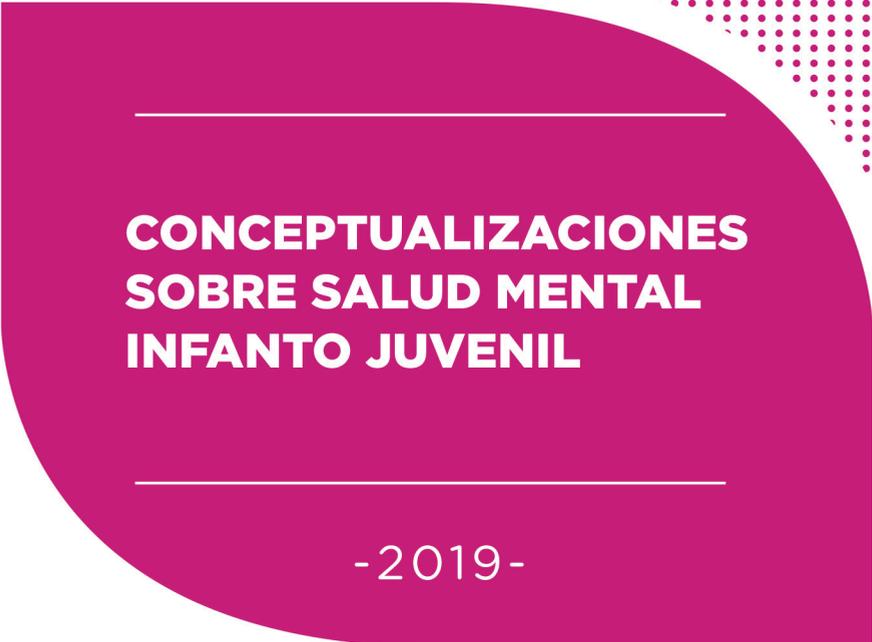


RECOMENDACIONES PARA LA
RED INTEGRADA DE SALUD MENTAL CON BASE EN LA COMUNIDAD



**CONCEPTUALIZACIONES
SOBRE SALUD MENTAL
INFANTO JUVENIL**

-2019-

**CONCEPTUALIZACIONES
SOBRE SALUD MENTAL
INFANTO JUVENIL**

-2019-

AUTORIDADES NACIONALES

Presidente de la Nación

Ing. Mauricio Macri

Ministra de Salud y Desarrollo Social

Dra. Carolina Stanley

Secretario de Gobierno de Salud

Prof. Dr. Adolfo Rubinstein

Secretario de Promoción de la Salud, Prevención y Control de Riesgos

Dr. Mario Kaler

Subsecretario de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad

Dr. Daniel H. Espinosa

Director Nacional de Salud Mental y Adicciones

Lic. Luciano C. Grasso

PARTICIPANTES

Redacción:

Lic. María Silvana Sosa, Lic. María Celina Soumoulou, Lic. Guadalupe Irisarri.

Revisión:

Lic. Daniela Bonanno, Dr. José Correa, Lic. Juliana Garate, Ana Giménez Rodríguez.

Equipo técnico de la Dirección Nacional de Salud Familiar y Comunitaria.

Equipo técnico del Área de Salud Integral del Niño, Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia.

Equipo técnico del Programa Nacional de Salud Integral en la Adolescencia, Dirección Nacional de Maternidad, Infancia y Adolescencia.

Diseño Gráfico:

Jorge Daniel Barros

Corrección:

Luciana Chinchilla, Martín Matilla.

ÍNDICE

- 07** **Introducción.**
- 11** **Fundamentación.**
- 15** **Marco Normativo.**
- 17** **Modelo de atención comunitaria de la infancia y la adolescencia.**
- 17** El modelo comunitario de atención en salud mental infanto juvenil.
- 19** **Constitución subjetiva y desarrollo evolutivo.**
- 19** Los primeros tiempos de vida y los vínculos tempranos.
- 20** Desarrollo Infantil.
- 21** Observables esperables del desarrollo infantil (IODI).
- 23** Observables que podrían indicar la presencia de dificultades en el desarrollo.
- 25** **El uso de los diagnósticos.**
- 27** **Medicalización y patologización de la infancia.**
- 27** Procesos de patologización y medicalización.
- 29** **Problemáticas y patologías frecuentes en la niñez y la adolescencia.**
- 29** Constitución psíquica y patología infanto juvenil.
- 29** Dificultades en los procesos de escolarización.
- 30** Fobias y angustias.
- 31** Encopresis y enuresis.
- 31** Patologías graves en la infancia: autismo y psicosis infantil.
- 32** Autismos.
- 32** Psicosis infantiles.
- 33** Maltrato infantil.
- 33** Suicidio en la población infanto juvenil.
- 35** Consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes.
- 36** Problemáticas de la alimentación en niños, niñas y adolescentes.
- 37** **Marco Legal y Técnico.**
- 38** **Glosario.**
- 41** **Bibliografía.**

Quienes produjimos y desarrollamos este material, bregamos por un trato no sexista ni discriminatorio en los actos y en el lenguaje. No obstante, y para no sobrecargar su lectura utilizando la variación o/a con la intención de marcar la existencia de ambos sexos, se decidió utilizar el masculino genérico, en el entendimiento y acuerdo que en todas estas menciones se referencia la existencia de varones y mujeres

INTRODUCCIÓN

“No hay Salud Mental por fuera del campo de la Salud”

Salud Mental en la política de la Cobertura Universal de Salud.

Nuestro país tiene historia en cuanto a un Estado presente que garantiza el derecho a la salud. También sabemos que muchas veces el acceso a los cuidados no es el adecuado, si no se garantiza una cobertura real y oportuna, con integralidad y continuidad de los procesos de atención, con redes articuladas de salud que acompañen a las personas y garanticen el ejercicio del derecho en un sistema de salud continente y promotor de crecientes niveles de autonomía.

La Secretaría de Gobierno de Salud ejerce el rol de rectoría sanitaria en el país y en este contexto, promueve como política central la Cobertura Universal de Salud (CUS). Ésta propone la articulación e integración entre la Nación, las Provincias y los Municipios para garantizar el acceso equitativo, la cobertura efectiva, y consecuentemente, el ejercicio pleno del derecho a la salud.

La CUS posee como una de sus estrategias, la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria (ESFyC), con un fuerte componente territorial en el primer nivel de atención que propone la articulación e integración del sistema de salud, abordando diferentes problemáticas tanto desde lo biológico, psicológico, social y cultural en el ámbito comunitario y relacional de las poblaciones del país.

Esta estrategia define un Modelo de Atención en el que la población es nominalizada y georreferenciada y en el que los equipos de salud familiar y comunitaria son responsables de la producción de cuidados y de garantizar la integralidad de los procesos de atención. Con la CUS es necesario avanzar hacia un sistema de salud más equitativo, de calidad, integral y efectivo.

Salud Mental Comunitaria en la Estrategia de Salud Familiar y Comunitaria.

En el marco de la ESFyC, el abordaje de la salud mental es únicamente coherente en un Modelo de Salud Mental Comunitaria que promueva el abordaje integral del sufrimiento mental, tal como lo establece la normativa vigente a nivel internacional y nacional.

Este marco normativo privilegia los modelos de abordaje comunitario basados en la Estrategia de Atención Primaria de la Salud - APS.

En particular, la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 es una norma que garantiza el derecho de todas las personas a la atención efectiva y oportuna de la salud mental, en especial se reconoce a la persona con padecimiento psíquico como un sujeto de derecho y plantea una modalidad de abordaje comunitario. En base a ello, se conceptualiza a la salud mental como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concepción de los derechos humanos y sociales de toda persona. Este reconocimiento implica la promoción de la salud mental, la prevención y atención de padecimientos mentales, la participación comunitaria y la detección y el abordaje de los determinantes sociales de la salud. Las problemáticas relacionadas con el padecimiento psíquico constituyen eventos de relevancia en materia de salud pública, representando el 22% de la carga total de enfermedad en América Latina y el Caribe y muestra una tendencia en aumento. Estos eventos generan importante sufrimiento subjetivo y producen consecuencias en la trama económica y productiva de las personas y comunidades, con efectos invalidantes en la esfera vincular y social, contribuyendo a la morbilidad, discapacidad y mortalidad prematura (Organización Panamericana de la Salud, 2014; World Health Organization, 2017). Distintos documentos internacionales coinciden en que entre las problemáticas más prevalentes con mayor impacto en la salud de la población, se encuentran la depresión, las psicosis, el consumo problemático de drogas y alcohol, el suicidio y las violencias (OPS, 2014; WHO, 2017).

“Redes Integradas de Salud Mental con Base en la Comunidad”.

Desde la Secretaría de Gobierno de Salud se propone un Modelo de Atención que aborde efectivamente los problemas de salud mental de nuestro país, que sea acorde a los lineamientos de los organismos internacionales y a la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 (LNSM) y que sea respetuoso y promotor de los derechos de las personas, familias y comunidades, en pos del efectivo y real acceso a las prestaciones de salud / salud mental que su proceso de atención requiera.

Se trata de un modelo basado en la promoción de la salud y los cuidados, la prevención, atención y rehabilitación psicosocial. Un abordaje comunitario, integral, interdisciplinario

e intersectorial centrado en las personas y que entiende la complejidad de los procesos de salud – enfermedad – atención – continuidad de cuidados, en el ámbito territorial donde las personas desarrollan su vida cotidiana; así se asume que las problemáticas en salud mental son complejas y multidimensionales y se producen en el marco de un proceso de determinación social.

El desarrollo de un Modelo de Abordaje Comunitario conlleva la implementación de una Red de Salud Mental con Base en la Comunidad, integrada con los servicios de salud general y con articulación intersectorial. Este modelo se prescribe para los tres subsectores del sistema de salud e implica el desarrollo de diferentes efectores articulados en red: equipos de salud mental interdisciplinarios en los centros de salud del primer nivel de atención, servicios de salud mental en los hospitales generales, sanatorios y policlínicos (con atención ambulatoria, abordaje de las urgencias las 24 horas, interconsulta e internación), centros de día comunitarios, hospitales de día y de noche, diferentes modalidades de dispositivos para la inclusión sociolaboral y dispositivos habitacionales con diferentes niveles de apoyos, dispositivos de arte y salud mental, entre otros.

Todos los dispositivos mencionados deben estar integrados y articulados en función de cada proyecto terapéutico ampliado, como estrategia en la que la persona que padece y sus vínculos tienen un rol central.

Para ello, estas estructuras deben contar con los recursos necesarios: personal de trabajo de diferentes disciplinas y roles, psicofármacos, insumos, infraestructura adecuada, etc., implicando -necesariamente- una mayor inversión en el sector, así como la descentralización de recursos existentes desde las actuales instituciones monovalentes hacia estas estructuras de la Red. Esta Red debe sustituir de manera progresiva a las instituciones monovalentes, ya que no es complementaria de ellas.

Desde la perspectiva del Modelo de Abordaje Comunitario, la distinción de niveles no depende de las características específicas de los efectores, sino de la densidad que asume la Red Integrada de Salud Mental con Base en la Comunidad y de las dimensiones presentes en la intervención para brindar respuestas de acuerdo a la complejidad biomédica y social que presenta cada problemática. De esta manera, se concibe como máxima complejidad de abordaje a la propia comunidad y a las modalidades de articulación de la red con los diferentes sectores sociales, gubernamentales y no gubernamentales, cuyo fin es garantizar el correcto acceso a la salud en vistas a la inclusión social de las personas con padecimiento mental.

La implementación de la Red tiene como objetivo fundamental, brindar respuestas de salud a las personas usuarias de servicios de Salud Mental respetando sus lazos vinculares, garantizando el acceso a los cuidados formales necesarios y su articulación con los cuidados informales. Esta Red apunta a la integración y al sostén de las personas con padecimiento psíquico en la comunidad, entendiendo que toda persona es sujeto de derecho y valorando la diversidad.

El modelo de abordaje basado en la comunidad parte de la presunción de la capacidad de todas las personas y de su posibilidad de rehabilitación psicosocial. Se funda en el respeto y la promoción de los derechos humanos y propicia acciones del equipo de salud para acompañar el ejercicio efectivo de esos derechos. Apunta a superar la cronificación y la estigmatización, así como también a disminuir el incremento de las brechas de atención propios del modelo manicomial.

| Los Equipos de Abordaje Psicosocial en la Red.

En el marco de una ESFyC, que implica la creación de Equipos Interdisciplinarios, Núcleo y Ampliados en el territorio, se establecen Equipos de Abordaje Psicosocial (EAPS). Su función es de apoyo matricial para el abordaje de la Salud Mental. Por lo tanto, el desarrollo del trabajo de los EAPS implica un funcionamiento en red y referenciado con otros equipos de salud en el armado de proyectos terapéuticos singulares, según la población/territorio definido que implicarán acuerdos entre los actores, un diagnóstico territorial, la priorización de problemas y la explicitación de vías de comunicación. Es necesario entender la red como un espacio de mutua colaboración entre pares y no como un ámbito de derivación y recepción de casos.

Son equipos del primer nivel de atención para el abordaje de las problemáticas prevalentes en salud mental (depresión, ansiedad, consumos problemáticos de sustancias, violencias, entre otras), así como trastornos mentales severos. Los EAPS tienen el propósito de fortalecer a los Equipos de Salud Familiar (ESF), mejorar la calidad de atención, la respuesta a la demanda y la continuidad de cuidados de las personas usuarias.

| Conceptualizaciones sobre salud mental infanto juvenil.

La publicación “Conceptualizaciones sobre salud mental infanto juvenil” forma parte de la serie “Red de Abordaje y Atención en Salud Mental Comunitaria” y tiene como objetivo acercar sugerencias y recomendaciones como herramientas de trabajo que orienten la atención en salud mental de niños, niñas y adolescentes. Se halla enmarcado en la Convención Internacional de los Derechos del Niño, en la Ley Nacional de Protección de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes N° 26.061 y en la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013, entendiendo a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derecho, a lo cuales se les debe garantizar el acceso a la salud integral.

La misma se desarrolló frente a la necesidad de producir material de referencia para dar un marco conceptual y teórico a las capacitaciones dirigidas a los recursos humanos del Primer Nivel de Atención, las cuales buscan sensibilizar y brindar herramientas básicas para el abordaje de las problemáticas de salud mental infanto juveniles.

FUNDAMENTACIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) afirma que “las principales preocupaciones por los niños, niñas y adolescentes van más allá de su supervivencia y su crecimiento físico, y abarcan también su desarrollo biopsicosocial y su salud mental” (OMS, 2013, p.5). Los problemas de salud mental pueden interferir con el pensamiento, el estudio y las relaciones sociales.

En relación a los diagnósticos más prevalentes, entre los años 2005-2013, por grupo de edad se observó que el diagnóstico más frecuente en los grupos de 0 a 4 años (39%), 5 a 9 (26,7%) y 10 a 14 (28,8%) fue el de Trastornos Neuróticos, de Estrés y Somatomorfos. Mientras que en el grupo de 15 a 19 (39,5%) el más frecuente fue el de Trastornos por Consumo de Psicotrópicos¹. No obstante, es importante señalar que estos diagnósticos muchas veces son encubridores de otras problemáticas familiares y sociales.

La primera infancia según la UNESCO es el periodo que se extiende desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años. Se trata de una etapa crucial de crecimiento y desarrollo, porque las experiencias de la primera infancia pueden influir en todo el ciclo de vida de la persona. Para todos los niños, la primera infancia es una importante ventana de oportunidad para preparar las bases para el aprendizaje, la sociabilidad y la participación permanente, previniendo posibles problemáticas del desarrollo, contextuales y vinculares, también discapacidades.

La adolescencia es un concepto relativamente moderno, que se define como una fase específica del curso de vida. Para la OMS, la adolescencia está comprendida entre los 10 y los 19 años, y puede dividirse en temprana, que se extiende desde los 10 años a los 14 años, y tardía de los 15 a los 19 años.

Los rápidos cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales que se producen durante este periodo hacen que sea un momento único de la vida que requiere una atención especial, distinta de la que hay que prestar a niños y adultos. Cada adolescente es

¹Fuente: Elaboración propia en base a datos de la Dirección de Estadísticas e Información de Salud del Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación (DEIS).

un ser único, marcado por el contexto histórico y el medio sociocultural en el que vive, por su pertenencia de clase, etnia y género, entre otros factores.

De acuerdo a lo mencionado anteriormente los niños, niñas y adolescentes presentan particularidades a la hora de abordar sus problemáticas de salud mental.

En este sentido, el primer nivel de atención es un escenario muy fértil para el trabajo en salud mental infanto juvenil. Desde la detección de dificultades del desarrollo en los controles de niño sano hasta la aparición de conductas de riesgo en adolescentes, existe el desafío de articular las respuestas del sistema sanitario, que suelen ser más eficaces cuanto antes se detecte el problema.

Es importante tener presente que los diagnósticos en la infancia y adolescencia deberán considerarse transitorios, no definitivos, ya que se trata de sujetos en desarrollo. No obstante, la detección temprana de las distintas problemáticas permitirá llevar a cabo intervenciones eficaces que le asegurarán al niño y adolescente un adecuado crecimiento. Desde un modelo de atención comunitaria, el objetivo de trabajar con la población infanto juvenil es servir como elemento de apoyo a la red integrada de salud mental con base en la comunidad, en pos de garantizar la continuidad asistencial y de cuidado de niños, niñas y adolescentes y de esta manera mejorar su salud y bienestar.

El presente documento se sustenta en cuatro pilares fundamentales:

a) El respeto de los derechos del niño y la consideración del interés del niño/niña y adolescente como bien supremo.

Existe un marco normativo universal y nacional que reconoce la especial vulnerabilidad de la infancia y la necesidad de implementar medidas específicas para su protección y atención. En todos los procesos y escenarios en que la infancia se ve involucrada, afectada y atendida debe privilegiarse siempre el superior interés de los niños/as y adolescentes por sobre cualquier otro interés legítimo. Siguiendo esta lógica, todas las estrategias deben priorizar la suficiencia de los recursos y la prioridad y celeridad de las actuaciones, la adecuación de las mismas a las características evolutivas de niños y niñas, la debida especialización, interdisciplinaria y coordinación intersectorial así como la evitación de intervenciones que provoquen victimización secundaria.

b) La promoción de la salud de este colectivo.

La promoción de la salud mental implica el énfasis en la búsqueda del bienestar infantil y juvenil, así como también una apuesta por los entornos favorables para la salud mental, la potenciación de habilidades en los primeros años de vida, el desarrollo de una nueva orientación en los servicios de salud y el sustento en la participación infantil y juvenil que actúan sobre su propia salud.

c) La prevención de los padecimientos psíquicos en estas edades.

La prevención en salud mental de la población general ha de integrar una atención de calidad a la infancia/juventud y no sólo de aspectos asistenciales frente a la patología emergente, sino también que comprenda aspectos específicamente preventivos y de educación sanitaria, teniendo siempre presente su contexto familiar y social.

d) La garantía de una asistencia de calidad basada en criterios de equidad y no estigmatización.

La unificación de criterios de diagnóstico y tratamiento en los servicios de la red integrada de salud mental con base en la comunidad garantizando una asistencia de calidad basada en criterios de equidad y no estigmatización del niño/a y de sus cuidadores/as.

MARCO NORMATIVO

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), tratado internacional de Derechos Humanos que Argentina ratificó en 1990 y que alcanzó rango constitucional a partir de la reforma de 1994, entiende por niño a todo ser humano menor de 18 años y reconoce su derecho “al disfrute más alto posible de salud y servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud”. Además indica que los Estados deberán asegurar la prestación de asistencia médica y la atención sanitaria que sea necesaria a todos los niños, haciendo hincapié en el desarrollo de la atención primaria de la salud.

La CDN introduce un cambio paradigmático en tanto reconoce a niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos, ya no más como objeto de protección o tutela. Por consiguiente, les considera “titulares de derechos” y de acuerdo con sus capacidades pueden ejercerlos autónomamente.

Además establece algunos principios rectores (autonomía progresiva, participación directa, interés superior del niño e igualdad y no discriminación) que deben ser respetados y guiar la interpretación de todas las normas relacionadas con niñas, niños y adolescentes.

Por su parte, la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), también de carácter constitucional, reconoce que los niños y las niñas con discapacidad, incluso con discapacidad mental y/o intelectual, “deben gozar plenamente de todos los derechos humanos y las libertades fundamentales en igualdad de condiciones con los demás niños y niñas.

Además, Argentina cuenta con un amplio campo normativo, encabezado por el Código Civil y Comercial de la Nación (Art. 26), que en la misma línea que estos tratados internacionales reconocen a niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos.

La Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y adolescentes N° 26.061 indica en su artículo 14 que “Las niñas, niños y adolescentes tienen derecho a la atención integral de su salud, a recibir asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud.”

La Ley Nacional de Salud Mental N°26.657, reconoce a la salud mental como “un proceso determinado por componentes históricos, socio-económicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona”.

Define, por lo tanto, a la salud mental como comunitaria, asumiendo que los procesos de determinación del proceso salud – enfermedad – atención – cuidado, se producen en el ámbito de lo social y sólo son comprensibles – consecuentemente - si se los contextualiza.

En relación a la salud mental infanto juvenil, la Secretaría de Gobierno de Salud, impulsa un abordaje de la salud familiar y comunitaria, que visibilice la especificidad de la problemática en los niños, niñas y adolescentes con un claro objetivo de aumentar la accesibilidad a la atención y la continuidad de cuidados.

Según el Código Civil, se presume que el adolescente entre trece y dieciséis años tiene aptitud para decidir por sí respecto de aquellos tratamientos que no resulten invasivos, ni comprometan su estado de salud o provoquen un riesgo grave en su vida o integridad física. Si se trata de tratamientos invasivos que comprometen su estado de salud o está en riesgo la integridad o la vida, el adolescente debe prestar su consentimiento con la asistencia de sus progenitores; el conflicto entre ambos se resuelve teniendo en cuenta su interés superior; sobre la base de la opinión médica respecto a las consecuencias de la realización o no del acto médico. A partir de los dieciséis años el adolescente es considerado como un adulto para las decisiones atinentes al cuidado de su propio cuerpo.

MODELO DE ATENCIÓN COMUNITARIA DE LA INFANCIA Y LA ADOLESCENCIA

De la situación actual de la red de servicios de salud mental se desprende que los pocos servicios que se especializan en niños, niñas y adolescentes suelen estar saturados, con largas listas de espera. A su vez los profesionales de salud mental infanto-juveniles suelen estar distribuidos en sectores que no son el sanitario. Esto constituye una debilidad para este sector, pero una fortaleza para el trabajo intersectorial.

Existe la creencia de que todas las problemáticas de salud mental infanto juveniles requieren de profesionales especializados en la temática. Sin embargo, como se sitúa en el programa de “TRAPS Salud Mental en el Primer Nivel de Atención²”, no se debe confundir la complejidad de una situación que es multideterminada, con lo que habitualmente llamamos complejidad de los niveles de atención médica.

De esta manera se configuran dos realidades diversas sobre las problemáticas de salud mental infanto juveniles. Mientras que por un lado la demanda que busca desesperadamente una oferta especializada cae con frecuencia en el sobrediagnóstico, muchos casos de gravedad y complejidad psicosocial enfrentan el problema opuesto conocido como subdiagnóstico, en el que situaciones de riesgo pasan inadvertidas.

El modelo comunitario de atención en salud mental infanto juvenil.

En el texto antes mencionado de TRAPS se resalta la importancia de conocer cada realidad regional para intervenir en esta problemática, ya no sólo en los casos puntuales a nivel clínico y singular, sino sobre la comunidad en su conjunto.

²Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Programa de Capacitación de Terapéutica Racional en Atención Primaria de la Salud “TRAPS Salud Mental en el primer nivel de atención” (2015).

Toda acción se debe ejecutar con el fin de fortalecer los factores protectores, entre los cuales se incluyen los vínculos saludables y solidarios, con particular énfasis en favorecer los lazos familiares y comunitarios de esos niños. Que tengan la oportunidad de ampliar sus espacios de circulación social, conservando siempre su escolaridad como base de ésta. Promover las integraciones escolares para niños que atraviesen un proceso de tratamiento, dentro de la esfera de la escolaridad común.

La calidad de las relaciones sociales en el hogar (relaciones padres/hijos y lazos conyugales) influyen de manera decisiva en la salud integral de los niños, niñas y adolescentes.

Las estrategias deben tender a aumentar la accesibilidad de la atención a través de la oferta de servicios que tengan en cuenta la especificidad de cada edad, mediante la adecuación y/o creación de esas mismas instancias. Esto implica que todos los establecimientos de salud contemplen la franja etaria de la infancia y adolescencia, así como que todas las instituciones pediátricas incluyan el componente de salud mental.

Los distintos dispositivos integrantes de la red integrada de servicios con base en la comunidad deben funcionar de manera articulada para garantizar la adecuada atención integral y la continuidad de cuidados del niño, niña y adolescente. Será responsabilidad de los equipos de salud poder asistir y acompañar desde primer nivel de atención la situación de salud de las personas que lo requieran, con el apoyo de los equipos territoriales. Estos últimos, tienen la función de asistir desde la especificidad de la problemática y de acompañar la tarea de referencia y contrareferencia con los otros niveles de atención del sistema de salud.

CONSTITUCIÓN SUBJETIVA Y DESARROLLO EVOLUTIVO

Los primeros tiempos de vida y los vínculos tempranos.

El bebé nace en un estado de inmadurez tanto psíquica como biológica que lo lleva a requerir de un otro para la continuidad de su existencia somato-psíquica. Serán de igual importancia las respuestas a sus necesidades fisiológicas dadas por los cuidados concretos, como lo amoroso dado por la calidad de estos cuidados. El niño deberá ser sostenido amorosamente por un adulto para desarrollarse hacia la madurez emocional y cognitiva.

La función de sostén de un otro será condición necesaria para que el psiquismo neonatal advenga, como las funciones neurobiológicas.

En este sentido, el término vínculo temprano, incluye la dimensión de lo vincular en la construcción del aparato psíquico humano. Silvia Morici lo define como “una díada interactuante en una experiencia de mutualidad en los comienzos de la existencia psíquica” (Morici, 2009, p.2) e implica que entre el adulto y el bebé se establece un intercambio emocional de mutua necesidad: el bebé necesita de los cuidados y el cariño del adulto para su evolución somato-psíquica; el adulto necesita de su bebé para llevar a la práctica actos concretos de cuidado y protección despertados.

Es un encuentro psíquico asimétrico entre el psiquismo naciente del bebé y el psiquismo ya desarrollado del adulto. De este encuentro va a depender el desarrollo de las capacidades psíquicas y emocionales del infante.

El adulto lo provee de representaciones de cuidado y sostén que favorecen la instalación del sí mismo y la seguridad en sus figuras de apego. A su vez promueve la instalación en el psiquismo del bebé de operaciones simbólicas de interdicción y responsabilidad.

El adulto es quien puede constituirse tanto en el principal facilitador, como en el más poderoso inhibidor de su desarrollo hacia la madurez y autonomía, y por ende, de su advenimiento como sujeto.

| Desarrollo infantil.

La familia es el ámbito fundamental donde se brindan los cuidados necesarios para promover y garantizar el desarrollo infantil.

“El desarrollo es el proceso de cambio por el cual el niño, a partir de sus posibilidades de origen biológico, de su accionar en el mundo y de la interacción con los otros, aprende progresivamente a organizar de manera cada vez más compleja sus movimientos, su pensamiento, su lenguaje, sus sentimientos y su relación con los demás” (Ministerio de Salud de la Nación, 2009, p.17.)

Este proceso está en constante movimiento. Sin embargo, **no es una sucesión lineal: presenta avances y retrocesos, continuidades, discontinuidades y anticipaciones funcionales. El pasaje de un estadio a otro implica y pone de manifiesto una organización diferente con respecto a la alcanzada en la etapa anterior. Es indispensable tener en cuenta la particularidad y singularidad de cada niño, así como considerar el tiempo subjetivo que cada uno tiene para incorporar nuevos logros.**

“Las adquisiciones del desarrollo que los niños presentan, no son uniformes y puede haber desfases importantes entre un área y otra (por ejemplo, el área de la comunicación puede estar más desarrollada para la edad que el área motora, y a la inversa). Eso implica simplemente que las cuestiones madurativas no se dan todas simultáneamente. Es decir, la valoración tiene que ser global y no sólo por áreas” (Janin, 2011, p16).

A continuación, se enumeran los indicadores esperados del desarrollo infantil, durante los primeros cuatro años y agrupados por franja etaria. Su ausencia es una señal de alerta. Se seleccionaron mayoritariamente los indicadores que podrían ser observados durante la consulta del niño sano.

Se trata de indicadores presentes en el “Instrumento de desarrollo infantil” IODI, instrumento destinado a realizar el seguimiento de los niños mediante la observación de las pautas de desarrollo; elaborado por un grupo de expertos y validado en el país en el 2015 por el Ministerio de Salud de la Nación.

En todos los ítems debería contemplarse la actitud general del cuidador hacia el niño/a: ¿el cuidador responde a las necesidades del bebé o niño?, ¿el cuidador lo mira cuando le habla?

Observables esperables del desarrollo infantil (IODI):

Los tres primeros ítems hacen referencia al vínculo entre el niño y su cuidador, jerarquizando su observación a lo largo de todas las etapas del desarrollo del niño. La ausencia de los mismos son signos de alarma.

Todos

- El cuidador responde a las necesidades del bebé/niño.
- El cuidador lo mira cuando habla.
- Hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador.

1° Trimestre

- Se calma cuando lo alza su cuidador.
- Reacciona a un sonido/ voz.
- Demuestra gestualmente estados de placer o displacer.
- Fija la mirada/Muestra Interés en el rostro del adulto.
- Sonríe cuando lo miran - Sonrisa social -.
- Sigue con la mirada un objeto de un lado a otro.
- Emite sonidos/gorjeo.

2° Trimestre

- Sostiene la cabeza - Sostén cefálico.
- Interactúa con el adulto (busca con la mirada-sonríe-grita).
- Lleva las manos a la línea media.
- Busca con la mirada la fuente de un sonido.
- Intenta tomar un objeto.
- Intenta ponerse de costado.

3° Trimestre

- Toma un objeto cercano, lo mira, lo lleva a la boca.
- Participa del juego de las escondidas "acá está".
- Se angustia frente a desconocidos (llanto, sorpresa).
- Se sienta solo sin apoyo.
- Expresa sus emociones (enojo, miedo, alegría, tristeza).
- Emite sílabas-balbuceo (ma-pa-tatata).

4° Trimestre

- Se desplaza (repta o gatea).
- Se para solo, con apoyo.
- Responde cuando lo llaman por su nombre.
- El niño se comunica de forma verbal o no verbal.
- Imita gestos (aplaude, baila, saluda).
- Reacciona al "No" del adulto.
- Da pasos con sostén.
- Realiza gestos para pedir y mostrar.

1° Año

- Juega a poner o sacar objetos.
- Camina solo.
- Comprende consignas simples (da la mano/abre la boca).
- Dice por lo menos una palabra / Emite sonidos con significado.
- Colabora para vestirse o desvestirse.
- Logra comer solo parte del alimento.
- Patea una pelota.
- Avisa algunas veces que se hizo pis o caca.
- Reconoce y señala partes de su cuerpo ante la pregunta.
- Garabatea.

2° Año

- Utiliza el "NO".
- Utiliza frases de dos palabras (dame agua, nene cayo).
- Pide algunas veces para hacer pis o caca.
- Juega al lado de otros niños/as.
- Juega a dar de comer o hacer dormir a los muñecos.
- Dice su nombre o sobrenombre.
- Se saca o se pone alguna ropa solo.

3° Año

- Utiliza el "mío", "yo".
- Logra el control de esfínteres durante el día.
- Puede hacer un relato sencillo.
- Muestra interés y disfruta de interactuar con otros niños.
- Espera su turno para jugar o hablar.
- Puede correr sin dificultad.
- Dibuja al menos un círculo.

Asimismo, se puede pensar en algunos observables que podrían indicar la existencia de problemáticas en el desarrollo. Beatriz Janin, destaca algunas cuestiones que pueden ser llamativas durante los primeros años de vida (Janin,2011, p.186):

Observables que podrían indicar la presencia de dificultades en el desarrollo (Janin):

Durante el primer año de vida

- Mirada vacía.
- Ausencia de mímica y gestos de llamada.
- Insensibilidad a las estimulaciones auditivas.
- Falta de sonrisa frente al rostro humano.
- Que no siga a la madre con la mirada.
- Enfermedades psicósomáticas a repetición.

A fines del primer año

- Que no reconozca la presencia del padre (o de algún otro significativo).
- Que no se angustie frente a la ausencia materna.
- Que no tenga gestos de alegría frente a su imagen en el espejo.
- Trastornos del sueño (en forma permanente).
- Trastornos de la alimentación (en forma permanente).
- Que no responda a la mención de su nombre.
- Retrasos significativos en la adquisición de la motricidad.

A partir de los
2 años

- Que no reaccione frente a la separación de la madre.
- Que no haya esbozos de lenguaje ni comunicación alguna.
- Que no pueda armar juegos imitativos.
- Que no diferencie entre lo animado y lo inanimado y, especialmente, entre lo vivo y lo inerte.
- Que utilice el cuerpo del otro como parte de su cuerpo.
- Ansiedad catastrófica frente a modificaciones formales.

A partir de los
3 años

- Que no intente conectarse con otros niños.
- Que no manifieste curiosidad por lo novedoso.
- Que entre en estados de terror con frecuencia.
- Que no soporte estar con otro que no sea la madre.
- Que no diferencie familiar y extraño.
- Que predominen la tristeza y la apatía.
- Ausencia de registro de frío, calor, dolor, etcétera.

A partir de los
4 años

- Que el tipo de contacto sea estilo “robot”.
- Que esté en estado de alerta permanente.
- Ausencia de juegos dramáticos (no comprender el “como sí”).
- Lenguaje confuso, bizarro o ecolálico³.
- Actos estereotipados.
- Golpes y accidentes frecuentes.

A partir de
los 5 años

- Que no juegue con otros niños.
- Que confunda fantasía y realidad.
- Que no pueda realizar transacciones frente a la frustración.

Janin (2011) refiere que estos son sólo indicadores que llevan a formularse preguntas, pero no a delimitar conclusiones a las que solo se podrá acceder con una observación rigurosa del niño y de su familia durante un tiempo prolongado, en un proceso diagnóstico.

³ La ecolalia es una alteración del lenguaje en la que la persona repite involuntariamente una palabra o frase que acaba de pronunciar otra persona en su presencia, a modo de eco.

EL USO DE LOS DIAGNÓSTICOS

Los diagnósticos según establece Gisela Untoiglich:

“Tendrían que funcionar como brújulas orientadoras para los profesionales, siempre tomando en cuenta que se construyen en un devenir que va modificándose, ya que por un lado el proceso de maduración propio del crecimiento y por el otro, el trabajo mismo que el profesional va realizando con el niño, su familia y a veces la escuela, van cambiando las condiciones” (Untoiglich, 2013, p.62)

Nunca en un único encuentro se puede establecer lo que le ocurre a un niño, se deben realizar varias entrevistas tomando en cuenta las distintas formas en las que se expresa el sufrimiento en ese niño/a o adolescente.

Las primeras hipótesis diagnósticas son absolutamente necesarias y forman parte del proceso de trabajo, pero no deberían constituirse nunca en una marca indeleble en la vida de una persona (Untoiglich 2013).

MEDICALIZACIÓN Y PATOLOGIZACIÓN DE LA INFANCIA

Procesos de patologización y medicalización.

¿A qué nos referimos cuando hablamos de patologización y medicalización de la infancia? Según Untoiglich se trata de dos conceptos diferentes, pero estrechamente relacionados:

La patologización ocurre cuando se trasladan al campo médico problemáticas inherentes a la vida; en el caso de niños, niñas y adolescentes, este proceso tiene lugar cuando se adjudica un sentido patológico a conductas que son esperables para un sujeto en desarrollo. La medicalización se da cuando problemas que están por fuera del área de la medicina son definidos en términos de trastornos y abordados como problemas médicos.

Se trata de un fenómeno que se ha elevado exponencialmente en la infancia, con un consecuente aumento del consumo de psicofármacos en niños; buscando así la adaptación del niño a las exigencias que le impone la época, sin medir las consecuencias a largo plazo de dichas intrusiones. Se están utilizando distintos tipos de drogas con igual finalidad: controlar la conducta infantil. Las más utilizadas son: metilfenidato (psicoestimulante utilizado para el Trastorno por Déficit de Atención), risperidona (antipsicótico atípico usado para trastornos “graves” de conducta), valproato (anticonvulsivo), clonazepam (ansiolítico y anticonvulsivo) y sertralina (antidepresivo). Untoiglich (2013).

Ambos procesos de patologización y medicalización conducen a que cuestiones de orden colectivo, social y político se aborden como problemas individuales, atribuyendo su causación, mayoritariamente, a determinaciones biológicas. Untoiglich (2013).

Se ha observado con preocupación “una tendencia creciente a abordar problemáticas que surgen del ámbito escolar a partir de la realización de diagnósticos de salud mental en base a meros indicadores comportamentales, prescripción inadecuada de medicamentos e indicación inoportuna de certificados de discapacidad”. (Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y CONISMA, 2014, p.2).

La información que los docentes deben aportar desde su especificidad y en el marco de un trabajo conjunto e intersectorial es fundamental, dado que todo proceso terapéutico, incluida la medicación, debe tener en cuenta el abordaje y el seguimiento interdisciplinario. En este sentido, sus informes deben ser lo más descriptivos posibles de las diversas situaciones que atraviesa el NNyA (niños, niñas y adolescentes) en el ámbito escolar, destacando las dudas o señales de alarma y también capacidades y recursos que se hayan identificado. Los docentes no están habilitados a realizar diagnósticos en salud mental ni llenar planillas u otro tipo de inventarios no oficiales que, bajo distintos formatos o denominaciones, tengan como objetivo final constituir un insumo para establecer algún indicador diagnóstico en salud mental.

El hecho de que una institución escolar se ocupe de confirmar un supuesto diagnóstico más que en introducirse en indagar cuáles son los motivos reales que hacen que un niño no pueda aprender o atender, oculta las dificultades que podrían estar existiendo, por ejemplo, en el proceso de enseñanza-aprendizaje, la estructura de la escuela o las condiciones concretas del trabajo docente.

PROBLEMÁTICAS Y PATOLOGÍAS FRECUENTES EN LA NIÑEZ Y LA ADOLESCENCIA

Constitución psíquica y patología infanto juvenil.

Cuando el profesional de salud mental recibe una consulta por un niño, la derivación suele recibirse de docentes, otros profesionales de salud o puede tratarse de una inquietud de los padres y/o cuidadores. Sin embargo, un mismo problema puede obedecer a distintas causas.

Todo niño se encuentra en proceso de desarrollo y de estructuración de su subjetividad por lo que no se pueden plantear “cuadros fijos”, sino pensar qué conflictos están en juego. Es por ello que, de acuerdo a Beatriz Janin, “... pensar las causas de las dificultades infantiles nos remite a la complejidad de las determinaciones, a lo aleatorio de la constitución subjetiva y a las múltiples posibilidades que debemos tener en cuenta. Y esto es lo contrario a lo que se hace cuando se ponen “sellos” en lugar de develar conflictos. Es muy importante detectar dificultades tempranamente para poder operar sobre ellas, pero eso no implica dar diagnósticos de por vida ni suponer causas únicas y generales para cada síntoma. Es decir, detectar patología es diferente a colgar un cartel, a plantear un trastorno como sello inmodificable.” (Janin, 2011, p.33).

A continuación, se detallan las principales problemáticas y patologías de salud mental frecuentes en la niñez:

Dificultades en los procesos de escolarización.

Los trabajadores de la salud reciben frecuentemente consultas por dificultades en el aprendizaje, “no aprende...no acata límites...no se queda quieto...no presta atención”.

Janin al respecto plantea que “todo aprendizaje tiene en cada niño una historia previa de modos y ritmos de incorporar conocimientos; y el aprendizaje escolar es un efecto de transmisiones, inscripciones y ligazones que involucran a varios protagonistas: el niño, la escuela, la familia y la comunidad en su conjunto”. (Janin, 2011, p.89).

Para que se produzca el aprendizaje debe existir un deseo de saber y de conocer, así como para poder permanecer en la escuela el niño debe poder acatar normas, que no necesariamente se alinean a sus propios intereses.

Sin embargo, no todo problema de aprendizaje se debe a la falta de atención, muchos padres y docentes suponen que si un niño atiende en clase aprende y a la inversa si no aprende es porque no presta atención. Un niño puede no aprender por motivos muy diferentes; puede no tener la disponibilidad para aprender ya sea por encontrarse atravesando un duelo, por no contar con el sostén parental necesario, porque sus necesidades básicas no se encuentran satisfechas, por ser víctima de violencia y malos tratos; entre otros. Por ello es fundamental no pensar las dificultades del aprendizaje de manera unicausal y trabajar de forma interdisciplinaria con padres y/o adultos responsables, docentes, y otros profesionales de la salud.

I Fobias y angustias.

Los niños, al igual que los adultos, pueden angustiarse y desde muy pequeños. Tanto la angustia como los miedos son propios del ser humano. Sin embargo, los temores infantiles tienen poco que ver con la racionalidad adulta; muchas veces son temores que no remiten a nada “peligroso”.

Según Janin, las primeras expresiones afectivas de la angustia suelen ser estados de terror, en los que el niño vuelve a la calma gracias a la presencia del adulto. En cambio, los miedos en general son direccionados a objetos. Es importante poder distinguir entre los miedos propios de la infancia (fobias universales de los niños, como el temor a lo extraño) de la construcción de fobias como síntomas.

Si no aparecen temores durante los primeros años de vida, es fundamental poder reflexionar sobre el registro del niño de su propio desvalimiento.

Una cuestión a considerar en la actualidad es que no suele haber espacio para los miedos infantiles, no permitiendo por ejemplo que un niño se sienta asustado frente al ingreso escolar o cuando tiene que enfrentar situaciones nuevas, obligando así al niño a ubicarse desafiadamente frente al mundo.

I Encopresis y enuresis.

Son muchas las consultas que reciben en los centros de salud por niños que presentan perturbaciones en el control de esfínteres, tanto del vesical como del anal.

Tanto la enuresis como la encopresis pueden ser primarias, cuando el niño nunca ha adquirido el control de esfínteres, o secundarias, cuando el control se ha adquirido previamente durante un período mayor de un año. El primer caso representa una problemática de mayor gravedad ya que se trata de un aprendizaje que no se ha adquirido nunca mientras que en el otro caso estamos frente a un proceso de regresión.

El control de esfínteres es un logro que supone ciertos requisitos; requiere como condición la adquisición del lenguaje verbal y de la marcha, pero también supone la posibilidad de esperar, de realizar transiciones y de evacuar en el lugar designado culturalmente, Janin (2011).

Son muchas las causas o factores por las que los niños pueden presentar dificultades en el control de esfínteres: rechazo por parte del niño o de los padres, sobreprotección o indiferencia de los padres hacia el niño, nacimiento de un nuevo hermano (que lleva al niño a una regresión a etapas anteriores), fallecimiento de un ser querido, separación de los padres, mudanzas o cambios de escuela, entre otros, Janin (2011).

Por todo ello es crucial no considerar los problemas en el control de esfínteres como obedeciendo a una única causa y escuchar al niño y su familia en su singularidad.

Patologías graves en la infancia: autismo y psicosis en la infancia.

Como se ha mencionado, es fundamental detectar problemáticas tempranamente para poder trabajar en los primeros tiempos de la estructuración psíquica, pero a la vez, ello puede devenir en una marca que dificulte la constitución del sujeto al presentarse como algo fijo. Detectar patología es diferente a plantear un trastorno como un sello inmodificable.

¿Qué es lo grave en un niño? Janin al respecto postula que se trata de un malestar que se impone cuando algo no encaja en lo esperable, cuando un niño no responde a las expectativas o cuando un funcionamiento infantil nos perturba. Nos encontramos así con niños que no hablan, que no juegan, que no establecen relación con otros. En el apartado "Constitución subjetiva y desarrollo evolutivo" se han enumerado algunos indicadores que deben tenerse en cuenta. Los mismos no remiten a la gravedad o no de la situación sino que son un indicio para abrir preguntas. Si bien se ubican por edades cronológicas, hay que tener en cuenta que cada niño tiene sus ritmos y sus tiempos.

Muchas consultas que se consideran “de gravedad” se relacionan con la dificultad de los adultos en pensar al niño desde la lógica infantil y en su singularidad.

Es frecuente que, cuando las dificultades son severas, los padres se sientan impotentes y dubitativos respecto de los tratamientos.

I **Autismos.**

El autismo es uno de los modos más primarios de problemáticas severas en la constitución psíquica. El elemento distintivo según Janin, es la incapacidad para comprender el vínculo humano.

“Son niños que suelen tener buena relación con las máquinas y logran armar y desarmar aparatos, generalmente no hablan o tienen un lenguaje ecolálico o utilizan estereotipadamente algunas palabras o frases y necesitan que todo permanezca inmutable” (Janin,2011,p.191).

Más que de autismo se podría hablar de autismos ya que son muchas las diferencias existentes entre los niños diagnosticados de este modo. Las características frecuentemente encontradas son: la mirada vacía, la ausencia de mímica y gestos de llamada, la insensibilidad a las estimulaciones auditivas, los desbordes frente a pequeñas modificaciones del ambiente, la no diferencia entre familiar y extraño, los movimientos estereotipados, la ausencia de juego simbólico, la utilización del cuerpo del otro como instrumento, entre otros.

I **Psicosis en la infancia.**

Como establece Juan Vasen(2011), el rasgo más importante de las psicosis infantiles es la desorganización severa de varias áreas del desarrollo, principalmente en el pensamiento, el lenguaje y el juego. En general en estos niños que se están estructurando de un “modo psicótico” aparecen producciones bizzaras. Se expresan de modo confuso y frecuentemente hay personajes del mundo exterior fantaseados o reales que los aterrorizan.

Respecto de las consultas con niños que presentan dificultades importantes es preciso considerar: la singularidad de cada caso, el hecho de que suelen ser problemas en la estructuración del psiquismo, que las causas no son unívocas, que los momentos tempranos del desarrollo van a estar en juego y que las intervenciones del equipo de salud son estructurantes.

Las problemáticas severas implican siempre a muchos participantes, están multideterminadas e incluyen un espectro muy amplio de funcionamientos, desde la psicosis in-

fantil, pasando por niños que presentan dificultades en la adquisición del lenguaje, en el vínculo con los otros, en el juego o en la expresión de sus afectos. Son niños muy diferentes con conflictivas distintas; por lo que la generalización puede llevar a perder de vista la especificidad de cada caso.

I Maltrato infantil.

El maltrato hacia los niños, niñas y adolescentes tiene diferentes manifestaciones como pueden ser: violencia física y verbal, abandono, secuestro, abuso sexual, entre otras.

El maltrato acontece a través de las generaciones cuando se repiten modos vinculares violentos. Sin embargo el mismo no se considera genético o hereditario, sino que suele suceder cuando estos modos de vinculación se transmiten, generando perturbaciones en las interacciones familiares.

¿Cuáles son los efectos de la violencia en la constitución de la subjetividad? Se incluyen muchos de los síntomas del estrés post-traumático tales como: un estado de alerta permanente, como si el peligro pudiera retornar en cualquier momento, con trastornos del sueño e irritabilidad, revisión del trauma en la vida cotidiana, estado de rendición o derrota. J.Lewis Herman (1992).

De esta manera muchos niños, niñas y adolescentes pueden quedar como “anestesiados”, suelen buscar el peligro, anulando la capacidad para registrar los afectos; pueden aislarse de su entorno y suelen manifestar déficit de atención, no pudiendo concentrarse en las actividades escolares.

Es habitual que un niño que ha sufrido maltrato se muestre en la consulta muy desconfiado, se sobresalte frente a cualquier ruido, no pueda concentrarse en ninguna tarea y tenga reacciones defensivas frente a cualquier movimiento sorpresivo del profesional tratante.

Aquellas personas que se desempeñan en organismos asistenciales, educativos y de salud ya sean del ámbito público o privado deben comunicar a la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local, la situación de maltrato o abuso, para que puedan tomarse las medidas de protección.

Se debe garantizar que los niños, niñas y adolescentes sean escuchados adecuadamente, no sean re-victimizados y accedan a la justicia de la forma más pronta y eficiente posible. (UNICEF y Programa las Víctimas Contra las Violencias, 2017).

Suicidio en la población infanto juvenil.

El suicidio es definido por la Organización Mundial de la Salud (2010) como “el acto deliberado de quitarse la vida”. Las conductas suicidas abarcan un amplio espectro: desde la ideación suicida, la elaboración de un plan, la obtención de los medios para hacerlo, hasta la posible consumación del acto.

La Ley Nacional de Prevención del Suicidio N° 27.130 refiere que los equipos de salud deben priorizar la atención de toda niña, niño o adolescente que haya realizado un intento de suicidio. Debiendo ser atendidos en el marco de las políticas de salud y legislación vigente.

En la adolescencia, los cortes o autolesiones deliberadas en el cuerpo suelen ser frecuentes y no necesariamente implican riesgo suicida. Asimismo, la ideación suicida es un tipo de respuesta o reacción habitual en esta franja etaria; su gravedad reside en la persistencia y/o estabilidad temporal.

Las conductas autolesivas no deben minimizarse. Exponen al adolescente a situaciones de riesgo y dan cuenta del malestar que una persona y/o grupo humano padece. La intervención del equipo de salud posibilita el trabajo terapéutico sobre dicho sufrimiento y la prevención de comportamientos en riesgos en el futuro.

Considerando que el niño o adolescente que comete un intento de suicidio se encuentra en situación de vulnerabilidad o amenaza grave de derechos, es obligatoria la comunicación a la autoridad administrativa de protección de derechos del niño que corresponda en el ámbito local. Esto es a los efectos de solicitar medidas de protección integral de derechos que se estimen más convenientes.

Se debe dar respuesta enmarcada en el principio de corresponsabilidad e intersectorialidad que promueve la instauración de una práctica de asunción de responsabilidades, en el marco de un trabajo coordinado en red con los distintos efectores comunitarios. Los trabajadores de la salud tienen el compromiso de asegurar la confidencialidad de la información médica referente al niño/a y adolescente, teniendo en cuenta los principios de la Convención ya mencionados.

Será imprescindible proporcionar información adecuada y apoyo a los padres para facilitar el establecimiento de una relación de confianza y seguridad con el niño/a o adolescente. Prestar especial atención a entornos familiares generadores (por acción u omisión) de un mayor marco de violencia para el niño/a o adolescente y que requieran de una acción estratégica específica (abuso, violencia, abandono y/o maltrato). Es importante realizar una estrategia de posvenición en los entornos afectados por el suicidio, especialmente en el ámbito escolar con el grupo de pares.

Se sugiere consultar los "Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes"⁵ en donde se encuentran las recomendaciones para un abordaje integral del intento de suicidio.

Consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes.

El Consumo Episódico Excesivo de Alcohol (en adelante CEEA) es una de las problemáticas de mayor importancia en la situación de salud de los adolescentes, junto con el suicidio y el embarazo no intencional y se han definido como ejes prioritarios para el abordaje socio sanitario.

En la actualidad, se han producido cambios en la modalidad de consumo de alcohol que se manifiestan en la disminución de la edad de inicio, promediando los trece años, con un mayor consumo los fines de semana en un periodo corto de tiempo. Asimismo, se registra un aumento en el ingreso a las guardias por intoxicación alcohólica aguda y las complicaciones relacionadas. (Ministerio de Salud de la Nación, 2012,p.4).

El alcohol es una droga psicoactiva legal ampliamente consumida por las/los adolescentes en nuestro país. Se entiende como sustancia psicoactiva cualquiera que produzca efectos sobre el sistema nervioso central con la capacidad de cambiar la percepción, el estado de ánimo y/o el comportamiento.

Dado que nadie es igual ante una misma sustancia, los efectos de las bebidas alcohólicas dependen de la graduación que poseen, del contexto, del género, de las expectativas de quien las consume, del estado del ánimo y de las características psicológicas y corporales. También dependen de la cantidad que se ingiera y de otros factores como la baja tolerancia, presencia de otras drogas y enfermedades preexistentes.

La asistencia por CEEA es un derecho del paciente y su abordaje debe ser realizado dentro del marco de las políticas de salud y de la legislación vigente, contemplando la Convención de los Derechos del Niño y el art. 4 de la Ley Nacional de Salud Mental.

Se sugiere consultar los "Lineamientos para la atención del consumo episódico excesivo en adolescentes"⁴ en donde se encuentran las recomendaciones para el abordaje integral del mismo.

⁴<http://www.msal.gob.ar/saludmental>

Problemáticas de la alimentación en niños, niñas y adolescentes.

Las problemáticas en la alimentación en niños y adolescentes deben ser pensadas dentro del contexto individual, familiar y social. Son un conjunto de síntomas y signos que responden a distintas estructuras psicopatológicas. Las más frecuentes en este grupo etario son la anorexia nerviosa y la bulimia.

La anorexia se caracteriza por una gran reducción de la ingesta de alimentos indicada para el individuo en relación a su edad, estatura y necesidades vitales. Esta disminución no responde a una falta de apetito, sino a una resistencia a comer, motivada por la preocupación excesiva por no subir de peso o por reducirlo.

En la bulimia el consumo de alimento se hace en forma de atracón, durante el cual se ingiere una gran cantidad de alimento con la sensación de pérdida de control. Son episodios de voracidad que van seguidos de un fuerte sentimiento de culpa, por lo que se recurre a medidas compensatorias inadecuadas como la autoinducción del vómito, el consumo abusivo de laxantes, diuréticos, el ejercicio excesivo y el ayuno prolongado. Algunas conductas de los adolescentes que presentan anorexia o bulimia pueden ser el pensar excesivamente en cuánto y cómo comen o en dejar de hacerlo, estar pendientes continuamente de su imagen corporal y preocuparse excesivamente en cómo son vistos por los otros. Detrás de estos comportamientos hay una preocupación absoluta por el peso, por no engordar, por mantener una delgadez extrema o conseguir una mayor.

La imagen corporal de sí esta distorsionada y no corresponde a la realidad. Las problemáticas de la alimentación son en general más frecuentes en mujeres. El imaginario cultural respecto al cuerpo femenino y los criterios normativos de belleza, ocasionan una mayor vulnerabilidad de las chicas ante este tipo de trastornos.

En cambio, en los varones es más habitual la vigorexia, problemática que combina la restricción en la dieta con la adicción al ejercicio, con el fin de aumentar la masa muscular.

Es habitual que apenas aparece la sintomatología, el niño o adolescente puede continuar desempeñándose en su contexto familiar y escolar. Pero luego si no existe un abordaje adecuado de la problemática el efecto inicial de preservación pierde su eficacia y se tienden a acrecentar las conductas restrictivas, tanto alimentarias como relacionales.

Los efectos de estas problemáticas en la salud son diversos grados de desnutrición y desequilibrios fisiológicos que producen diferentes complicaciones.

A la hora de realizar un diagnóstico se debe tener presente que el mismo no se debe reducir a una serie de exámenes médicos o de laboratorio, sino que debe llevarse a cabo teniendo en cuenta la variedad de factores que influyen en la aparición de la problemática y de su desarrollo. Especialmente en este grupo etario se requiere de una escucha cuidadosa y personalizada y de cierta plasticidad.

MARCO LEGAL Y TÉCNICO

- Código Civil y Comercial de la Nación, Boletín Oficial De la República Argentina, 1 de octubre de 2014.
- Convención internacional de los derechos del niño. Organización de las Naciones Unidas (1989)
- Convención de los derechos de las personas con discapacidad. Organización de las Naciones Unidas. Aprobada por la Ley 26.378 (2006).
- Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas (1948).
- Ley Nacional N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de los Niños, Niñas y Adolescentes y su Decreto Reglamentario 415/2006.
- Ley Nacional N° 26.657 de Salud Mental y su Decreto Reglamentario 603/2013.
- Ley Nacional N° 26.206 de Educación.
- Ley Nacional N° 24.417 de Protección Contra la Violencia Familiar y su Decreto Reglamentario 235/1996.
- Ley Nacional N° 27.352 de Delitos Contra la Integridad Sexual y su Decreto Reglamentario 522/2017.
- Ley Nacional N° 26.529 de Derechos del Paciente, Historia Clínica y Consentimiento Informado y su Decreto Reglamentario N° 1089/2012
- Ley Nacional N° 26.743 de Identidad de Género y su Decreto Reglamentario N° 903/2015.

GLOSARIO

ADOLESCENCIA: La adolescencia está comprendida entre los 10 y los 19 años, y puede dividirse en temprana, que se extiende desde los 10 años a los 14 años, y tardía de los 15 a los 19 años. Los rápidos cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales que se producen durante este periodo hacen que sea un momento único de la vida que requiere una atención especial, distinta de la que hay que prestar a niños y adultos. Cada adolescente es un ser único, marcado por el contexto histórico y el medio sociocultural en el que vive, por su pertenencia de clase, etnia y género, entre otros factores.

ATENCIÓN PRIMARIA: La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

COMUNIDAD: Es la unidad básica de trabajo de la salud comunitaria. Hace referencia a un conjunto de personas que tienen una historia en común, que comparten una identidad que las define y las enlaza. La comunidad es el espacio común de los intercambios donde las personas se desarrollan. En Salud Mental Comunitaria, preservar y promover los vínculos comunitarios, familiares y sociales de quienes han sido internados/as por motivos de padecimiento mental, es una intervención prioritaria. Como también toda estrategia de rehabilitación que está orientada a la integración social de la persona afectada.

DESARROLLO INFANTIL: El desarrollo es el proceso de cambio por el cual el niño, a partir de sus posibilidades de origen biológico, de su accionar en el mundo y de la interacción con los otros, aprende progresivamente a organizar de manera cada vez más compleja sus movimientos, su pensamiento, su lenguaje, sus sentimientos y su relación con los demás

DISCAPACIDAD: Las personas con discapacidad incluyen aquellas que tengan deficiencias físicas, mentales, intelectuales o sensoriales a largo plazo que, al interactuar con diversas barreras puedan impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con los demás.

ECOLALIA: Es una alteración del lenguaje en la que la persona repite involuntariamente una palabra o frase que acaba de pronunciar otra persona en su presencia, a modo de eco.

ENCOPRESIS: Evacuación repetida de heces en lugares inadecuados (p. ej., vestidos o suelos), sea involuntaria o intencionada.

ENURESIS: Emisión repetida de orina en la cama o en los vestidos (sea involuntaria o intencionada).

EQUIPOS DE SALUD: Según la OMS, es definido como una asociación no jerarquizada de personas con diferentes disciplinas profesionales, con un objetivo común, que es el de proveer en cualquier ámbito a los/as usuarios/as y familias atención integral de salud.

INFANCIA: Periodo que se extiende desde el desarrollo prenatal hasta los ocho años. Se trata de una etapa crucial de crecimiento y desarrollo, porque las experiencias de la primera infancia pueden influir en todo el ciclo de vida de la persona. Para todos los niños, la primera infancia es una importante ventana de oportunidad para preparar las bases para el aprendizaje, la sociabilidad y la participación permanente, previniendo posibles problemáticas del desarrollo, contextuales y vinculares, también discapacidades.

INTERDISCIPLINARIEDAD: Comprende los procesos de integración de las teorías, métodos e instrumentos, saberes y/o procedimientos fundamentados en distintos saberes profesionales, técnicos, de otros agentes formales de salud y/o recursos no convencionales, debidamente capacitados, cuyo objetivo sea garantizar la calidad e integralidad de las prácticas en el ámbito de las instituciones de salud.

INTERSECTORIALIDAD: Designa la coordinación de objetivos, acciones y/o recursos entre los distintos sectores del Estado y de la sociedad civil que actúen, entre otras, en las áreas de desarrollo social, trabajo, niñez, educación, planificación federal, cultura, arte y deporte con el objetivo de promover y desarrollar acciones tendientes al logro de la inclusión social.

MEDICALIZACIÓN: Se da cuando problemas que están por fuera del área de la medicina son definidos en términos de trastornos y abordados como problemas médicos. (Untoiglich, Forum Infancias).

MODELO COMUNITARIO DE ATENCIÓN: Se caracteriza por la apertura e integración de las prácticas institucionales a las redes de servicios socio sanitario con base territorial. A través de su aplicación se logra promover y sostener canales legítimos de participación comunitaria y se facilita la integración a otros sectores sociales con el objetivo de promover y garantizar el proceso de inclusión social. Comprende el desarrollo y/o fortalecimiento de dispositivos comunitarios sustitutivos del modelo asilar, la coordinación de recursos humanos no convencionales durante el proceso de atención e inclusión social y la adopción de prácticas de salud acordes con el respeto y garantía de los derechos humanos.

PATOLOGIZACIÓN: Ocurre cuando se trasladan al campo médico problemáticas inherentes a la vida; en el caso de niños y adolescentes, este proceso tiene lugar cuando se adjudica un sentido patológico a conductas que son esperables para un sujeto en desarrollo. (Untoiglich, Forum Infancias).

RED INTEGRADA DE SERVICIOS CON BASE EN LA COMUNIDAD: Conjunto de servicios coordinados e integrados cuyo objetivo es asegurar el proceso integral de atención e inclusión social.

SERVICIO DE SALUD: “En un sentido no restrictivo, refiere a toda propuesta o alternativa de abordaje tendiente a la promoción de la salud mental, prevención del padecimiento, intervención temprana, tratamiento, rehabilitación, y/o inclusión social, reducción de daños evitables o cualquier otro objetivo de apoyo o acompañamiento que se desarrolle en los ámbitos públicos o privados”. Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657 y su Decreto Reglamentario N° 603/2013 (Cap. I, art. 4).

BIBLIOGRAFÍA

- Asociación por los derechos en salud mental (2017) "En el camino de implementación de la Ley Nacional de Salud Mental", Buenos Aires.
- Se utilizó como referencia en este documento las conceptualizaciones del Forum Infancias y de sus integrantes.
- Forum Infancias (2015) "Niños atrapados entre trastornos y diagnósticos". Recuperado de: <http://foruminfancias.com.ar/>
- Janin, Beatriz (2011) "El sufrimiento psíquico en los niños". Buenos Aires. Noveduc Libros.
- Janin, Beatriz (2013) "Intervenciones en la clínica con niños". Buenos Aires. Noveduc Libros.
- Morici Silvia (2009) "El pediatra en su encuentro con el vínculo temprano. Buenos Aires. SAP.
- Untoiglich Gisela (2013) "En la infancia los diagnósticos se escriben con lápiz". Buenos Aires: Noveduc Libros.
- Vasen J. (2011) "Una epidemia de nombres impropios: El DSM-V invade la infancia en la clínica y la aulas". Buenos Aires: Noveduc Libros.

OTRAS REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- Ley Nacional de Salud Mental Nº 26.657 (2010) y su Decreto Reglamentario 603/2013.
- Ley Nacional de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños, Niñas y Adolescentes Nº 26.061 (2005).
- Ministerio de Salud de la Nación (2012) "Lineamientos para la atención del intento de suicidio en adolescentes". Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación (2012) "Lineamientos para la atención del consumo episódico excesivo de alcohol en adolescentes". Buenos Aires.

- Ministerio de Salud de la Nación (2015) "Terapéutica racional en atención primaria de la salud (TRAPS): Salud Mental en el Primer Nivel de Atención". Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación (2013) "Plan Nacional de Salud Mental y Adicciones". Buenos Aires.
- Ministerio de Salud de la Nación (2017) "Criterios para la aplicación del Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI)".
- Ministerio de Educación, Ministerio de Salud y CONISMA (2014) "Pautas para evitar el uso inapropiado de diagnósticos, medicamentos u otros tratamientos a partir de problemáticas del ámbito escolar".
- Servicio Andaluz de Salud (2010) "Programa de atención a la salud mental de la infancia y adolescencia". Sevilla: Ed. Servicio Andaluz de Salud.
- Secretaría de Salud de México (2004) "Guía de trastornos alimenticios".
- UNICEF (2004) Publicación sobre la "Convención Internacional de los Derechos del Niño, Niña y Adolescente". Asunción: Grafitec S.A.

Material realizado por la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones
Secretaría de Gobierno de Salud
Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación
República Argentina
(011) 4379.9162
saludmentalnacion@gmail.com
Año 2019

