algunos profesionales del mencionado hospital, resultando pertinente para nuestra investigación no sólo por centrarse en la categoría de infancia, sino también por desarrollarse en un contexto institucional similar.

Una de las conclusiones a las que arriba el autor, sostiene que:

"...las posturas mencionadas, basadas en las significaciones de la infancia signadas por su concepción moderna hegemónica, generan efectos coincidentes con los supuestos planteados al principio de este trabajo, dado que pudimos encontrar en nuestros entrevistados ese “desacople” discursivo, producido entre el niño encontrado y aquel que instituyó el ideal moderno” (Alesso, 2021, p. 55).

II) DIMENSIÓN METODOLÓGICA

“Si vas a dar una oportunidad,
que sea a la infancia que te habita”.

Solá, J. (2023)

2.1 Tipo de diseño

El presente trabajo de investigación se enmarca en una metodología cualitativa, con un diseño de tipo descriptivo; dentro de la misma se inscribe como "investigación de campo". Guber (2001), al respecto, menciona:

“El encuentro entre investigador y pobladores, según muestran las técnicas etnográficas, está atravesado por una tensión fundante: los usos e interpretaciones del estar “allí” para el investigador/miembro de otra cultura o sociedad, y para los pobladores/informantes, que las técnicas con su flexibilidad permiten identificar y analizar. Pero esta flexibilidad descansa en el investigador que transforma a las técnicas de recolección de información en parte del proceso de construcción del objeto de conocimiento. En esta búsqueda, donde descubre simultáneamente lo que busca y la forma de encontrarlo, el investigador se convierte en la principal e irrenunciable herramienta etnográfica” (p. 2).

Esta articulación, entre lo que se pretende buscar y la forma de encontrarlo, genera devenires que enriquecen el campo de estudio. Es decir, se interrelaciona la teoría con lo que se pretende investigar y viceversa; no se trata de adecuar la realidad a la teoría, sino de un ir y venir entre ambas, resignificando y produciendo nuevos sentidos.

Sabino (1992) plantea que en el campo de las ciencias sociales, un tipo de investigación cualitativa nos permite un recorte minucioso de la realidad, donde el objeto de estudio es muchas veces el propio sujeto.

“Los diseños cualitativos, exclusivos de este campo del conocimiento, intentan recuperar para el análisis parte de esta complejidad del sujeto y de sus modos de ser y de hacer en el medio que lo rodea. Lo íntimo, lo subjetivo, por definición difícilmente cuantificables, son el terreno donde se mueven por lo tanto los métodos cualitativos” (p. 81).

2.2 Selección de contexto

El sector de salud mental, seleccionado para este estudio, está compuesto por dieciocho profesionales, entre ellos, once psicólogos, cinco psicopedagogos, dos psiquiatras y una

estimuladora temprana, que también es psicóloga. La institución hospitalaria no cuenta con guardias activas en salud mental, por lo cual el sector se organiza en duplas de guardias pasivas que funcionan de lunes a viernes en el horario de 7 a 13 hs.

A su vez, todos los profesionales del sector de salud mental, a excepción de los profesionales en paidopsiquiatría, realizan consultorio externo o ambulatorio. En el mismo se atienden situaciones que ingresan por admisión interna del sector así como por derivación de alguna especialidad clínica tanto interna como externa a la institución. Los paidopsiquiatras están exclusivamente abocados al abordaje de las internaciones.

Todos los profesionales del sector abordan a los pacientes internados en las diferentes alas de Cuidados Infantiles Moderados (CIM I, CIM II, CIM III, CIM IV) y Neonatología. Asimismo, los profesionales participan en diferentes subgrupos de trabajo, los cuales tienen como objetivo transmitir saberes y habitar espacios que los convoquen. Estos subgrupos están divididos en docencia, admisión, cultura, internaciones subjetivas y estadísticas.²

2.3 Unidad de análisis

Partiendo de una metodología de tipo cualitativo con un diseño descriptivo, se define a la unidad de estudio como: “profesional que integre el sector de salud mental de un hospital público de la provincia de Santa Fe y que ejerza una práctica clínica con niños (hasta 14 años)”.

Para la realización de la presente investigación se seleccionaron cuatro profesionales del sector de salud mental (dos profesionales de psicología, un profesional de paidopsiquiatría y un profesional de estimulación temprana).

Martínez- Salgado (2015) al respecto menciona:

"La invitación a participar en un estudio cualitativo sigue principios muy diferentes. En esta modalidad de aproximación puede trabajarse con números relativamente pequeños de unidades de observación, incluso en ocasiones con un único caso (aunque también puede involucrar a un número elevado de participantes: los integrantes de cierta etnia, los pobladores de determinada localidad, los trabajadores de la salud de una institución). Cada unidad – o conjunto de unidades – es cuidadosa e intencionalmente seleccionada por sus posibilidades de ofrecer información profunda y detallada sobre el asunto de interés para la investigación. De ahí que a este procedimiento se le conozca como muestreo selectivo, de juicio o intencional” (pp. 614-615).

Se priorizó como criterio de selección la interdisciplinariedad y se consideraron criterios de conveniencia de la entrevistadora que garanticen la disponibilidad y accesibilidad a la información.

² Información recabada de las entrevistas

Para garantizar el anonimato de los entrevistados se identifican las entrevistas de forma numérica, sin aportar ninguna otra caracterización a excepción de la profesión de grado, a saber:

Entrevista N.º 1: Psicología

Entrevista N.º 2: Psicología

Entrevista N.º 3: Estimulación Temprana

Entrevista N.º 4 : Paidopsiquiatría.

2.4 Técnicas de recolección y análisis de información

Los datos para la presente investigación se relevaron a través de entrevistas semi-dirigidas.

Steinar (2011) agrega al respecto de las entrevistas semi- dirigidas (o semi-estructuradas) lo siguiente:

“La entrevista semiestructurada trata de obtener descripciones del mundo de la vida del entrevistado con respecto a la interpretación del significado del fenómeno descrito; tendrá una secuencia de temas que se han de cubrir, así como algunas preguntas propuestas. Sin embargo, al mismo tiempo, hay una apertura a los cambios de secuencia y forma de las preguntas para profundizar en las respuestas específicas dadas y las historias que los sujetos cuentan” (s/p).

Las entrevistas fueron realizadas a cuatro profesionales de diferentes disciplinas (psicología, estimulación temprana y paidopsiquiatría) que integran el sector de salud de un hospital público de la provincia de Santa Fe. En principio, se diseñó una guía de preguntas que tuvo como objetivo orientar a la entrevistadora en lo que buscaba conocer, poniendo en suspenso los supuestos de investigación propuestos a priori.

La entrevista es un método que permite recolectar datos que sirven no solo para conocer el objeto, sino además recortarlo. De las mismas se obtuvo un discurso narrado en primera persona, poniendo en juego un yo narrativo.

“El arte de las entrevistas consiste en lograr la confianza del interlocutor, para lo cual se deberá tener en cuenta el conjunto de tácticas, en las que sin considerarlas recetas fijas habrá que estar atento para ponerlas en práctica” (Mendioca, 2003, p. 125).

Para el tratamiento de datos se utilizó el análisis de contenido.

De las entrevistas realizadas, se tomaron todas aquellas frases que resultaron significativas para la entrevistadora, según las siguientes categorías teóricas propuestas anticipadamente: significaciones, salud mental, prácticas, interdisciplina, medicalización de las infancias, infancias, psicopatologización.

Este modelo de tratamiento de análisis de la información brinda una interpretación flexible y artesanal e invita al investigador a realizar un trabajo interesante a partir de la transcripción del material. Las autoras Badano y Díaz (2006) plantean que es necesaria la escucha de aquellos aspectos personales que pueden vislumbrarse en el discurso, haciendo énfasis en las entonaciones y formas de expresión. "Se lee el texto desgrabado completo, tratando de sumergirse en quién es ése o ésa que habla, desde dónde lo hace, qué quiere decir" (p. 2).

Respecto de los aspectos éticos, es importante mencionar que se guardará el anonimato de los entrevistados y de la institución; se preservará la información para utilizarla solo a los fines del trabajo de campo. También es dable mencionar que no se enjuician costumbres ni modos de abordar un problema; sino comprender, para poder diseñar abordajes que preservan integralmente a los sujetos.

III) MARCO TEÓRICO

“El marco teórico no es una estructura rígida,
sino una herramienta flexible
que se adapta y evoluciona
a medida que avanza la investigación”.
Glaser, B. y Strauss, A. (1967).

En este capítulo se desarrolla el marco teórico que fundamenta la presente investigación, conceptualizando las categorías que se encuentran contenidas en la pregunta problema, las cuales son: Significaciones - Medicalización - Infancias - Prácticas - Salud Mental.

También se incluyen en este apartado, otras sub-categorías teóricas que se encuentran contenidas de forma transversal en la investigación: Interdisciplina y Psicopatologización

3.1 Significaciones

Castoriadis (1983) postula que "la significación es un haz de remisiones a partir y alrededor de un término" (p. 290), en otras palabras, la conjunción de un término y del que este término hace referencia. Este haz de significaciones siempre está en movimiento dado que, la significación misma como lengua, debe facilitar la aparición constante de nuevas interpretaciones, la reinterpretación de los términos ya existentes y las conexiones entre ellos. Así, el discurso surge en el contexto de tensiones y movimientos entre las dimensiones instituidas e instituyentes de las significaciones. A partir de allí, las relaciones sociales se forman y se desarrollan, en gran medida, mediante y a través de los discursos y los diversos sentidos que se generan a través de estos.

Castoriadis (2003) agrega que las significaciones determinan y articulan una sociedad, es decir, tienen una función ordenadora. Además, es imposible imaginar la historia de una sociedad sin el universo de significantes que la conformó y la definió. Los significantes no sólo reflejan lo que se observa o la realidad, sino que también tienen significados y tienen la tarea de estructurar el mundo social que los rodea, abarcando las instituciones y las prácticas profesionales que se encuentran dentro de ellas, cada una conforme a sus respectivos discursos disciplinares.

Alesso (2021) retoma esta perspectiva y plantea que las significaciones “una vez constituidas, habitan la realidad social a modo de un imaginario efectivo, desempeñando el papel de determinar no solamente la elección que hace cada sociedad de su simbolismo institucional, sino también la funcionalidad de la misma” (p. 20).

Por su parte, Galende (1990) sostiene que las estructuras que generan la enfermedad mental operan, en todas las culturas y contextos históricos, dentro del mismo campo semántico en el que se configura el discurso social. Para el autor, las cuestiones vinculadas a la salud y a la enfermedad mental no se originan en hechos naturales o biológicos, sino que las normas que regulan las relaciones en las que se establecen dichos valores son de naturaleza social. En consecuencia, tanto quienes padecen la enfermedad mental como quienes elaboran saberes y prácticas en torno a ella, fundamentan su representación en el orden del lenguaje y en su significación.

3.2 Salud mental

La Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (2010) define a la salud mental, en los siguientes términos:

“ARTÍCULO 3. — Un proceso determinado por componentes históricos, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

Desde este marco normativo, la salud mental se inscribe como un proceso histórico-social, multideterminado y dentro de una perspectiva de derechos humanos, cuestionando así una mirada ahistórica, estigmatizante y biologicista, y tensionando “el poder del psiquiatra y su función de garantizar que el eje del tratamiento sea la medicación” (Carpintero, 2010, p. 8).

Galende (1990) advierte sobre esta tensión y la relación misma entre ideología y la ley, de la siguiente manera:

“Pero más nos inquieta aún porque el médico no se limita a tratar con estos signos, ni siquiera a intervenir sólo con el enfermo que lo reclama; forma parte de una producción ideológica que legisla sobre las condiciones del bienestar general, no sólo por ausencia de enfermedad, sino, como dice la OMS, "sobre el bienestar físico, psíquico y social". Lo que se ha dado en llamar una medicalización de la vida social nos parece el síntoma del avance de esta medicina científica y del nuevo tipo de subjetividad fragmentada que produce” (pp. 246-247).

Desde el marco teórico del psicoanálisis, el concepto de salud mental puede ser reconstruido a partir de las referencias freudianas relativas a las definiciones de salud y enfermedad.

Para Freud, la diferencia entre la salud y la enfermedad es netamente cuantitativa. A esto se refiere cuando escribe: “Así como salud y enfermedad no se diferencian por principio, sino que sólo están separadas por umbrales de sumación determinables en la práctica” (Freud, 1903, pp. 240-241). Para el padre del psicoanálisis, esta diferencia “práctica” consiste en la capacidad de rendimiento y de goce que posee el sujeto. (Freud, 1903; 1917).

Asimismo, Freud (1910) en “Un recuerdo infantil de Leonardo da Vinci”, dice:

“Ya no creemos que salud y enfermedad, normal y neurótico, se separen entre sí tajantemente, ni que unos rasgos neuróticos deban apreciarse como prueba de una inferioridad general. Hoy sabemos que los síntomas neuróticos son formaciones sustitutivas de ciertas operaciones de represión que hemos consumado en el curso de nuestro desarrollo desde el niño hasta el hombre de cultura; que todos producimos esas formaciones sustitutivas, y que sólo su número, su intensidad y su distribución justifican el concepto práctico de la condición de enfermo y la inferencia de una inferioridad constitucional” (p. 122).

A partir de lo citado, se puede inferir que, para Freud, la salud mental no se concibe como ausencia de enfermedad y cobra sentido sólo en su dimensión práctica en tanto el sujeto sea capaz de producir (trabajar) y amar. En este sentido, el psicoanálisis ofrece un aporte fundamental para una concepción crítica de la salud mental, reconociendo la dimensión subjetiva, histórica y singular de cada sujeto.

Enmarcada en este mismo movimiento crítico, Stolkiner (1987) presenta su posición:

“Nuestro análisis epistemológico no arribará, entonces, a ningún tipo de definición de Salud Mental en cuanto concepto, por considerar que la misma se fundaría en un equívoco de raíz dualista. Reconocemos, sin embargo, que existe un campo de prácticas sociales que se denominan de salud mental” (Stolkiner, 1988, p. 32).

En este campo y desde una perspectiva histórica, en Argentina, se pueden distinguir dos grandes paradigmas que, incluyen dos modelos de abordajes diferentes y, por consiguiente, que habilitan prácticas particulares.

Lores Arnaiz (1998) define paradigma como “esa visión de la realidad que está internalizada en nosotros y que se expresa en nuestros conceptos; son nuestros supuestos más generales y al mismo tiempo, más recónditos, a menudo inconscientes” (p. 174). En este sentido, el paradigma del “Modelo Médico Hegemónico” constituye un ejemplo claro de cómo ciertas concepciones sobre el cuerpo, la enfermedad y la salud mental se instalan históricamente como marcos de interpretación predominantes. Este modelo comienza a consolidarse hacia fines del siglo XIX, en el contexto de la institucionalización de la medicina moderna y el auge de las ciencias positivistas, y se fortalece durante el siglo XX, especialmente con el desarrollo de la psiquiatría como disciplina. Responde a una lógica biologicista y patologizante que tiende a medicalizar los problemas de salud mental, orientando las intervenciones hacia la normalización de los sujetos (Menéndez, 1988).

Por otro lado, el denominado “Paradigma Alternativo” surge como una contraposición crítica al modelo médico hegemónico, especialmente a partir de los movimientos de reforma psiquiátrica y de salud mental comunitaria que se desarrollan con fuerza en América Latina desde mediados del siglo XX. Este paradigma promueve una concepción de la salud mental como construcción colectiva, en la

que se reconoce el peso de los determinantes sociales y culturales del sufrimiento psíquico. Desde esta perspectiva, se plantea un enfoque histórico, social, ético y democrático, que propone una atención territorial accesible, descentralizada, participativa e integral, sosteniendo valores de equidad y solidaridad (Natella, citado en Cannelotto y Luchtenberg, 2008, p. 35).

Siguiendo a Lorez Arnaiz (1998) resulta pertinente ubicar algunos contrapuntos entre ambos paradigmas.

Desde una perspectiva alternativa, el abordaje de la salud mental se inscribe en un paradigma que concibe al sujeto como una totalidad psíquica, inserto en una sociedad y medio ambiente específico, lo cual implica una comprensión ampliada tanto del sufrimiento como de los procesos de salud-enfermedad. A diferencia de los enfoques reduccionistas, se propone una lectura totalizadora de las enfermedades, en la que el paciente es considerado una persona en una etapa vital e histórica determinada, atravesada por conflictos, crisis y potencialidades.

En este modelo, el concepto de salud mental no se encuentra cerrado ni definido de forma normativa, sino que se mantiene en discusión, vinculado a la posibilidad de satisfacer necesidades existenciales y al despliegue de las potencialidades subjetivas. La salud mental es entendida, entonces, como el resultado de la calidad de los vínculos, la comunicación y la inserción social del sujeto, más que como la ausencia de síntomas. Se reconoce al ser humano como alguien que atraviesa distintas etapas y crisis vitales, y se enfatiza la necesidad de abordarlas desde un enfoque comunitario y contextualizado. En cuanto al uso de psicofármacos, la autora menciona que éstos no se descartan, pero se los considera auxiliares dentro de un abordaje interdisciplinario, valorando sus efectos tanto positivos como negativos, y sosteniendo una preferencia por intervenciones más “blandas”, que respeten la complejidad de la subjetividad (Lorez Arnaiz, 1998).

La relación terapéutica, desde este enfoque, prioriza el vínculo entre el paciente y el analista, siendo este vínculo transferencial, parte de la dimensión estructural del dispositivo clínico analítico.

Freud (1910), al introducir el concepto de transferencia, señala que:

“El enfermo dirige hacia el médico una serie de tiernos sentimientos mezclados con otros hostiles, conducta sin fundamento alguno real y que, según todos los detalles de su aparición, tiene que ser derivada de los antiguos deseos imaginativos devenidos inconscientes. Así, pues, el enfermo vive, en su relación con el médico, aquella parte de su vida sentimental que ya no puede hacer volver a su memoria, y por medio de este vivir de nuevo en la transferencia es como queda convencido, tanto de la experiencia como del poder de tales impulsos sexuales inconscientes” (p. 47).

Lacan (1964) ubica a la transferencia como uno de los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis —junto con el inconsciente, la repetición y la pulsión— y sostiene que: “La transferencia no es un fenómeno que se agregue a la situación analítica, es la puesta en acto del inconsciente” (Seminario XI, clase del 15 de abril). Desde esta perspectiva, la transferencia no sólo estructura el vínculo terapéutico, sino que habilita la posibilidad misma de la experiencia analítica.

Stolkiner (1988) menciona que “el psicoanálisis rompe con el racionalismo cartesiano y nos presenta un sujeto dividido así en consciente-inconsciente, eludiendo la división mente-cuerpo. No en vano surge relacionado con la histeria de conversión (esa patología del cuerpo poblado de significaciones” (p. 4).

En contraposición al enfoque alternativo, el modelo tecnocrático médico-hegemónico se sostiene en una concepción de la salud mental que se autodefine como científica y objetiva. Esta posición supone una disociación entre lo físico y lo psíquico, lo cual se traduce en un enfoque organicista y atomista de las enfermedades, en donde el enfermo queda reducido a un órgano afectado, y el criterio de salud mental se vincula con la mera adaptación a un orden social preestablecido sin considerar el contexto vital del sujeto ni las situaciones críticas o de transformación que atraviesa a lo largo de su vida. Así, se niega o se patologiza la dimensión existencial del conflicto, reduciéndose a una disfunción que debe ser corregida mediante medios técnicos. Las prácticas institucionales reproducen una lógica de eficiencia tecnocrática, caracterizada por el manejo autoritario de los pacientes, centrado en las enfermedades pero no en las personas. En este marco, la medicación es concebida como un recurso central, depositario de cualidades curativas absolutas, con una tendencia a favorecer intervenciones que violentan la totalidad subjetiva del paciente (Lorez Arnaiz, 1998).

En resumen, considerar la salud mental como campo —como un producto histórico, en el que co-existen debates y acuerdos, donde se producen encuentros de cuerpos teóricos diversos que entran en contradicción con formas hegemónicas y alternativas, sustentadas por ideologías y políticas— requiere necesariamente introducirse al concepto de “prácticas” (Stolkiner, 2013).

3.3 Prácticas

Diker (2004) plantea que las prácticas, entendidas en su dimensión política, institucional e interpersonal, no sólo exteriorizan saberes, sino que definen modos posibles de intervenir en el mundo y sobre los otros. Esta concepción permite situar las prácticas profesionales no como meras acciones técnicas, sino como entramados significantes que configuran subjetividades.

“En las prácticas (en sus escalas política, institucional e interpersonal) predomina un acto de exteriorización, un hacer sobre el mundo y sobre los otros. Es en las prácticas (discursivas y no discursivas) donde se definen las posibilidades de utilización y apropiación de nuestros saberes, su puesta en juego. En la experiencia, en cambio, lo que predomina es un acto de

interiorización, de transformación de uno mismo como resultado de una práctica. [...] toda experiencia es una práctica, pero no a la inversa” (p. 10).

Galende (1990) señala que las prácticas terapéuticas en salud mental muchas veces no se ajustan a las teorías que las sustentan. Más bien, estas prácticas responden a formas más espontáneas y pragmáticas de abordar los problemas de las personas con padecimientos mentales. Esto implica que existe una cierta inadecuación o "extrañamiento" entre la teoría y la práctica. En este sentido, los tratamientos en salud mental, a lo largo de distintos momentos históricos, no conforman un cuerpo homogéneo ni coherente de prácticas terapéuticas, sino más bien “un conjunto de medidas prácticas, procedimientos pragmáticos y técnicas importadas de alguna ciencia” (p. 102). Lo que el autor destaca, con este señalamiento, es la necesidad de reconocer que, en el terreno de las prácticas, las intervenciones terapéuticas, pueden no sustentarse en las doctrinas teóricas que se predicán, siendo determinadas por el pragmatismo de las necesidades concretas y las demandas del contexto inmediato de cada caso; lo que subraya la dinámica real de la práctica profesional en salud mental.

El autor postula que el desarrollo histórico de la salud mental no se caracteriza por un progreso lineal o acumulativo del conocimiento que garantice la mejora o sustitución sistemática de las técnicas de tratamiento. En lugar de ello, las intervenciones terapéuticas coexisten y se superponen, conformando un conjunto heterogéneo de respuestas posibles que se aplican simultáneamente. Esta coexistencia no implica necesariamente una reflexión crítica o cuestionamiento sobre la especificidad y pertinencia de cada intervención dentro del campo clínico. Con esta idea, se resalta la evolución no lineal ni acumulativa del campo de la salud mental, evidenciando que las prácticas clínicas se desarrollan en un marco de coexistencia, tensiones y contradicciones, lo cual es clave para entender el contexto de justificación de los abordajes presentes en las intervenciones prácticas profesionales (Galende, 1990).

A continuación Galende (1990) va a enumerar este conjunto heterogéneo de prácticas terapéuticas, a saber: 1) tratamientos basados en la palabra; 2) tratamientos basados en técnicas corporales; 3) tratamientos físicos; 4) tratamientos por el trabajo; 5) tratamientos quirúrgicos; 6) tratamientos químicos; 7) tratamientos basados en contención y aislamiento; 8) tratamientos grupales y comunitarios.

Para Stolkiner (1988), en el campo de la salud mental, existen tres disciplinas o cuerpos conceptuales de indudable y contradictoria influencia sobre las prácticas profesionales: el positivismo y su corriente psicológica más acabada: el conductismo; el materialismo histórico y su incorporación de un sujeto de la historia y el psicoanálisis con su conceptualización de la constitución subjetiva.

Asimismo, aborda los modelos posibles o existentes de prácticas en salud mental ligándolos a la concepción ideológico-política de la salud pública en la cual se ubican: (1) la concepción liberal correspondiente al modelo médico hegemónico; (2) la concepción tecnocrático-normativa

correspondiente al modelo de la medicina social funcionalista; (3) la concepción participativa integral, la cual requiere un modelo alternativo.

Stolkiner (1988) fundamenta la importancia de integrar las acciones de salud mental en las acciones generales de salud y de fomentar prácticas participativas e integrales, “Solo saliendo de las propuestas tecnocráticas, las prácticas en salud mental pueden dejar de ser “gendarmes de la conciencia” y pasar a ser prácticas de la conciencia” (p. 35).

Siguiendo en esta misma línea más adelante Stolkiner (2012) menciona:

“Los postulados sobre salud-enfermedad-cuidado de la corriente médico social/salud colectiva llevan indefectiblemente a desplazar el eje de las prácticas de la enfermedad al sujeto y a cuestionar la práctica médica centrada en las patologías individuales. Se propone, entonces, una práctica integral que incorpora la dimensión subjetiva, histórica y social tanto en el abordaje de poblaciones como de sujetos singulares. Práctica que se desplaza de la “ontología de la enfermedad” al sujeto, produciendo una “clínica ampliada” que requiere de nuevos modos de gestión del trabajo en salud: horizontalización y articulación entre especialización e interdisciplinareidad” (pp. 59).

Este desplazamiento en el eje de intervención -de la enfermedad al sujeto - da cuenta de un posicionamiento teórico específico. En este sentido, Galende (1990) argumenta que es el psicoanálisis la disciplina que ubica “la enfermedad en el plano subjetivo del sujeto en las estructuras colectivas (de la familia y lo social) [lo que] necesariamente llevan a poner la atención en las prácticas próximas a la cultura. La relación del psicoanálisis en el plano social es tanto con las prácticas terapéuticas como con aquellas de la interpretación de la cultura. Esa es la referencia disciplinaria del psicoanálisis y su identidad social. Su inclusión en la salud mental deviene así un polo “desmedicalizante” y más “culturalización” de la comprensión de la enfermedad y de las prácticas terapéuticas” (pp. 262-263).

De este modo, se advierte que la práctica clínica del psicoanálisis, sustentada en su método terapéutico, no se rige por una lógica de normalización, sino que incorpora desde sus inicios la dimensión social. En este marco, Freud (1921), en su obra “Psicología de las masas y análisis del yo”, sostiene que la psicología individual y la social son inseparables. Afirma que la psicología individual es, en esencia, social, dado que el yo se constituye y se encuentra permanentemente influenciado por la presencia del otro, quien puede desempeñar roles diversos como modelo, objeto de amor, adversario o auxiliar. Esta interacción es constitutiva de la formación y desarrollo del sujeto. Así, la intervención terapéutica psicoanalítica busca posibilitar la elaboración subjetiva del padecimiento y la apertura a nuevas significaciones en el contexto cultural en que se inscribe el sujeto.

Soler (2003) sostiene que, desde sus inicios, el psicoanálisis se propuso construir una teoría clínica propia, diferenciada de la psiquiatría de su época. Esto implicaba una nosografía particular, así como teorías explicativas acordes al discurso analítico.

Epistemológicamente, el psicoanálisis, como ciencia, se distingue de aquellas disciplinas orientadas por el tradicional método científico hipotético-deductivo —que parte de la teoría para llegar a la práctica—, proponiendo en cambio una lógica inductiva, donde la práctica- el caso- constituye el punto de partida para la construcción teórica (Braunstein, 1985; Volnovich, 1992; Rudolfo, 2007).

Esta clínica psicoanalítica propia implica un método psicoterapéutico también propio. En “La iniciación del tratamiento” (1913), Freud plantea que “el enfermo debe hablar y contar todo lo que se le ocurra, sin crítica ni selección” (p. 135), lo que sería la regla de la “asociación libre”, la cual sitúa a la palabra como vía privilegiada de acceso al inconsciente. Esta práctica no sólo configura una técnica, sino también una ética: la de alojar lo singular, permitiendo el despliegue subjetivo. Freud, en 1912, señala que, así como al analizado se le requiere que asocie libremente, “el analista debe mantenerse en una igual atención flotante, o sea, renunciar a toda expectativa consciente y concentrarse únicamente en la escucha” (p. 111). La transferencia, como fenómeno central de este método, es entendida por Freud (1914) como una “repetición de prototipos infantiles vivida con un sentimiento de actualidad” (p. 153), y su inclusión en el trabajo clínico implica no rechazarla, sino trabajarla.

3.4 Interdisciplina

La interdisciplina en el campo de la salud mental constituye no solo una estrategia metodológica sino una dimensión ética de la práctica profesional. Elichiry (1987), plantea que la interdisciplina responde a una concepción constructivista de la realidad, la cual es entendida como estructurada y estructurante, compleja y contradictoria. En esta lógica, ninguna disciplina puede, por sí sola, dar cuenta de la totalidad del sufrimiento subjetivo ni de las condiciones que lo producen.

“Desde esta visión, la interdisciplina reconoce que la realidad no es algo obvio, unívoco y simple que se puede comprender fácilmente, sino que es contradictoria. En este sentido la interdisciplina se basa en la complejidad y unidad de la realidad, por un lado, y en la división del trabajo científico necesario para la evolución de la ciencia, por otro. (p. 3)

Stolkiner (2012) refuerza esta mirada al proponer que un verdadero abordaje interdisciplinario requiere de un marco conceptual común, dispositivos de encuentro institucionalizados y una temporalidad que habilite la construcción conjunta. Esta posición no debe confundirse con la simple coexistencia de profesionales: implica una articulación genuina entre saberes y una lectura compartida de los casos, reconociendo la complejidad inherente a la salud mental.

En esta línea, la autora plantea que este trabajo interdisciplinario exige no sólo una representación común del problema, sino también una delimitación clara de los niveles de análisis

involucrados. La construcción de una mirada compartida no surge espontáneamente, sino que requiere de espacios sistemáticos de intercambio —como reuniones de equipo, ateneos o espacios de discusión clínica— que deben ser reconocidos como parte fundamental del tiempo de trabajo. La falta de estas condiciones institucionales genera que, muchas veces, la interdisciplina quede enunciada como ideal, pero no se materialice en la práctica cotidiana, lo que favorece la fragmentación de los abordajes y obstaculiza una lectura integral de los procesos subjetivos.

Asimismo, Stolkiner (2012) distingue entre los equipos interdisciplinarios de investigación, que se articulan desde bases teóricas y metodológicas, y los equipos asistenciales, conformados por diferentes profesiones, lo cual implica un desplazamiento hacia el campo concreto de las prácticas. Esta distinción permite problematizar cómo, en el quehacer cotidiano, intervienen no solo saberes disciplinares, sino también posicionamientos ético-políticos, trayectorias institucionales, lógicas de poder y condiciones materiales de trabajo. La interdisciplina, entonces, no puede pensarse por fuera de las condiciones institucionales que la hacen posible o la dificultan” (Stolkiner, 2012, p. 1).

Stolkiner (2012) y Galende (1990) coinciden en que el campo de la salud mental debe definirse como una producción interdisciplinaria —porque ningún saber disciplinar podrá responder su amplitud —e intersectorial, porque, si bien es inherente al sector de la salud, los objetivos enunciados deberán ser abordados a través de las acciones conjuntas de distintos sectores vinculados a los proyectos de bienestar social de la población (Barenblit, citado en Galende, 1990, p. 10).

En línea con esta mirada, la Comisión Nacional Interministerial en Políticas Públicas de Salud Mental y Adicciones (2014) sostiene que en abordajes que implican la utilización de psicofármacos, debe enmarcarse en estrategias de atención interdisciplinaria. Esto significa que las intervenciones no queden supeditadas a un único saber médico, sino que deben construirse en diálogo con otras disciplinas, respetando el contexto, la singularidad del sujeto y sus derechos. Desde esta perspectiva, la interdisciplina se convierte en una herramienta clave para pensar abordajes que no reduzcan al sujeto a un diagnóstico, sino que reconozcan la historicidad del sufrimiento subjetivo, y el contexto socioeconómico en el que se inscribe.

3.5 Medicalización de las infancias

La Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (2010) establece límites explícitos al uso de psicofármacos, remarcando que su prescripción debe responder exclusivamente a necesidades terapéuticas, y no ser utilizada como castigo, facilitador institucional o sustituto de cuidados específicos. La norma subraya además la importancia de que todo tratamiento psicofarmacológico se enmarque en un abordaje interdisciplinario.

“ARTÍCULO 12. — La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con

finés terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios” (p. 19).

En consonancia con esto, la Comisión Nacional Interministerial en Políticas Públicas de Salud Mental y Adicciones (2014) postula que: "No se puede utilizar medicación para suplir apoyos de otro tipo. La utilización de prescripción de medicación para suplir otro tipo de o medidas psicosociales o pedagógicas es contrario a lo que establece la legislación vigente” (p. 5).

Untoiglich (2020) aclara que el concepto de medicalización no constituye una crítica a la medicina ni a sus actores, sino a un modo particular de significar la vida —y especialmente la infancia— desde una lógica biologicista, individualizante y descontextualizada.

Esta lógica tiende a reducir situaciones complejas a enfermedades individuales, con causas localizadas exclusivamente en el cerebro o la genética, desatendiendo las dimensiones sociales, institucionales y subjetivas involucradas.

Sumado a esto, la autora menciona que “en numerosas ocasiones, el proceso medicalizador no es iniciado por médicos y mucho menos sostenido por especialistas en salud mental” (Untoiglich, 2020, p. 56). Como ejemplo, menciona la situación particular en la cual la institución escolar, a modo de pseudo derivación, solicita a los padres consulten al médico porque el niño no se adapta: “... muchas veces enciende la maquinaria medicalizadora armando un derrotero para ese niño que pasa a ser mirado como el patológico” (Untoiglich, 2020, p. 56).

Es así como la medicalización no solo disfraza modos de nombrar el malestar, sino que propone respuestas imaginarias a los conflictos infantiles, muchas veces centradas en el psicofármaco como vía de resolución y cura. Como advierte Roudolfo (2016), la escuela ha acompañado la creencia de que ciertas dificultades de aprendizaje o comportamientos disruptivos responden a causas de orden biológico o psicológico, derivando con frecuencia a profesionales de la salud, escuelas especiales o solicitando certificados de discapacidad sin reparar en las consecuencias subjetivas que estas intervenciones pueden tener para las infancias.

Tanto Foucault (2002) como Basaglia (1979) coinciden en que la práctica de medicalización no es sin consecuencias: responde a intereses ideológicos, políticos y económicos que tienden a desarticular la singularidad y a silenciar lo que se expresa en el cuerpo cuando no puede decirse con palabras. En este sentido, el uso del psicofármaco como respuesta automática opera muchas veces como una forma de control, más que como una herramienta terapéutica, alineándose con lo que Foucault (2002) describe como mecanismos de separación, vigilancia y castigo hacia aquellos que no

se ajustan a las expectativas adultas. En esta misma línea crítica, Basaglia (1979) advierte que reducir el sufrimiento psíquico a una cuestión exclusivamente médica y tratarlo mediante dispositivos de encierro o psicofarmacológicos constituye una forma de violencia institucional que despoja al sujeto de su palabra, su contexto y su historia. Para el autor, el malestar subjetivo debe ser comprendido desde sus determinaciones sociales y políticas, y no tratado como un síntoma que debe ser suprimido.

Stolkiner (2013) profundiza esta lectura al plantear que la medicalización constituye un analizador privilegiado para comprender la articulación entre lo económico, lo institucional y la vida cotidiana en la producción de subjetividades. De este modo, para la autora, medicalizar implica intervenir no solo sobre un síntoma, sino también sobre los modos de interpretar, nombrar y gestionar ese síntoma dentro de las instituciones.

3.6 Infancias

A los fines de abordar a las infancia desde una perspectiva de derechos, la Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N.º 26.061 (2005), establece el principio del interés superior del niño, entendido como la máxima satisfacción integral y simultánea de sus derechos. Este principio implica reconocer a niñas, niños y adolescentes como sujetos de derecho, garantizar su derecho a ser oídos, respetar su desarrollo personal en su entorno familiar, social y cultural, y tener en cuenta su edad, madurez y centro de vida. La ley también orienta la formulación de políticas públicas destinadas a la infancia, promoviendo el fortalecimiento del rol familiar, la descentralización de los organismos de aplicación, la articulación intersectorial, y asignando una responsabilidad indelegable al Estado en su diseño, implementación y control. Se establece, además, que el interés superior de la infancia debe ser prioritario en toda acción pública, y que toda omisión al respecto constituye una violación a sus derechos fundamentales.

Desde una perspectiva histórico-conceptual, Frigerio (2008) en su texto “La división de las infancias”, propone pensar las infancias no como una categoría homogénea, sino como una construcción atravesada por prácticas sociales, políticas e institucionales que las dividen entre “niños” y “menores”, con consecuencias materiales y simbólicas diferenciales. A saber:

“En todos los casos, en el territorio empírico es observable, si no una fractura, al menos un clivaje. Las vidas de los pequeños están divididas. Una frontera se consolida entre aquellos que son llamados simplemente «niños» y aquellos a los que se identifica como «menores», es decir, a los que se han aplicado prácticas de minorización. Llamaremos «prácticas de minorización» a las que niegan la inscripción de los sujetos en el tejido social, a las que constituyen en las infancias un resto y a las que ofrecen a las vidas no el trabajo estructurante de la institucionalización, sino la institucionalización de las vidas dañadas” (p. 21).

Pensar las infancias, desde esta perspectiva, exige no solo visibilizar sus múltiples formas, sino también poner en evidencia cómo se articulan con las concepciones adultocéntricas y las propuestas políticas que se les destinan (Frigerio, 2008).

En esta línea, Barcala y Poverene (2019) proponen enunciar las infancias, adolescencias y juventudes en plural, lo cual implica incorporar la multiplicidad del término y asumir las diversidades como marca epocal, generacional. Es decir, pensar las diversidades en términos de producción de la diferencia, de potencia y capacidad, y no como fragmentación o vulnerabilidad” (p. 22).

Esto implica reconocer los múltiples modos en que los niños se constituyen subjetivamente en función de su contexto, sus vínculos y sus condiciones materiales, y habilita una lectura crítica sobre sus propias dinámicas.

“Estas diversidades que configuran los modos de ser, estar y presentarse de infancias y juventudes, los modos de producir y producirse, son muchas veces negadas, invisibilizadas, censuradas o criminalizadas. Se abre así un camino de análisis que invita a profundizar en las dinámicas entre desigualdades y diversidades, entre igualdad y diferencia”. Al respecto las autoras se preguntan: ¿Es posible construir una igualdad que no sea unívoca ni homogeneizadora? ¿Una igualdad pensada desde la diferencia?” (Barcala, Poverene, pp. 22-23).

Desde el psicoanálisis, las infancias se comprenden como un tiempo de constitución. En este sentido, Janin (2019) señala: “El niño puede ser definido como un psiquismo en estructuración, estructuración signada por otros [...] en movimientos constitutivos, fundadores” (p.11).

Freud (1905), en lo que denominó “series complementarias”, va a destacar que las experiencias infantiles sumadas a las disposiciones innatas y hereditarias, van a configurar la disposición subjetiva, la cual, influenciada por el entorno, será determinante de las manifestaciones subjetivas singulares: “todo ser humano, por efecto conjugado de sus disposiciones innatas y de los influjos que recibe en su infancia, adquiere una especificidad determinada para el ejercicio de su vida amorosa, o sea, para las condiciones de amor que establecerá y las pulsiones que satisfará, así como para las metas que habrá de fijarse” (p. 97).

Asimismo, Freud (1920) en “Más allá del principio del placer”, profundiza en el papel del juego en la infancia, al observar cómo el niño, en sus experiencias lúdicas, da forma a su subjetividad. En este proceso, se produce una operación simbólica que permite tramitar lo vivido:

"Se advierte que los niños repiten en el juego todo cuanto les ha hecho gran impresión en la vida; de ese modo abreccionan intensidad de la impresión y se adueñan, por así decir, de la situación. Pero, por otro lado, es bastante claro que todos sus juegos están presididos por el

deseo dominante en la etapa en que ellos se encuentran: el de ser grandes y poder obrar como los mayores" (Freud, 1920, p. 16).

En este texto, Freud (1920) introduce el conocido juego del *fort-da*, en el cual un niño lanza y recupera un carretel mientras emite sonidos que representan simbólicamente la presencia (*da*) y la ausencia (*fort*) de su madre. Esta secuencia repetitiva no responde únicamente al principio del placer, sino que pone en evidencia una actividad psíquica más compleja: el intento de dominar una experiencia displacentera mediante la repetición simbólica.

En línea con esto, Blinder, Knobel y Siquier (2008) destacan que existen acciones psíquicas “más allá” del principio del placer; implican funciones psíquicas más primitivas, a partir de las cuales las experiencias displacenteras al ser repetidas, pueden ser inscriptas. De esta manera, el juego cumple una doble función: como vía para estructurar la realidad psíquica regida por el principio de placer y, a la vez, como fuente directa de placer a través de la compulsión a la repetición de lo displacentero. Este esfuerzo por imponer las reglas del principio del placer sobre lo no elaborado constituye lo que Freud denomina elaboración psíquica, ligada a la formación del inconsciente y la represión (Blinder et al., 2008, p. 80).

Desde esta perspectiva, puede pensarse que el juego no solo opera como vía de descarga o repetición, sino que también participa activamente en los procesos de constitución subjetiva, en tanto permite organizar sentidos y afectos frente a las experiencias vivenciadas. En relación con esta dimensión, Galende (2003) menciona que la subjetividad “está constituida por un conjunto de representaciones y afectos que funcionan para la producción de sentidos en los que el sujeto orienta su acción, significaciones a partir de las cuales construye su relación con los semejantes y el mundo material que habita, junto a valores e ideales [...]” (p. 124).

Galende (2003) en “Debate cultural y subjetividad en salud”, agrega que:

“La adquisición de la organización subjetiva no es una evolución lineal ni sigue etapas como las de la adquisición de capacidades cognitivas, sino que estará signada por esta dominancia del otro adulto, básicamente padre, madre, hermanos. Su vida solo puede desarrollarse en ese medio social; no actuamos con el niño como si fuera un ser animal en el cual deberíamos confiar en el desarrollo de sus etapas de maduración gobernadas por la información genética de la especie. Desde el comienzo su presencia está socialmente significada y valorada y lo forzamos a ingresar en este orden, su maduración estará gobernada por los adultos que lo cuiden y los significados y valores que regirán su incorporación a la vida humana” (p. 123-124).

3.7 Psicopatologización

Untoiglich (2020) alerta sobre los riesgos de la patologización en las infancias, vinculada en muchos casos a lógicas de control social más que a necesidades clínicas reales: diagnósticos apresurados, medicalización temprana y la burocratización de las intervenciones afectan profundamente a las infancias. En este sentido, la autora enuncia que los diagnósticos se han vuelto una “mercancía consumible” accesible a través de cuestionarios y test autoadministrables, lo que aplanaría la comprensión de la complejidad del sufrimiento (Untoiglich, 2020, p. 55). Además, subraya la responsabilidad ética de los profesionales para evitar intervenciones medicalizadoras iatrogénicas, especialmente en las infancias (Untoiglich, 2020, p. 65).

Frecuentemente, el sufrimiento psíquico queda subsumido bajo etiquetas diagnósticas que ocultan condiciones sociales, económicas o vinculares adversas, como ocurre en niños derivados con diagnósticos rápidos de Trastorno por Déficit de Atención (TDA) y medicados sin una escucha profunda ni abordaje del contexto en el cual están inmersos (Untoiglich, 2013, p. 20).

En línea con lo anteriormente mencionado, Stolkiner (2013) sostiene que las prácticas profesionales no solo pueden producir subjetividad, sino también padecimientos subjetivos y, a su vez afirma que no todo malestar debe ser transformado en síntoma clínico.

La Comisión Nacional Interministerial en Políticas Públicas de Salud Mental y Adicciones (2014) advierte sobre los riesgos de patologizar conductas sin considerar el contexto cultural, social y familiar, señalando que las conductas asociadas a características culturales no deben ser interpretadas automáticamente como patológicas.

Desde la perspectiva psicoanalítica, pensar el diagnóstico implica recuperar el modo en que se conciben las estructuras clínicas. Aunque Freud no utilizó expresamente este término, su teoría del aparato psíquico, basada en relaciones entre instancias (ello, yo, superyó) y en conceptos como la represión, el retorno de lo reprimido y la formación de síntomas, anticipa una lógica estructural. En textos como “La interpretación de los sueños” (1900) y “El yo y el ello” (1923), Freud concibe el funcionamiento psíquico en términos de una organización compleja y dinámica, que permite pensar las neurosis, las psicosis y las perversiones como modos de organización subjetiva. Tal como señala: “No hay duda de que la psique se comporta como un aparato compuesto por varias partes, entre las cuales reina cierta relación regular” (Freud, 1923, p. 13).

Lacan, posteriormente, retoma a Freud, desde una lectura estructural, ubicando las neurosis, psicosis y perversión como estructuras clínicas diferenciadas. Si bien Freud estaba influido por los modelos energéticos de su época, Lacan reinterpreta sus desarrollos desde un paradigma estructural, incorporando aportes de la lingüística de Saussure y del antropólogo Lévi-Strauss (Lacan, 1957-58/2008). Desde esta perspectiva, el inconsciente se concibe como estructurado como un

lenguaje, y las manifestaciones clínicas son entendidas como efectos significantes que cobran sentido en el marco de una estructura.

De este modo, el psicoanálisis plantea un modo de abordar el sufrimiento subjetivo que reconoce la singularidad del sujeto y su historia, sin reducirlo a cuadros psicopatológicos. Como señala Lacan (1957-58/2008), “se trata de ubicar la estructura en la que el sujeto se inscribe, y no de enumerar sus síntomas”. Así, una formación sintomática no puede entenderse aisladamente, sino en su relación con otros elementos que conforman una estructura subjetiva.

Desde el enfoque psicoanalítico, el diagnóstico no busca encasillar al sujeto en un cuadro psicopatológico, sino que se concibe como una herramienta clínica. Soler (2003) afirma que “el diagnóstico es un acto clínico, que solo tiene sentido dentro de una transferencia que permita el movimiento subjetivo” (p. 18). Reconoce una polémica vigente: mientras algunos rechazan la necesidad del diagnóstico en psicoanálisis, otros denuncian su abuso. Actualmente, el “diagnosticismo” está muy extendido, con pacientes que demandan etiquetas como forma de tranquilizar su incertidumbre (Soler, 2003, p. 18).

La función del diagnóstico desde el psicoanálisis implica una ética particular, orientada a que el sujeto se interroge sobre su verdad y su relación con el goce, no enfocada en la adaptación social ni en la peligrosidad. El juicio ético interno al diagnóstico es lo que puede definir un uso correcto o abusivo del mismo (Soler, 2003, p. 25).

En la infancia, la finalidad del diagnóstico se vuelve aún más compleja, dado que el psiquismo de los niños está en constitución, lo que implica que el diagnóstico debe abordarse de manera provisoria. En esta línea, Janin (2012) sostiene que “los diagnósticos en la infancia deben escribirse con lápiz, no con tinta” (p. 84), subrayando la importancia de considerar el carácter dinámico del psiquismo en la infancia. Por ello, algunas posturas psicoanalíticas sostienen que no es pertinente realizar diagnósticos definitivos antes de la pubertad, ya que las defensas, identificaciones y configuraciones psíquicas son aún maleables y pueden modificarse con el crecimiento (Kernberg, 2001; Green, 2002). Como señala Kernberg (2001), “la aplicación de categorías diagnósticas estructurales en la infancia debe ser abordada con extrema precaución, ya que el desarrollo psíquico es dinámico y las identificaciones aún no están consolidadas” (p. 112). En esta línea, Green (2002) advierte que “en la clínica con niños, el diagnóstico estructural no sólo es difícil, sino también en muchos casos inapropiado. Se requiere una mirada clínica que valore el proceso y la dinámica subjetiva más que la asignación de una categoría diagnóstica estática” (p. 33). Además, desde perspectivas clásicas como las de Melanie Klein y Donald Winnicott, el diagnóstico debe privilegiar la escucha del mundo interno del niño a través de su expresión simbólica, el juego y la relación, antes que la imposición de etiquetas rígidas (Klein, 1952; Winnicott, 1965).

Es fundamental reconocer el rol significativo que los psicofármacos desempeñan en la clínica actual. Según Lombardi (2001), los psicofármacos modifican la práctica clínica a nivel estadístico, influyen en la forma en que la sociedad aborda la locura y generan un ambiente de relativa calma en contextos hospitalarios. Si bien no se puede negar su existencia ni eficacia, es necesario situar críticamente sus diferentes impactos en la práctica analítica. Algunas incidencias de los psicofármacos no necesariamente se oponen a la labor del analista, lo que abre la posibilidad de una integración ética y reflexiva de su uso dentro del tratamiento.

Así mismo la influencia de la psicopatologización en las infancias se relaciona estrechamente con la expansión y formulación de categorías diagnósticas, ya que, como han señalado autores críticos, manuales como el DSM-5 no solo describen trastornos en función de criterios clínicos, sino que en ciertos casos los diagnósticos parecen contruidos o ampliados considerando los psicofármacos disponibles en el mercado, invirtiendo así la relación esperada entre diagnóstico y tratamiento (Whitaker, 2010; Frances, 2013). Esta dinámica contribuye a los efectos de la medicalización que impacta directamente en las infancias, donde la proliferación de “diagnósticos de moda” puede responder a factores sociales y económicos más que a criterios clínicos estables, generando riesgos de psicopatologización injustificada (Conrad, 2007).

IV) ANÁLISIS

4.1 Significaciones sobre la medicalización de las infancias

“Ya no estamos debatiendo la fragilidad epistemológica de conceptos como trastornos mentales, síndromes [...] como tampoco estamos debatiendo las causales o etiología, ya sean orgánicas, genéticas, infecciosas, sociales, psicológicas, espirituales o traumáticas [...] Estamos considerando cómo una determinada forma de producción de conocimiento en ese campo puede crear realidades de enfermedades, tratamientos, prácticas institucionales, sociales, culturales y políticas”.

Amarante, P. y Guimaraes, E. (2015).

En este apartado se analizarán las significaciones sobre la medicalización de las infancias que emergen de los relatos de las personas entrevistadas.

Tal como lo plantea Stolkiner (2013), la medicalización es un proceso que pone en evidencia la función política de la medicina, así como el avance indefinido del saber médico sobre los aspectos más íntimos de la vida.

En la actualidad, este proceso parece depositar en los psicofármacos un efecto casi mágico, en tanto supuestos únicos garantes del cese del sufrimiento psíquico.

Esta significación, en tanto “efecto mágico”, aparece explícitamente en la siguiente cita:

“Existe un pensamiento mágico donde se deposita en el consumo de un psicofármaco la suerte de solución a todo, como si también pudiera cubrir el desamparo, reemplazar a las mamás y a los papás o pastillas que pueden hacer que los niños se queden tranquilos” (Estimuladora Temprana: Entrevista N.º 3).

La cita alude a ubicar el uso de la medicación dentro del “registro imaginario” lo cual permite comprender cómo la medicalización puede funcionar como una respuesta cargada de expectativas y fantasías sobre la eficacia inmediata, en la que el psicofármaco aparece casi como un objeto que promete restaurar el orden y contener la angustia de unos y otros.

Este efecto mágico refleja, a su vez, una demanda social y clínica de soluciones rápidas que, sin embargo, ocultan la complejidad de los procesos subjetivos y relacionales implicados en el sufrimiento psíquico, haciendo evidente el lugar social que ocupa la medicación.

En esta línea, también se evidencian distintas significaciones en torno a la medicalización, especialmente en relación con su inscripción —o no— en marcos legales e institucionales.

Las significaciones de las prácticas de medicalización en tanto enmarcadas o desmarcadas de una cierta legalidad, son ubicadas dentro del registro simbólico de la ley y la ética, en los siguientes términos:

“Legalmente están autorizados, no están haciendo nada que no pueden, pero hay como una extralimitación ahí” (Psicólogo: Entrevista N.º2).

La cita alude a un uso abusivo de la medicación, especialmente cuando es recetada por profesionales de fuera del campo de la psiquiatría. Aquí se tensiona el lugar que ocupan las prescripciones en la práctica médica clínica: aunque formalmente permitidas para los profesionales médicos, muchas veces se realizan sin el respaldo de un abordaje específico en salud mental e interdisciplinario. Esto no sólo contradice los principios establecidos por la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657³, sino también la ética profesional.

Esta práctica, lejos de ser inocente, puede traer consecuencias significativas en la vida cotidiana de las infancias, sus excesos dan cuenta de una intención -siempre fallida- de acallar la angustia surgida de lo irreductible del registro de lo real, es decir, una tentativa de negar aquello que no puede ser simbolizado.

Esta preocupación por los efectos del exceso de medicalización en las infancias también aparece en la entrevista N.º 3, donde la estimuladora temprana advierte que algunos niños llegan a su espacio de trabajo “desorganizados”, entendiendo por ello que se encuentran sobremedicados al punto de quedar inhibidos para responder a las propuestas terapéuticas.

Esta imagen refuerza la idea de que la medicalización, cuando no se enmarca dentro de un abordaje interdisciplinario, puede volverse un obstáculo para el trabajo terapéutico.

³ ARTÍCULO 12. La prescripción de medicación sólo debe responder a las necesidades fundamentales de la persona con padecimiento mental y se administrará exclusivamente con fines terapéuticos y nunca como castigo, por conveniencia de terceros, o para suplir la necesidad de acompañamiento terapéutico o cuidados especiales. La indicación y renovación de prescripción de medicamentos sólo puede realizarse a partir de las evaluaciones profesionales pertinentes y nunca de forma automática. Debe promoverse que los tratamientos psicofarmacológicos se realicen en el marco de abordajes interdisciplinarios.

Sin embargo, el uso de medicación también es resignificado como recurso posible y habilitante en situaciones donde el sufrimiento psíquico alcanza niveles extremos. En la entrevista N.º4 la paidopsiquiatra describe:

“Ciertos niños quedan presos de sus pesadillas, sin poder dormir debido a situaciones de gran impacto traumático. En estos casos, la medicación puede aparecer como un sostén: es necesario buscar apoyo en la medicación para que ese niño logre descansar y luego, dentro de un tratamiento acorde, continuar con el trabajo terapéutico” (Paidopsiquiatra: Entrevista N.º 4).

La misma profesional sostiene:

“Hay un enorme fantasma al respecto de la necesidad de tratamientos médicos en los niños que tengan que ver con su salud mental [...], no es darle risperidona a alguien en el consultorio de pediatría porque se portaba mal, es mucho más complejo que eso” (Paidopsiquiatra: Entrevista N.º 4).

Estas declaraciones permiten identificar dos tipos de significaciones contrapuestas que circulan sobre la medicación: por un lado, como obstáculo que bloquea el despliegue subjetivo; por otro, como herramienta que posibilita iniciar o sostener un abordaje terapéutico.

Se trata, de lo que podría leerse como “dos caras de una misma moneda”, en tanto ambas posiciones se inscriben en prácticas clínicas que deben decidir cuándo, cómo y por qué intervenir con psicofármacos. Así, la medicación puede ser tanto una intervención iatrogénica como una apoyatura válida, dependiendo del marco institucional, el dispositivo clínico y la singularidad del caso.

En general, los relatos analizados advierten una estrecha vinculación entre los procesos de medicalización y psicopatologización, en tanto ambos tienden a interpretar los malestares infantiles desde un enfoque médico-hegemónico, que convierte las diferencias y singularidades en síntomas a ser normalizados. Esta lógica responde a una racionalidad biomédica que, en su pretensión de objetividad y control, tiende a reducir los malestares propios de la vida —como el sufrimiento, las crisis o las formas no normadas de ser y estar— a entidades nosológicas tratables farmacológicamente. Desde esta perspectiva, la medicalización aparece como una forma de regulación biopolítica, en la que las intervenciones del saber médico-científico se extienden a dimensiones cada vez más amplias de la existencia cotidiana.

Estas tensiones emergen también en los discursos de las familias, quienes muchas veces arriban al sistema de salud mental con demandas impregnadas de urgencia y expectativas de resolución inmediata. Como relata la paidopsiquiatra:

“Cuando tenemos que instalar tratamientos psicofarmacológicos nos encontramos con las dos partes del pensamiento mítico: con el que es lo mejor que le va a pasar al pibe y lo va a cambiar, y por otro, esta cosa de que es el monstruo, de que es tremendo medicar a un niño en la infancia, de que es una cosa cercana a la tortura, al acallamiento de los hijos” (Paidopsiquiatra: Entrevista N.º 4).

Estos posicionamientos divergentes —la medicación como salvación o como castigo— reflejan una dificultad para pensar en la complejidad del sufrimiento psíquico y, por ende, para construir respuestas clínicas sostenidas en una práctica de la escucha.

Ante estas posturas extremas, algunos profesionales entrevistados adoptan una posición ambivalente, que reconoce tanto los riesgos como las potencialidades del psicofármaco. Como señala el psicólogo:

“Acá no tenemos la mirada de demonizante ni mucho menos en términos de las medicaciones; entendemos su necesidad al mismo tiempo que sabemos de sus abusos [...] Es muy interesante e importante muchas veces contarla como parte del trabajo desde ahí, teniendo en cuenta que es eso. Encuadrado dentro de un tratamiento” (Psicólogo: Entrevista N.º2).

Y en línea con esto, la estimuladora temprana reflexiona:

“Hasta dónde sí la medicación, hasta dónde no pero no, no por no, porque no es un monstruo, tampoco es lo que te va a resolver todo” (Estimuladora Temprana: Entrevista N.º3).

Dentro de una perspectiva dialógica, también se marca una diferencia fundamental entre “medicar” y “medicalizar”. En palabras del profesional de la entrevista N.º2:

“Una cosa es medicalizar, desde otro lugar es medicar, y ello tiene que ver también con una posición epistemológica a la hora de llevar adelante las prácticas [...]. Muchas veces la medicación es necesaria, tanto para bajar los niveles de sufrimiento transitoriamente a alguien, que ya no da más consigo mismo, como para hacer posible el trabajo [...] como una apoyatura del trabajo clínico que uno va haciendo” (Psicólogo: Entrevista N.º2).

Desde este enfoque, el acto de medicar puede entenderse como un recorte clínico dentro de un abordaje interdisciplinario. Por el contrario, la medicalización se instala como lógica hegemónica cuando subordina todo el dispositivo de atención al saber médico, desplazando otras formas de intervención y reduciendo el padecimiento subjetivo a una alteración biológica. Como expresa la paidopsiquiatra:

“Generalmente cuando se llega a hacer una consulta con psiquiatría infantil para pensar una medicación, hay una intervención de otros equipos [...] pero muchas veces el abordaje más integral no está” (Paidopsiquiatra: Entrevista N.º 4).

Este testimonio revela cómo las condiciones institucionales —tiempos ajustados, equipos fragmentados, alta demanda— tienden a empujar hacia intervenciones rápidas, centradas en la prescripción.

Desde una mirada crítica, este fenómeno puede leerse como expresión de una tensión estructural entre dos modos de concebir la atención en salud mental: uno centrado en la objetivación del síntoma y la normalización de la conducta, y otro orientado a la escucha de lo singular y al reconocimiento de los derechos. Este antagonismo atraviesa muchas de las prácticas institucionales actuales, donde, a pesar de los discursos que promueven una atención integral y respetuosa de la infancia, persisten formas de control que silencian lo subjetivo y tienden a homogeneizar las experiencias bajo etiquetas diagnósticas y tratamientos estandarizados.

Como plantea la paidopsiquiatra:

“Hay que diferenciar la medicalización y todas las cuestiones puntuales que surgen en los espacios de trabajo, ya que la medicación y el psicofármaco tienen ciertas historias y son importantes en ciertos momentos, y con ciertos cuidados” (Paidopsiquiatra: Entrevista N.º4).

Esta distinción permite comprender que la medicación, en sí misma, no implica necesariamente una práctica medicalizadora, sino que su sentido depende del modo en que se inscribe en el dispositivo clínico, del lugar que se le otorga al sufrimiento subjetivo y de la ética que orienta la intervención.

Estas escenas muestran cómo las significaciones profesionales se entrecruzan con condiciones materiales de trabajo, discursos sociales sobre la infancia y tensiones institucionales. La falta de tiempo, la presión por resolver, la centralidad del diagnóstico y la dificultad para construir una clínica sostenida en la transferencia son elementos que tensionan —y muchas veces imposibilitan— el ejercicio de prácticas clínicas que prioricen lo singular.

En resumen, el análisis de las entrevistas revela que los profesionales perciben la medicalización de las infancias como un fenómeno complejo, donde la presión por diagnósticos rápidos puede llevar a una simplificación de las problemáticas en las infancias. Muchos entrevistados expresan su preocupación por la tendencia a etiquetar a los niños sin atender a su singularidad ni considerar su contexto social y emocional, lo que puede resultar en tratamientos que no abordan las causas subyacentes del sufrimiento. Este hallazgo subraya la necesidad de un enfoque crítico que cuestione la medicalización y promueva prácticas que prioricen la comprensión integral del niño.

Este primer punto del análisis, evidencia que, aunque existen discursos que apelan a la singularidad de las infancias, en la práctica cotidiana muchas veces prevalecen lógicas institucionales y discursivas que tienden a objetualizarlas. En el siguiente punto se continuará explorando cómo estas tensiones se expresan en otras dimensiones del abordaje terapéutico en salud mental, y qué condiciones hacen posible la construcción de prácticas subjetivantes en el abordaje del sufrimiento psíquico en las infancias.

4.1.1 Prácticas en el campo de la salud mental: entre la subjetividad, el diagnóstico y el trabajo interdisciplinario en las infancias.

En este punto, se continuará explorando otras dimensiones que emergen en las prácticas profesionales dentro del campo de la salud mental y las infancias, particularmente en relación con las condiciones que posibilitan —o limitan— abordajes del sufrimiento psíquico que reconozcan su singularidad dentro de la complejidad, en un contexto atravesado por la demanda social y familiar que solicita diagnósticos.

Desde el marco teórico que orienta esta investigación, se concibe a la salud mental como un campo de prácticas atravesado por la confluencia de saberes, discursos y disciplinas heterogéneas. Se trata de un espacio complejo, en el que coexisten enfoques técnicos y posicionamientos ideológicos que no siempre resultan compatibles, y en el que se disputan sentidos entre propuestas hegemónicas, centradas en la medicalización, y otras perspectivas que promueven intervenciones subjetivantes. Esta heterogeneidad pone en evidencia que toda práctica en salud mental, está atravesada por posiciones políticas, éticas y epistémicas que impactan directamente en los modos de entender y abordar el padecimiento subjetivo.

Tal como se verá a continuación, los relatos de los entrevistados evidencian que el trabajo interdisciplinario —cuando es posible sostenerlo— contribuye a complementar las intervenciones y a incluir la dimensión subjetiva en el abordaje del sufrimiento psíquico. En la entrevista N.º 1, la psicóloga señala que:

“Ante la presencia de un niño que amerite intervención desde salud mental, por la problemática que presenta, los médicos clínicos intervinientes resuelven si es necesaria la medicación o no; interdisciplinariamente, no es que las paidopsiquiatras deciden unilateralmente medicar” (Psicóloga: Entrevista N.º 1).

En la misma línea, en la entrevista N.º 2 el psicólogo afirma que:

“Las paidopsiquiatras trabajan desde el mismo marco teórico-práctico que los psicólogos, lo que evita conflictos en el trabajo terapéutico” (Psicólogo: Entrevista N.º 2).

Estos testimonios permiten visibilizar que existen equipos profesionales que sostienen prácticas alternativas, aún en contextos institucionales adversos. La pregunta que se abre es: ¿qué condiciones hacen posible este tipo de intervenciones, y qué lugar ocupan en ellas la formación teórica, la supervisión clínica y la reflexión ética?.

En la entrevista N.º 4, la paidopsiquiatra problematiza el modo en que ciertas decisiones clínicas inciden directamente sobre la constitución subjetiva en las infancias. Allí sostiene que:

“Pensar antes de sellar una historia clínica es una responsabilidad ineludible del profesional, en tanto que el niño vaya al psiquiatra implica ciertas cosas que después caen sobre la historia de ese propio niño, de esa propia familia digamos, así que también es eso, entender que uno anda con un martillo y no con un cincel” (Paidopsiquiatra: Entrevista N.º 4).

Esta metáfora da cuenta de la potencia —y el riesgo— de las intervenciones clínicas, y remite a la necesidad de actuar con sensibilidad y precaución ante lo que se pone en juego en la vida de los niños.

Esta preocupación se articula con una perspectiva crítica sobre el uso del diagnóstico, que lo concibe como una herramienta orientada a posibilitar intervenciones respetuosas, en lugar de convertirlo en un recurso que estigmatice o etiquete a los niños. En este sentido, resulta fundamental promover abordajes interdisciplinarios que reconozcan el carácter dinámico del diagnóstico y eviten su utilización como un obstáculo para el despliegue subjetivo.

Por su parte, en la entrevista N.º 3, la estimuladora temprana, reflexiona sobre los límites que encuentran los profesionales en su accionar clínico, y menciona que, cuando se requiere una intervención medicamentosa, es necesario establecer una transferencia con los adultos responsables del cuidado del niño para transmitir la importancia del tratamiento. Asimismo, señala:

“En ocasiones se presentan síntomas compatibles con cuadros neurológicos, lo que implica articular con otros profesionales especializados, con el objetivo de que la intervención sea lo más organizada posible” (Estimuladora Temprana: Entrevista N.º 3).

Estas apreciaciones ponen en evidencia la importancia de superar el aislamiento profesional vigente, promoviendo un trabajo en equipo basado en la colaboración y el diálogo abierto. Se trata de abandonar posturas de saber absoluto y orientarse hacia la búsqueda constante de modelos teóricos y prácticos que respondan a las demandas y problemáticas concretas de la realidad.

En cuanto al encuadre de estas prácticas, el psicólogo en la entrevista N.º 2 menciona que:

“Si bien en el sector de salud mental no poseen una normativa propia, enmarcan sus prácticas en las normas legales nacionales y provinciales vigentes y poseen una formación teórica

psicoanalítica, desde la cual piensan y llevan adelante sus prácticas” (Psicólogo: Entrevista N.º 2).

Este posicionamiento sostiene — en línea con lo que plantea Stolkiner (2013)— que para que el psicoanálisis despliegue plenamente su potencial, es fundamental contar con un soporte subjetivante que garantice la consideración del sujeto como portador de derechos y de una palabra con valor propio.

A lo largo de las entrevistas, se observa que la formación teórica psicoanalítica aporta una perspectiva ética y política que tensiona la lógica clasificatoria y tecnocrática predominante. Esta mirada sostiene que el sujeto se inscribe en un nuevo modo social y económico, asociado al reconocimiento de derechos inherentes. Así, se habilitan nuevas formas de pensar las infancias, no como meros objetos de intervención, sino como sujetos en constitución, portadores de palabra y de derechos. Esta perspectiva será desarrollada con mayor profundidad en el Apartado 4.2.

En consonancia con lo anterior, la psicóloga advierte que:

“Las prácticas profesionales se encuentran atravesadas por cuestiones meramente legales, pero también se pone en juego la ética de nuestro posicionamiento teórico” (Psicóloga: Entrevista N.º 1).

Mientras que, en la entrevista N.º 2, el psicólogo refuerza la idea de que:

“La teoría psicoanalítica guía el modo en que los profesionales significan su práctica” (Psicólogo: Entrevista N.º 2).

Lejos de negar el sufrimiento, estas intervenciones procuran alojarlo, construir lazo, y abrir espacios de escucha. En este sentido, el acto clínico se transforma en un acto político, que resiste la lógica de control y promueve una ética del cuidado.

Como cierre de este apartado, puede afirmarse que las tensiones entre la demanda social, los requerimientos institucionales y las posibilidades reales de los profesionales atraviesan las prácticas de cuidado de la salud mental en las infancias. En ese entramado, el trabajo interdisciplinario, la perspectiva de derechos, y una ética centrada en la subjetividad infantil, constituyen pilares fundamentales para organizar intervenciones que no reduzcan la complejidad del sufrimiento psíquico, sino que la reconozcan y trabajen con ella desde un enfoque integral y singular, ya que la psicopatologización de las infancias no solo incide directamente en la constitución subjetiva de los niños, sino también en el posicionamiento ético y político de los profesionales. Reconocer esta tensión es indispensable para cuestionar las prácticas que reducen el padecimiento a categorías diagnósticas estandarizadas, y para promover intervenciones que reconozcan al sujeto en su singularidad y en su derecho a ser escuchado.

4.2 Significaciones acerca de las infancias

“Día tras día, se niega a los niños el derecho de ser niños.

Los hechos que se burlan de ese derecho,
imparten sus enseñanzas en la vida cotidiana. (...)

Mucha magia y mucha suerte tienen los niños
que consiguen ser niños”.

Galeano, E. (1999).

En el marco de esta investigación, resulta clave explorar cómo los profesionales del sector de salud mental significan las infancias, ya que estas significaciones no sólo orientan los modos de intervenir, sino también las formas de escuchar, alojar y construir lazos. Tal como se abordó en el apartado anterior, las prácticas clínicas están atravesadas por factores institucionales, normativos y simbólicos que intervienen en los modos de abordaje. En este sentido, las significaciones construidas sobre las infancias tienen efectos concretos en los procesos de subjetivación.

A partir del análisis de las entrevistas, se advierte la coexistencia de al menos dos perspectivas complementarias: por un lado, las infancias como sujetos en constitución; por otro, las infancias como sujetos de derechos. Estos discursos no se presentan de forma lineal ni acabada, sino que emergen de manera implícita en los relatos, atravesadas por tensiones, contradicciones y contextos diversos.

Tal como plantea Frigerio (2008), la infancia no es una categoría unívoca ni estable. Opera más bien como un territorio, en el cual se inscriben múltiples sentidos, atravesados por una analítica del poder. Desde esta perspectiva, significar la infancia implica también visibilizar las marcas que la historia y las instituciones imprimen en los cuerpos y en las subjetividades de los niños.

Una primera cuestión que se destaca en las entrevistas tiene que ver con la ampliación del campo disciplinar de la salud mental en los últimos años, a partir de la incorporación de saberes y enfoques que enriquecen los abordajes clínicos. Al respecto, una de las profesionales señala que:

“Se valora especialmente la inclusión de la paidopsiquiatría, ya que introduce “otra mirada” sobre los niños, posibilitando intervenciones más complejas y ajustadas” (Psicóloga: Entrevista N.º1).

Esta apertura puede pensarse en diálogo con lo que sostiene Janin (2003), al destacar la necesidad de construir abordajes que reconozcan las singularidades de cada sujeto, sus recorridos vitales, vínculos afectivos e inserciones institucionales. Desde esta perspectiva, la paidopsiquiatría no aparece como un único saber que clausura el sentido del sufrimiento, sino como un aporte que, en

articulación con otras disciplinas, permite desplegar intervenciones más sensibles a la complejidad subjetiva de las infancias.

Sin embargo, esta posibilidad de abordaje singular se enfrenta frecuentemente a una lógica de la urgencia. La estimuladora temprana menciona que:

“Muchas veces la demanda de consulta proviene del entorno adulto, que busca respuestas rápidas ante conductas disruptivas. En el tratamiento de la infancia se perdió algo que constituye la infancia misma y es el tiempo, la paciencia, la observación, el estar aquí ahora [...] el juego” (Estimuladora Temprana: Entrevista N.º 3).

Estas palabras dan cuenta de una tensión estructural que atraviesa las prácticas actuales: la urgencia impuesta por los tiempos institucionales y sociales muchas veces obtura el tiempo lógico y subjetivo de la infancia. Frente a esto, se hace necesario recuperar intervenciones que habiliten la espera, la observación atenta, y el juego como vía privilegiada para que los niños elaboren psíquicamente lo que les ocurre.

Desde esta perspectiva, se entiende que las infancias no pueden reducirse a indicadores ni a respuestas inmediatas, sino que requieren ser comprendidas en su complejidad y diversidad, en función de los múltiples contextos —familiares, institucionales, culturales— que inciden en su constitución subjetiva.

Desde esta perspectiva, los relatos analizados, coinciden en destacar la necesidad de abordar a cada niño como un sujeto único, cuya manifestaciones— quieta, inquieta, disruptiva— pueden estar expresando sufrimientos que no han logrado ser simbolizados. Así, se valoran intervenciones que no apunten a reducir el síntoma o a normativizar la conducta, sino que permitan interrogar lo que allí se juega, ofrecer un espacio de escucha y propiciar una elaboración subjetiva.

Este modo de concebir al niño se encuentra estrechamente vinculado a la formación psicoanalítica que atraviesa a muchos de los profesionales entrevistados. En palabras de uno de ellos:

“El que ingresa no es un cuerpo nomás, sino que hay como alguien adentro de ese cuerpo” (Psicólogo: Entrevista N.º 2).

Esta afirmación, remite a una concepción del sujeto como alguien en constitución, portador de una historia, un deseo y una singularidad que no pueden reducirse al diagnóstico ni a la manifestación conductual. Recupera, además, la noción freudiana del juego como una vía privilegiada de elaboración psíquica, ya que posibilita la transformación de experiencias displacenteras en escenas activas que otorgan cierto grado de dominio subjetivo.

Ahora bien, concebir a las infancias como sujetos de derechos no implica que esta representación se haya instalado de manera hegemónica. Tal como advierte Frigerio (2008), estos discursos coexisten con imaginarios históricos que siguen adjetivando a los niños como pobres, anormales, antisociales o peligrosos. Estas formas de significación, lejos de haber desaparecido, continúan operando como condicionantes que habilitan prácticas médico-hegemónicas, centradas en el control y la normalización.

En la Entrevista N.º 4 la paidopsiquiatra, señala que:

“La medicalización sigue siendo un fenómeno sostenido por múltiples actores: asociaciones profesionales, industria farmacéutica, instituciones educativas y sanitarias” (Paidopsiquiatra: Entrevista N.º 4).

No obstante, también expresa una reflexión crítica respecto de estas condiciones estructurales, al afirmar:

“Es muy diferente conocer que eso existe, a lo que pasa después en la práctica en un hospital, en donde uno va trabajando caso por caso” (Paidopsiquiatra: Entrevista N.º 4).

Estas palabras revelan un posicionamiento ético por parte de la profesional, que si bien reconoce las lógicas de medicalización, apuesta a construir abordajes que articulen el saber clínico con una ética del cuidado, priorizando el trabajo interdisciplinario y el análisis singular de cada caso.

Este posicionamiento ético se expresa también en el modo en que se inscriben las prácticas en el marco legal vigente. Tal como afirma el psicólogo:

“Aunque el sector no cuenta con una normativa propia, se trabaja bajo los lineamientos de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (2010) y la Ley de Protección Integral de Niños, Niñas y Adolescentes N.º 26.061 (2005). Esta inscripción legal no aparece como un mero formalismo, sino como parte de un entramado que articula teoría, ética y práctica” (Psicólogo: Entrevista N.º 2).

Desde este enfoque, el diagnóstico —en línea con lo planteado en el acta 12 La Comisión Nacional Interministerial en Políticas Públicas de Salud Mental y Adicciones (2014)— debe ser una herramienta que favorezca abordajes pertinentes y evite la estigmatización. Lejos de ser una sentencia, debe funcionar como punto de partida para intervenciones que promuevan la inclusión social, la escucha y el despliegue subjetivo.

Como puede advertirse en los relatos analizados, las significaciones acerca de las infancias expresan tensiones entre diferentes formas de concebir al niño. Por un lado, emergen perspectivas que lo reconocen como sujeto activo, con derechos; por otro, persisten perspectivas que lo sitúan como

objeto de intervención. Esta coexistencia de perspectivas da cuenta de tensiones en torno a las prácticas profesionales y a los marcos desde los cuales se construyen las infancias en el campo de la salud mental.

En este sentido, la presente investigación sostiene que avanzar hacia una concepción más integral de infancia —que contemple su singularidad, sus derechos y su capacidad de simbolización— puede contribuir a prácticas profesionales que promuevan la escucha, la participación y el cuidado de los niños en el entramado institucional; dando lugar a un abordaje más efectivo y respetuoso.

4.3 Relaciones entre las significaciones de infancias y medicalización

“Cuando hablamos del quehacer de un profesional del campo psi, la intervención comunitaria se realiza sobre la producción subjetiva de una comunidad con la intención de provocar un cambio producido por los propios sujetos”.

Del Cueto, A. (2014)

Este apartado aborda las relaciones entre las significaciones de las infancias y la medicalización, a partir de los relatos de profesionales del sector de salud mental. Del análisis surgen dos líneas de sentido principales. Por un lado, la idea de que las infancias se constituyen como blancos privilegiados de procesos medicalizadores, en tanto espacios donde se depositan demandas adultas e institucionales. Por otro lado, el lugar central que ocupan los discursos, familiares e institucionales —como los del ámbito escolar— en la forma en que se interviene frente al sufrimiento psíquico en las infancias, con una tendencia marcada hacia la prescripción psicofarmacológica como solución.

Desde esta perspectiva, puede pensarse que la medicalización opera como un dispositivo de poder que transforma a los sujetos y a las sociedades en objetos de intervención, especialmente cuando las prácticas priorizan la urgencia y la normalización por sobre la escucha y la subjetividad. Al mismo tiempo, esta problemática excede el ámbito médico, ya que responde también a elecciones y representaciones sociales más amplias, que se inscriben en entramados culturales y políticos que sostienen ciertas formas de entender y tratar el malestar.

Cuando se trata de infancias, este proceso se ve intensificado. Las demandas de los adultos responsables de los cuidados son atravesadas por sus propias expectativas, temores y modos de leer el sufrimiento. Así lo señala una profesional entrevistada:

“Hay una suerte de permeabilización de lo adulto, es decir, creer que hay algunas cosas que funcionan con los adultos por lo cual funcionan con los niños” (Paidopsiquiatra: Entrevista N.º 4).

Esta idea la retoma también en la estimuladora temprana, cuando advierte que:

“Muchas veces hay cuestiones que tienen que ver con el armado psíquico que estos papás no están pudiendo ver, y empiezan a pedir medicación para resolver una problemática que puede estar escondiendo algo a niveles psíquicos” (Estimuladora Temprana: Entrevista N.º 3).

Se advierte aquí cómo el pedido de tratamientos con psicofármacos puede devenir en prácticas que aborden el sufrimiento psíquico sin abrir espacio a su elaboración.

En esta línea, Menéndez (2003) sostiene que los sujetos no demandan salud, sino acciones sobre sus padeceres. En el caso de las infancias, esta dinámica se complejiza, ya que son los adultos quienes median esa demanda, proyectando sus interpretaciones y urgencias sobre las manifestaciones del niño.

Las instituciones también juegan un papel clave en la forma en que se responde al sufrimiento en las infancias. En particular, la escuela aparece reiteradamente como un espacio que puede operar como catalizador de la medicalización. En palabras de la estimuladora temprana:

“Los adultos responsables de los cuidados, y las instituciones a la que asisten los niños, deben dar más importancia al tiempo, a la paciencia, a la observación y al juego; ya que estos factores intervienen en la constitución de las infancias” (Estimuladora Temprana: Entrevista N.º 3).

En este sentido, el juego se presenta como una herramienta fundamental en la práctica clínica, ya que permite respetar y acompañar los modos propios en que los niños expresan y elaboran su mundo psíquico. Se entiende que el juego constituye una vía privilegiada para la manifestación y transformación de los deseos y representaciones internas, facilitando así la elaboración subjetiva.

Sin embargo, lo que muchas veces se impone es la urgencia por resolver conductas consideradas disruptivas. Tal como lo describe una de las entrevistadas:

“La urgencia y la mayor demanda de un tratamiento con psicofármacos aparece en los padres y la escuela, cuando el niño se vuelve sumamente disruptivo, sumamente desbordado, donde sienten que no pueden contener ni saben qué hacer con este niño que se tira, grita, pateo, muerde y se les presenta a ellos, como el pequeño Demonio de Tasmania” (Estimuladora Temprana: Entrevista N.º 3).

Este testimonio ilustra cómo, ante la irrupción de lo incontrolable, se despliega una búsqueda de respuestas inmediatas, donde el diagnóstico y la medicación aparecen como soluciones legitimadas. En este escenario, las estrategias subjetivantes —como la escucha, el juego, el trabajo interdisciplinario— suelen quedar deslegitimadas o desestimadas.

No obstante, también emergen en los relatos experiencias profesionales que intentan abrir otros caminos posibles, resistiendo la lógica de la inmediatez. Se advierte que las crisis institucionales, que se manifiestan en los conflictos cotidianos, a menudo derivan en la psicopatologización o medicalización de conductas disruptivas, tratándolas como casos individuales desvinculados de sus

contextos. Esta perspectiva visibiliza cómo muchas prácticas omiten los determinantes sociales, históricos y vinculares que atraviesan dichas situaciones.

En línea con esto, un psicólogo entrevistado menciona:

“Existe un contexto social que promueve la inmediatez de la medicación acompañada por la idea de resolución más o menos mágica de la conflictividad subjetiva, borrando así la dimensión subjetiva del padecer” (Psicólogo: Entrevista N.º2).

Esta situación interpela no solo a las instituciones que median entre la infancia y el sistema de salud, sino también a los discursos sociales y culturales que moldean la manera de entender y abordar las infancias y sus sufrimientos.

Desde esta perspectiva, es fundamental reconocer que el poder no solo actúa mediante la represión—en línea con lo que plantea Frigerio (2008)—, sino que también lo produce. Por ello, el abordaje de las infancias debe considerar múltiples planos de relación, identificando tanto las jerarquías y subordinaciones impuestas como las formas emergentes de resistencia. Así, no sólo se visibilizan los mecanismos que refuerzan la medicalización, sino también las prácticas que operan como modos de resistencia dentro del propio campo institucional.

Estas prácticas aparecen instaladas en ciertos equipos y profesionales que, incluso en condiciones institucionales adversas, logran sostener intervenciones alternativas, basadas en el tiempo, la escucha, y la construcción de abordajes subjetivantes. Una de las entrevistadas relata una experiencia en la que el uso de psicofármacos fue parte de una estrategia terapéutica integral:

“El niño a través de una medicación con psicofármacos pudo bajar un nivel de sufrimiento, y de excitabilidad que no le permitía nada [...] también permitió poder trabajar con estos padres [...] El tratamiento terapéutico se requirió igual [...] entonces creo que a veces es esto, es como ir siempre teniendo esta justa medida, esto de ir teniendo tiempo” (Estimuladora Temprana: Entrevista N.º 3).

Este relato subraya la importancia de encontrar una “justa medida” y de disponer del tiempo necesario para que la intervención sea eficaz y respetuosa. La posición ética de la profesional se expresa en su decisión de priorizar la transferencia y la construcción del vínculo, alojando al niño como sujeto antes que como portador de un diagnóstico.

Otro eje que se desprende del análisis es el de la edad temprana a la que comienzan aparecer las demandas de medicación. En palabras de la misma profesional:

“Los adultos comienzan a demandar medicación a partir de los 3 años; antes de esa edad no aparece dicha demanda, sino que significan sus padeceres en el organismo, pero nunca en la organización” (Estimuladora Temprana: Entrevista N.º 3).

Se infiere que al utilizar el término “organización”, la entrevistada se refiere al aparato psíquico. Desde esta perspectiva, Janin (2003) sostiene que el psiquismo es una estructura abierta, que no puede pensarse sin el otro: la realidad psíquica de los otros es parte constitutiva del psiquismo infantil. Así, todo malestar infantil convoca necesariamente a los adultos responsables, quienes intervendrán desde sus propias matrices de sentido.

En sintonía, otra entrevistada señala:

“La respuesta que le damos como adultos, a nuestro sufrimiento, como la automedicación de ansiolíticos, es la que van a tomar los niños más adelante” (Paidopsiquiatra: Entrevista N.º 4).

Esta afirmación pone en evidencia cómo las prácticas adultas respecto al malestar son transmitidas a las infancias, instalando un modelo de respuesta basado en la supresión del sufrimiento. Esta tendencia refuerza un modelo cultural que valora la inmediatez y el silenciamiento del malestar, y que, al trasladarse a las prácticas en salud mental infantil, puede derivar en intervenciones que desconozcan la complejidad del padecimiento.

Lejos de tratarse de un fenómeno aislado, la medicalización de las infancias se ha instalado progresivamente como un modo predominante de intervención frente al sufrimiento psíquico. En este proceso, conductas de la vida cotidiana de las infancias son rápidamente clasificadas y etiquetadas, perdiendo así su singularidad y el valor de ser escuchados en su contexto y en su historia. Estas prácticas, muchas veces impulsadas por mandatos institucionales o exigencias familiares, favorecen la homogeneización de la infancia, debilitando la posibilidad de construir respuestas singulares que consideren el deseo, el lazo y el tiempo como dimensiones fundamentales del desarrollo subjetivo.

No obstante, emergen señales de cambio. Al respecto la psicóloga entrevistada señala:

“Hay una disminución de la cantidad de niños que llegan al sector de salud mental con diagnóstico de patologías tales como el trastorno por déficit de atención o hiperactividad [...] desde neurología se solicita evaluación interdisciplinaria antes de indicar medicación” (Psicóloga: Entrevista N.º 1).

Estos dichos dan cuenta de un desplazamiento —aún incipiente— hacia prácticas más cuidadosas y complejas.

Desde esta perspectiva, lo que las entrevistas permiten leer es una apertura hacia intervenciones que no solo intentan alojar, sino también escuchar aquello que el niño expresa con su

malestar. Muchas veces, lo que aparece como disrupción o síntoma es, en realidad, el modo en que el sujeto intenta decir algo que no puede ser simbolizado de otro modo. Reconocer esa dimensión implica un posicionamiento ético que prioriza la subjetividad por sobre la clasificación, y que apuesta a construir prácticas que habiliten a los niños a ser escuchados como sujetos de deseo y de derechos.

Estas experiencias representan grietas en el modelo médico-hegemónico. Son intervenciones que, aunque frágiles y sostenidas muchas veces a contracorriente, visibilizan que es posible otro modo de abordar e intervenir en las infancias: uno que las reconozca como sujetos, y no como portadores de síntomas que deben ser silenciados.

De las entrevistas analizadas se evidencia cómo las significaciones sobre las infancias se entraman con procesos de medicalización que tienden a patologizar las manifestaciones del sufrimiento psíquico, desplazando su dimensión subjetiva. La tendencia a clasificar y medicar se sostiene en lógicas de urgencia, control y normalización, que muchas veces silencian aquello que el niño intenta expresar. Sin embargo, también emergen en las prácticas profesionales espacios de resistencia que apuestan por intervenciones más éticas, basadas en la escucha, el tiempo y la singularidad.

La presente investigación permite vislumbrar la posibilidad —y la necesidad— de prácticas profesionales que reconozcan a las infancias como sujetos en constitución, y que aborden el sufrimiento psíquico desde una perspectiva integral, y respetuosa. Sostener este posicionamiento implica desarmar ciertas lógicas medicalizadoras — médico-hegemónicas— y promover prácticas profesionales —alternativas — que restituyan la voz y el lugar del niño en los entramados vinculares e institucionales que lo atraviesan.

4.4 El lugar de la salud mental en la salud pública

“La salud mental es un atributo multidimensional
de los seres humanos,
es un derecho, un valor, una percepción subjetiva,
un modo de situarse ante los conflictos
y problemas de la realidad diaria”.

UNICEF. (2018)

La información que se presenta a continuación corresponde a un hallazgo que, si bien trasciende el eje central de esta investigación, resulta sumamente revelador para comprender el lugar que ha ido ocupando la salud mental dentro de la salud pública. En este sentido, Vives y Sutton (2021) sostienen que “los hallazgos notables en el trabajo de campo enriquecen e incrementan los resultados de la investigación, permitiendo entrelazar conceptos y crear relaciones que describen la realidad” (p. 98). Retomar este tipo de emergentes permite no sólo ampliar el campo de análisis, sino también comprender cómo se configuran y reconfiguran ciertos procesos institucionales y políticos que impactan directamente en las prácticas profesionales.

A lo largo de las entrevistas, surgieron múltiples referencias a acontecimientos históricos, políticos e institucionales que dieron visibilidad y relevancia al sector de salud mental en el sistema de salud pública. Esta transformación implicó no sólo la asignación de un espacio físico dentro de las instituciones, sino también una mayor presencia de la salud mental en la agenda pública y política. Entre estos hitos, los profesionales mencionan las gestiones políticas provinciales a partir del año 2000, la inundación ocurrida en la ciudad de Santa Fe en el año 2003 y la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 en el año 2010.

En relación a los cambios materiales y simbólicos que esto implicó, el psicólogo menciona:

“Hasta los años 90’ el sector de salud mental era muy improvisado, estaba abajo de un naranjo, en la terraza... ahí en algún lugar que se encontrase, pero no tenía un lugar destinado a... como sí empezó a suceder desde el año 1999, cuando el hospital cambia de establecimiento y se traslada acá” (Psicólogo: Entrevista N.º 2).

Este relato condensa, de forma metafórica y concreta, el modo en que dentro del sistema de salud, el sector de salud mental fue históricamente relegado a los márgenes, tanto en términos físicos como institucionales. La referencia a “echar raíces debajo de un naranjo” aparece como una imagen

potente que condensa la precariedad de los comienzos y, al mismo tiempo, la capacidad de crecimiento en contextos adversos. En esta línea, otra profesional destaca:

“Desde el cambio de gestión empezamos a trabajar [...] antes estábamos totalmente a la deriva” (Estimuladora Temprana: Entrevista N.º 3).

Estas expresiones dan cuenta de cómo ciertas decisiones políticas facilitaron el ingreso de nuevos marcos teóricos y prácticos, transformando las condiciones materiales e institucionales de las intervenciones en salud mental.

En ese contexto, algunos entrevistados hacen alusión al valor que adquirió la transmisión en la formación de equipos y subgrupos internos. En la entrevista N.º 2 se señala:

“Parte del crecimiento del sector de salud mental se ha debido a que tanto la coordinación actual como la anterior siempre dieron como bastante libertad de acción [...] lo que te despierta, algo, lo que te empuja en algún sentido y nos fuimos acomodando en ese sentido y eso sigue siendo así” (Psicólogo: Entrevista N.º 2).

La idea de “acomodarse” en ese sentido no alude a una adaptación pasiva, sino a una construcción colectiva sostenida en la apuesta por la formación continua, la docencia y la transmisión. En efecto, la psicóloga remarca:

“Esto es un hospital-escuela, acá la impronta de transmisión es muy poderosa” (Psicóloga: Entrevista N.º 1).

A su vez, otro profesional destaca la reactivación de espacios de formación luego de un período de abandono:

“Este es el tercer año que se volvió a reabrir la concurrencia, porque hubo un largo tiempo en que estuvo abandonado el espacio de docencia [...] También hay distintos subequipos, que no tienen que ver con la atención sino con cuestiones de transmisión y formación. Está el de docencia, está el de estadística, está el de admisión, el de cultura, el de salud, el de internaciones subjetivas” (Psicólogo: Entrevista N.º 2).

Estos relatos permiten observar cómo las políticas institucionales pueden favorecer —o limitar— la consolidación de prácticas que sostienen una perspectiva subjetivante en salud mental.

Desde una mirada crítica, resulta necesario considerar que estas transformaciones no son aisladas, sino que se inscriben en un devenir histórico, en el que las políticas públicas han respondido, en parte, a los efectos producidos por modelos de corte neoliberal que impactaron fuertemente en las condiciones de vida y en el acceso a derechos de la niñez. En este sentido, los relatos permiten situar

cómo ciertas prácticas profesionales y marcos normativos buscan reparar ese daño histórico, promoviendo una lógica que restituya al niño como sujeto de derecho, en lugar de tratarlo como objeto de consumo o de intervención.

En este marco, un evento crucial mencionado en las entrevistas es la inundación ocurrida en la ciudad de Santa Fe en abril de 2003⁴. Según uno de los testimonios:

“Hubo un periodo hasta 2003 donde la labor del psicólogo no estaba tan incluida en lo público. Es la inundación la que da esa apertura. La creación de contratos para todos los psicólogos a partir de esa catástrofe. Ahí se abre incluso un mayor interés acá, y en ese tiempo se crea la Dirección de Salud Mental” (Psicóloga: Entrevista N.º 1).

Otro profesional coincide:

“La inundación fue un punto de inflexión porque se vio como más ostensiblemente el lugar que tiene la salud pública, lo de lo Psi en general” (Psicólogo: Entrevista N.º 2).

La catástrofe evidenció la necesidad de respuestas estatales articuladas y la importancia de incluir la dimensión psíquica en las intervenciones. En este sentido, la crisis abrió una oportunidad para ampliar la mirada sobre la salud pública y fortalecer el lugar de la salud mental en ella.

La sanción de la Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657 (2010) representó un punto de inflexión en el modo de concebir las prácticas en salud mental, impulsando abordajes interdisciplinarios y subjetivantes. En relación con sus efectos, una entrevistada señala:

“En el año 2015 el sector de salud mental se amplía, se incorpora al sector estimulación temprana, también ingresa paidopsiquiatría, y terminamos siendo cuatro áreas [...] Entonces se comenzó a intervenir desde otros lugares, desde otras disciplinas, logrando abordajes mucho más subjetivantes” (Estimuladora Temprana: Entrevista N.º 3).

Este testimonio permite observar cómo los marcos normativos impulsaron transformaciones institucionales que favorecieron el ingreso de nuevas disciplinas y perspectivas en los abordajes. No obstante, también se advierte que estas transformaciones conviven con condiciones de alta vulnerabilidad que siguen restringiendo el acceso efectivo a cuidados adecuados. En este sentido, los dispositivos legales no operan por sí solos, sino que requieren ser sostenidos por políticas públicas concretas que garanticen la implementación real de los derechos.

A nivel local, la provincia de Santa Fe había comenzado previamente a delinear sus propios marcos de acción en torno a la infancia, promoviendo la construcción de una nueva institucionalidad

⁴ A finales de abril de 2003 se produjo una inundación que dejó bajo el agua a un tercio de la ciudad, afectando en su mayoría, pero no solamente, a los sectores más desfavorecidos de la población. (Cumin, y Spahn, 2023)

basada en la protección integral de derechos⁵. Estos lineamientos, si bien enmarcados en la legalidad, se juegan en la práctica cotidiana de los equipos, en donde se disputan los sentidos y modos de intervenir.

Esta apuesta por una nueva institucionalidad se vincula con una concepción amplia de salud, en la que la salud mental—en línea con lo que plantea Galende (1990) — se inscribe como dimensión fundamental del bienestar individual y colectivo. Desde esta perspectiva, la garantía de derechos en salud mental implica el compromiso activo del Estado mediante políticas públicas que acompañen los procesos históricos, sociales y económicos.

Los relatos de los profesionales entrevistados permiten visibilizar los hitos histórico-políticos que marcaron la consolidación del sector de salud mental dentro de la salud pública, con especial énfasis en la implementación de la Ley Nacional de Salud Mental (2010). Si bien esta normativa representó un cambio de paradigma en el abordaje de la salud mental de las infancias, la investigación muestra que aún persisten prácticas medicalizadoras que contradicen sus principios.

Lejos de tratarse de un proceso lineal, el recorrido estuvo atravesado por tensiones, avances y retrocesos, pero también por la potencia de quienes, incluso en contextos de precariedad, comenzaron a construir nuevas formas de pensar las prácticas. Aquel espacio improvisado “debajo de un naranjo” se transformó, con el tiempo y a través de múltiples luchas, en un terreno fértil donde echar raíces para intervenciones más inclusivas, subjetivantes y comprometidas con los derechos de las infancias. Estos hallazgos refuerzan la necesidad de continuar trabajando hacia una desmedicalización efectiva que aloje el sufrimiento psíquico sin reducirlo a un trastorno, respetando la singularidad de las infancias.

⁵ Ley Provincial N.º 12.967. Promoción y Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes.

V) CONCLUSIONES

“Las neurosis no se curan eliminando las resistencias,
sino haciendo consciente lo reprimido.”

Freud, S. (1914).

En el presente trabajo se propuso abordar la pregunta de investigación: ¿Cuáles son las significaciones de los profesionales que integran un sector de salud mental sobre la práctica de la medicalización de las infancias y qué concepciones de infancias subyacen a estas significaciones? Para ello, se formularon una serie de objetivos específicos que guiaron el estudio, tales como (1) describir las significaciones que los profesionales atribuyen a la medicalización de las infancias; (2) caracterizar las significaciones en torno a las infancias; y (3) analizar las relaciones entre estas significaciones.

La investigación se sustentó en los siguientes supuestos, a saber:

- Las significaciones que los profesionales del sector salud mental atribuyen a la medicalización de las infancias están estrechamente vinculadas a sus posicionamientos ético-clínicos, teóricos y políticos, y se relacionan directamente con las concepciones que sostienen acerca de las infancias.
- Las prácticas de medicalización pueden operar como dispositivos de control y objetivación de las infancias, al inscribirse en lógicas de normalización, consumo y rendimiento propias del capitalismo posmoderno, obstaculizando la emergencia subjetiva.
- Las significaciones objetivantes sobre las infancias tienden a legitimar prácticas medicalizadoras en el campo de la salud mental. En contraste, las significaciones subjetivantes promueven prácticas interdisciplinarias que se enmarcan dentro de una perspectiva de derechos orientadas a la escucha y a la singularidad.

Estos supuestos se ven claramente validados por los hallazgos del trabajo de campo. En primer lugar, se confirma que las significaciones que los profesionales del sector de salud mental atribuyen a la medicalización de las infancias están intrínsecamente ligadas a sus posicionamientos profesionales de quienes integran el sector: sus marcos teórico-prácticos, clínicos, éticos y políticos inciden directamente en forma de intervenir. En segundo lugar, se evidencia que la medicalización puede operar como un dispositivo de control que favorece la normalización y el consumo, lo que limita la emergencia subjetiva de los niños. En contraposición, los profesionales que sostienen significaciones subjetivantes que emergen de una perspectiva de derechos, promueven prácticas que priorizan la escucha activa y la singularidad del niño, sugiriendo la necesidad de un cambio hacia enfoques más integrales, humanizados y respetuosos en la atención de la salud mental de las infancias.

El análisis confirma también la necesidad de adoptar una mirada crítica hacia las prácticas de medicalización. Los profesionales entrevistados reconocen los riesgos de una atención centrada en diagnósticos rápidos y simplistas, que desatienden la complejidad del sufrimiento psíquico en las infancias. Así mismo, valoran el trabajo interdisciplinario como condición necesaria para una comprensión más rica y matizada de las problemáticas infantiles. Por último, se reafirma que un enfoque centrado en derechos y en la escucha activa es esencial para el desarrollo de intervenciones efectivas, lo que sugiere que la formación continua y la reflexión crítica son necesarias para transformar las prácticas en salud mental en las infancias.

Durante las entrevistas, se advirtió una tendencia creciente a medicalizar no solo padecimientos psíquicos, sino también comportamientos de la vida cotidiana. Esto representa un riesgo clínico y ético: obturar la emergencia subjetiva mediante intervenciones que tienden a silenciar al sujeto en nombre de una supuesta normalidad. En este sentido, los profesionales subrayan el valor de la escucha y la construcción de la demanda, enmarcadas en una ética del respeto por la singularidad de cada infancia.

Por otro lado, el trabajo de campo permitió reconstruir parte del recorrido histórico del sector de salud mental del hospital público en la provincia de Santa Fe, que ha experimentado transformaciones significativas en las últimas décadas. Este sector comenzó a cobrar mayor relevancia institucional a partir de distintos acontecimientos históricos, políticos y sociales, como las gestiones provinciales post-90, la inundación que sufrió la ciudad en el año 2003 y la implementación de marcos normativos como la Ley N.º 26.061 (2005) y la Ley N.º 26.657 (2010).

Si bien estas normativas propiciaron una perspectiva más integral y garantista, aún persisten desafíos para su plena implementación. Frente a estos retos, se reafirma la necesidad de continuar construyendo políticas públicas que respalden prácticas éticas y subjetivantes, que acompañen tanto a las infancias como a los equipos de salud mental en su labor cotidiana.

En síntesis, esta investigación aporta una lectura crítica sobre las significaciones profesionales en torno a la medicalización de las infancias en el ámbito de la salud pública. Muestra cómo dichas significaciones están atravesadas por tensiones entre distintos marcos conceptuales y normativos, y evidencia la necesidad de promover prácticas que resistan las lógicas medicalizadoras hegemónicas. El estudio sugiere que construir una salud mental infantil verdaderamente respetuosa de los derechos implica sostener intervenciones subjetivantes, éticas y contextualizadas, capaces de alojar la complejidad del sufrimiento sin reducirlo a una categoría diagnóstica.

Finalmente, este trabajo busca contribuir al campo académico y profesional brindando herramientas de análisis que permitan revisar y transformar las prácticas actuales en salud mental en las infancias. A su vez, abre interrogantes sobre los modos en que las políticas públicas pueden

acompañar de forma efectiva estos procesos, promoviendo espacios institucionales que favorezcan el despliegue subjetivo de las infancias.

VI) REFLEXIONES FINALES

“Todo final es un nuevo comienzo”.

Eliot, T.S. (1945).

Al arribar a la etapa de cierre de esta investigación, es necesario recuperar reflexiones que surgen del recorrido teórico, metodológico y personal, que permiten acercarse a las complejidades de las prácticas profesionales en el campo de la salud mental de las infancias en el sistema público. Se evidencian tensiones entre posicionamientos éticos, desafíos estructurales e institucionales, y las condiciones concretas donde se inscriben estas prácticas.

Como plantean Barcala (2019) y Poverene (2019), las significaciones de los profesionales no pueden pensarse fuera del entramado institucional, político y social. Este entramado se encuentra atravesado por lógicas neoliberales que, como en los años ‘90, reconfiguran la salud mental desde una perspectiva de mercado. Así, el Estado tiende a desplazarse de su rol garante de derechos, dando lugar a una oferta de servicios marcada por la desigualdad, donde las comunidades pobres reciben cuidados precarizados, mientras las comunidades más favorecidas acceden a servicios más completos. Esta dinámica resuena en los testimonios recogidos, que señalan cómo las presiones institucionales y la precariedad limitan las intervenciones respetuosas de la singularidad y los derechos de las infancias.

Desde la perspectiva de Galende (1990), la salud mental es parte inseparable de la salud integral y del bienestar social, lo que implica que las políticas públicas deben garantizar un acceso igualitario y comprometido con el cuidado subjetivo. En este sentido, el trabajo muestra que, aunque emergen prácticas y significaciones subjetivantes entre los profesionales, estas se ven sistemáticamente tensionadas por dispositivos de control y medicalización que dificultan la emergencia de la subjetividad en las infancias. La medicalización, como advierten Stolkiner (2012) y Barcala (2019), puede operar como un mecanismo de normalización y control que reduce las diferencias singulares a categorías diagnósticas, silenciando la voz del niño y reduciendo la complejidad del sufrimiento a síntomas clínicos.

Ahora bien, lo que se observa en la actualidad no es solo la persistencia de lógicas de mercado en la organización de la salud, sino también un corrimiento de los marcos de cuidado hacia modelos de gestión donde prima la eficiencia por sobre los derechos. En este sentido, como advierte Barcala (2019), la falta de políticas sostenidas desde una perspectiva de derechos deja marcas profundas en la subjetividad, especialmente en las infancias. De allí la necesidad de insistir en la construcción de prácticas que, además de disminuir el sufrimiento psíquico, contribuyan a la transformación de estas condiciones estructurales, promoviendo políticas públicas que garanticen efectivamente la igualdad en el acceso y el cumplimiento de los derechos de las infancias.

Desde mi lugar como futura Licenciada en Psicología, sostengo que el ejercicio profesional en el campo de la salud mental no puede desvincularse de una ética comprometida con los derechos de las infancias y con la producción de subjetividad. Considero que las intervenciones deben alejarse de lógicas de estandarización o control, y orientarse hacia prácticas que habiliten la palabra, reconozcan la historia singular de cada sujeto y se sostengan en una mirada interdisciplinaria y crítica. Este trabajo reafirma mi convicción de que la práctica profesional no se reduce a técnicas, sino que se construye en el encuentro con el otro, en la escucha y en el respeto por el tiempo subjetivo, especialmente cuando se trata de infancias. Es desde allí que concibo mi futuro rol profesional: comprometida con una práctica que acompañe, que escuche y que intervenga desde una ética del cuidado y de posibilidad. Este posicionamiento no solo define una orientación teórica y ética, sino que también implica una responsabilidad clínica y política en cada acto profesional. Por ello, sostengo la importancia de una formación permanente, de la reflexión crítica y del trabajo interdisciplinario como pilares de una práctica clínica, ética y política.

Finalmente, retomando la cita al inicio de este capítulo, es posible afirmar que todo final habilita nuevos comienzos. A lo largo de este recorrido fueron emergiendo preguntas y líneas de indagación que invitan a seguir pensando: el lugar del psicólogo en el sistema público de salud, la posibilidad de sostener intervenciones psicoanalíticas en contextos institucionales, el rol del psicofármaco en las prácticas cotidianas, y el impacto de los modelos estatales sobre las políticas de salud mental. Estos interrogantes marcan el inicio de un camino de exploración y compromiso profesional, y reafirman la necesidad de seguir profundizando un posicionamiento clínico, ético y político, comprometido con la construcción subjetiva de las infancias.

BIBLIOGRAFÍA

Teórica

- Braunstein, N. y otros (1985). *Psicología, Ideología y Ciencia*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Braunstein, N. A. (2013). *Clasificar en psiquiatría*. Buenos Aires: Siglo XXI.
- Barcala, A. (2015). *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*. Buenos Aires: Interface.
- Barcala, A. y Poverene, L. (2019). *Salud mental y derechos humanos en las infancias y adolescencias. Investigaciones actuales en Argentina*. 1a ed. - Remedios de Escalada: De la UNLa - Universidad Nacional de Lanús.
- Basaglia, F. (1979). *La institución negada: informe de un hospital psiquiátrico*. Barcelona: Tusquets.
- Basaglia, F. (1989). *La condena de ser loco y pobre*. Madrid: Ediciones La Piqueta.
- Blinder, C., Knobel, J., y Squier, M. L. (2008). *Clínica Psicoanalítica con niños*. Madrid: Síntesis.
- Cannellotto, A. y Luchtenberg, G. (2008). *Medicalización y Sociedad*.
- Castoriadis, C (2003). *La institución imaginaria de la sociedad*. Vol. 1. Buenos Aires: Tusquets
- Castoriadis, C. (1997). *El Imaginario Social Instituyente*. Zona Erógena. Nº 35. 1997.
- Comisión Nacional Interministerial en Políticas Públicas de Salud Mental y Adicciones.(2014) *Anexo I, Acta CoNISMA 12\14. Niñas, niños y adolescentes: Salud Mental y Enfoque de Derechos*.
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.
- Cumin, L y Spahn, E. (2023). *La inundación de Santa Fe en 2003: 20 relatos, 20 años después*. Colección Quiloazas. Ed. Vera editorial cartonera
- Del Cueto, Ana Maria (2014). *La salud mental comunitaria: vivir, pensar, desear*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires: Fondo de Cultura Económica.
- Diker, G. (2004). *Los sentidos de las nociones de prácticas y experiencias*. Ensayos y Experiencias. Vol 52. Págs. 08-13

- Elichiry, N. (2009). *Cap. "Importancia de la articulación interdisciplinaria para el desarrollo de metodologías transdisciplinarias"*. Escuela y aprendizajes. Trabajos de Psicología Educacional. Buenos Aires. Ed Manantial. Primera versión en 1987. Segunda Versión 2009.
- Foucault, M. (2013). *El nacimiento de la clínica. Una arqueología de la mirada médica*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Foucault, M. (2002). *Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión*. Buenos Aires: Siglo Veintiuno.
- Frances, A. (2013). *Saving normal: An insider's revolt against out-of-control psychiatric diagnosis, DSM-5, big pharma, and the medicalization of ordinary life*. William Morrow.
- Freud, S. (1900). *La interpretación de los sueños*. Obras Completas. Tomo IV-V. Amorrortu.
- Freud, S. (1908). *El poeta y los sueños diurnos*. Biblioteca Nueva. Madrid 1999.
- Freud, S. (1910). *Cinco conferencias*. Obras Completas. Tomo XI. Amorrortu.
- Freud, S. (1912). *Consejos al médico sobre el tratamiento psicoanalítico*. Obras Completas. Tomo XII. Amorrortu.
- Freud, S. (1916-1917). *16º Conferencia . Psicoanálisis y psiquiatría*. Obras Completas. Tomo XVI. Amorrortu.
- Freud, S. (1916-1917). *17º Conferencia. El sentido de los síntomas*. Obras Completas. Tomo XVI. Amorrortu.
- Freud, S. (1916-1917). *20º Conferencia. La vida sexual de los seres humanos*. Obras Completas. Tomo XVI. Amorrortu.
- Freud, S. (1916-1917). *28º Conferencia. La terapia analítica*. Obras Completas. Tomo XVI. Amorrortu.
- Freud, S. (1920). *Más allá del principio de placer*. Obras Completas. Tomo XVIII. Amorrortu.
- Freud, S. (1923). *El yo y el ello*. En Obras completas, Vol. XIX (p. 13). Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1938). *Esquema del Psicoanálisis*. Obras Completas. Tomo XXIII. Amorrortu.
- Frigerio, G. (2008). *La división de las infancias: ensayo sobre la enigmática pulsión antiancortica*. Buenos Aires: Del Estante Editorial.
- Galende, E. (1990). *Psicoanálisis y salud mental. Para una crítica de la razón psiquiátrica*. Buenos Aires: Paidós.

- Galende, E (2003). *Debate cultural y subjetividad en Salud en Políticas en Salud*. Buenos Aires: Editorial Lugar.
- Galende, E. (2008). *Psicofármacos y salud mental. La ilusión de no ser*. Intercambios, papeles de psicoanálisis, núm. 20, p. 25-34.
- Green, A. (2002). *La clínica del niño y el diagnóstico estructural*. Ediciones Síntesis.
- Janin, B. (2003). *El psicoanalista ante las patologías “graves” en niños: Entre la urgencia y la cronicidad*. UCES. Pág. 11 - 38.
- Janin, B. (2006). *Algunas observaciones sobre el juego, el dibujo y las intervenciones del analista con los niños*. Cuestiones de Infancia, 10, 103-121. Repositorio Institucional UCES.
- Janin, B. (2012). *Subjetividades en riesgo. Niños y adolescentes en el mundo actual*. Buenos Aires: Noveduc
- Kernberg, O. F. (2001). *Psicopatología y psicoterapia del trastorno límite de la personalidad* (2ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Klein, M. (1952). *Envidia y gratitud y otros trabajos*. Ediciones Paidós.
- Lacan, J. (1957-1958). *El Seminario, Libro 5: Las formaciones del inconsciente*. Buenos Aires: Paidós (2008).
- Lacan, J. (1963-1964). *El Seminario XI: Los cuatro conceptos fundamentales del psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Ley Nacional de Salud Mental N.º 26.657. Sancionada el 25 de noviembre de 2010, promulgada el 2 de diciembre de 2010.
- Ley Nacional de Protección Integral de los derechos de Niñas, Niños y Adolescentes N.º 26.061. sancionada el 28 de septiembre de 2005 y promulgada el 21 de octubre de 2005.
- Lombardi, G. (2001). *El psicoanálisis no es una neurociencia*. Rio de Janeiro.
- Lombardi, G. (2018). *El método clínico en la perspectiva analítica*. Buenos Aires: Paidós.
- Lores Arnaiz, M.(1986). *Hacia una epistemología de las ciencias humanas*. Pág. 173-183. Buenos Aires: Ed. Belgrano.
- Menéndez, E. L. (2003). *Modelos de atención de los padecimientos: de exclusiones teóricas y articulaciones prácticas*. Ciência & saúde coletiva, 8, 185- 200.

- Rodulfo, R. (2007). *El niño y el saber. Clínica de la implicación*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodulfo, M. P. (2016). *Bocetos psicopatológicos. El psicoanálisis y los debates actuales en psicopatología*. Buenos Aires: Paidós.
- Soler, C. (2003). *La querella de los diagnósticos. (Curso 2003-2004)*. Buenos Aires: Letra Viva 2009.
- Stolkiner, A. (2012). *Infancia y Medicalización en la era de la "salud perfecta"*. Propuesta Educativa , 28-38.
- Stolkiner, A. (2012). *Nuevos actores del campo de la salud mental*. En: Revista Intersecciones Psi. Revista Virtual de la Facultad de Psicología de la UBA. Año 2, número 4. Septiembre de 2012.
- Stolkiner, A. (2013). *Medicalización de la vida, sufrimiento subjetivo y prácticas en salud mental*. Buenos Aires: Ed. Noveduc.
- Stolkiner, A. (2021). *Prácticas en Salud Mental*. Buenos Aires: Ed. Noveduc.
- Stolkiner, A y Gomez, S. *Conceptualizando la Salud Mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas*.
- Untoiglich, G. (2013). *La maquinaria medicalizadora y patologizadora. Su consecuencias en la infancia*. Actualidad Psicológica. , 18-20.
- Untoiglich, G. (2020). *¿Cómo cuidamos a nuestras infancias en tiempos de la maquinaria medicalizadora?* Pensamiento psicoanalítico, ISSN-e 2530-4445, Nº.1 3, 2020, págs. 53-69.
- Volnovich, J. C. (1992). *Psicoanálisis: la teoría como efecto del caso*. Buenos Aires: Letra Viva.
- Whitaker, R. (2010). *Anatomy of an epidemic: Magic bullets, psychiatric drugs, and the astonishing rise of mental illness in America*. Crown Publishing Group.
- Winnicott, D. W. (1965). *El proceso de maduración del niño*. Ediciones Paidós.

Metodológica

- Diaz, R. y Badano, M. del R. (2005). *Análisis de entrevistas - Frases significativas*. Mimeo
- Diaz, R. y Badano, M. del R. (2006). *Ficha de Cátedra. Análisis de la entrevista. Frases Significativas*. Entre Ríos: UADER.
- Guber, R. (2001). *La etnografía, método, campo y reflexividad*. Bogotá: Grupo Editorial, Norma. 146p. (Enciclopedia latinoamericana de sociocultura y comunicación)

- Martinez-Salgado, C (2015). *El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias*.
- Mendicoa, G. (2003). *Sobre tesis y tesisas: lecciones de enseñanza-aprendizaje*. Buenos Aires: Espacio.
- Sabino, C. (1992). *El Proceso de Investigación*. Caracas: Panapo.
- Steinar, K. (2011). *Las entrevistas en investigación cualitativa*. Cap. 5 Realización de una entrevista. Ediciones Morata.
- Taylor y Bogdan (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Cap. 2 La observación participante. Preparación del trabajo de campo.
- Taylor y Bogdan (1984). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Cap. 4 La entrevista en profundidad.
- Vanucci, M. L., & Garro, F. D. (2014). *Prácticas de escritura y posicionamiento subjetivo en la formación docente*. Argonautas, 124-137.

Antecedentes

- Alesso, L. (2021). *Infancia y consumo problemático de sustancias, una lectura a partir de relatos de profesionales respecto de un caso clínico en el Hospital de Niños Dr. O. Alassia de la ciudad de Santa Fe durante el año 2017*. Trabajo Integrador Final. UADER
- Allende, R. (2020). *Prácticas e Intervenciones en la Urgencia Subjetiva. El lugar del Psicólogo/a en la Guardia Interdisciplinaria*. Tesis de Grado. UADER.
- Barcala, A (2019). *Discursos en salud mental: construcción de subjetividades en la niñez en la ciudad de Buenos Aires*. Buenos Aires.
- Barcala, A y Poverene, L (2019). *Salud mental y derechos humanos en las infancias y adolescencias. Investigaciones actuales en Argentina*. Buenos Aires.
- Villeta, V. (2024). *Sobre infancias, menores y niñeces. Trayectoria de las construcciones histórico-políticas de discursos y prácticas institucionales (1919-2019)*. Buenos Aires: Ed. UNLu

