

**Facultad de
Psicología**



**UNIVERSIDAD
NACIONAL
DE LA PLATA**

CARRERA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

**Imaginarios profesionales sobre las niñas y su salud mental en servicios de salud
públicos de la ciudad de La Plata. Un estudio desde un enfoque de derechos
humanos y género (2019-2024)**

Doctoranda: María Manuela Kreis

Tesis para optar por el grado de Doctora en Psicología

Directora: Agustina María Edna D'Agostino

Codirectora: Débora Tajer

Septiembre de 2024

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

LABORATORIO DE PSICOLOGÍA COMUNITARIA Y POLÍTICAS PÚBLICAS

CARRERA DE DOCTORADO EN PSICOLOGÍA

La investigación doctoral a la que refiere la presente tesis ha sido desarrollada gracias al financiamiento del Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas de la Argentina, durante el período 2019-2025.

Índice

PARTE I: PRESENTACIÓN DE LA TESIS	7
1. Agradecimientos	7
2. Respecto a la utilización del lenguaje no binario.....	10
3. Abreviaturas.....	11
4. Introducción.....	13
5. Estado del arte	18
6. Problema de investigación.....	25
7. Supuestos.....	28
8. Objetivos.....	29
8.1 Objetivo General.....	29
8.2 Objetivos específicos.....	29
9. Justificación y relevancia del tema	30
9.1 Relevancia personal.....	32
PARTE II: LINEAMIENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS	34
CAPÍTULO 1: IMAGINARIOS PROFESIONALES Y DISPOSITIVOS DE PODER.....	34
1.1 Tradición argentina de imaginarios sociales: aportes para la categoría de imaginarios profesionales.....	34
1.2 Aportes centrales de Cornelius Castoriadis para la conceptualización de los imaginarios profesionales.....	35
1.2.a Vertiente instituida o efectiva de los imaginarios profesionales.....	37
1.2.b Vertiente radical o instituyente de los imaginarios profesionales.....	40
1.3. Imaginarios profesionales como elementos de los dispositivos de poder	43

CAPÍTULO 2: GÉNERO COMO DISPOSITIVO DE PODER DESIGUALADOR.....	47
2.1 El género y su rol en la dimensión histórico-social de las niñas púberes.....	50
2.2 Huellas de la desigualación de género en la constitución psíquica de las niñas púberes ...	56
2.3. Operatoria del género en los modos de objetivación de la salud mental femenina.....	61
CAPÍTULO 3: CAMPO DE PROBLEMÁTICAS DE LA SALUD MENTAL.....	67
3.1 Salud mental desde el enfoque de los derechos humanos.....	71
3.2 Salud mental desde el enfoque de género.....	76
3.3. Organización institucional de la salud mental: el sistema de salud argentino.....	80
3.4 Ejes normativos centrales de la atención de la salud mental.....	85
CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA.....	91
4.1 Unidad y dimensiones de análisis:.....	92
4.2 Población y muestra.....	94
4.3 Técnicas implementadas.....	98
4.4. Procedimientos de producción de datos.....	100
4.5. Procedimiento de análisis de datos.....	105
4.6 Consideraciones éticas.....	109
PARTE III: RESULTADOS Y CONCLUSIONES.....	110
CAPÍTULO 5: IMAGINARIOS PROFESIONALES SOBRE LAS NIÑAS USUARIAS Y SUS PROBLEMÁTICAS DE SALUD MENTAL EN DISPOSITIVOS DE GUARDIA, INTERNACIÓN Y CONSULTORIOS EXTERNOS.....	110
5.1. Las situaciones sociales y culturales: niñas vulnerables, hacinadas o en soledad.....	111
5.2. Las chicas de los hogares: un “mundito” aparte.....	119
5. 3 Intentos de suicidio y autolesiones ¿presentaciones femeninas?.....	128

5.4 Niñas y sexualidad: ejercicio de la sexualidad precoz o autónoma	137
5.5 Comentarios finales del capítulo.....	142
CAPÍTULO 6: IMAGINARIOS PROFESIONALES EN LA IDENTIFICACIÓN DE LAS PROBLEMÁTICAS ANALIZADORAS DE LAS DESIGUALACIONES DE GÉNERO EN NIÑAS.....	
6.1 Trastornos de la conducta alimentaria en niñas púberes mujeres: la otra pandemia	149
6.2 Violencia sexual.....	159
6.3 Madres, no niñas: “o sos inocente o sos madre y fin”	166
6.3. a Demandas por embarazo y maternidad infantil en hospitales infantojuveniles.....	167
6.3. b Demandas por embarazo y maternidad infantil en hospitales de adultos o materno infantiles	172
6. Comentarios finales del capítulo.....	182
CAPÍTULO 7: ENTRE LA CONCEPTUALIZACIÓN Y LAS PRÁCTICAS. TROPEZAR Y ENFRENTARSE CON EL GÉNERO EN LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL DE LAS NIÑAS.....	
7.1 Representaciones y valoraciones profesionales en torno al género: “Ahora es les”	195
7.2 Invenciones cotidianas en la atención de la VS y el embarazo y maternidad infantil.....	205
7.2. a Entre el temor, la ira y la soledad en el trabajo con la VS: “Yo contra esto no puedo”	206
7.2 .b Profesionales y prácticas de atención “piola”: tensiones y dilemas en el abordaje del embarazo y la maternidad infantil	216
7.3. Comentarios finales del capítulo.....	226
CAPÍTULO 8: ALCANCES Y DESAFÍOS PARA EL DERECHO A LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL DE LAS NIÑAS USUARIAS.....	
	235

8.1 Los tiempos de la atención y su vínculo con las condiciones de trabajo de lxs profesionales.....	236
8.2 Acerca de los paradigmas de salud que organizan los imaginarios profesionales.....	247
8.3 Perspectiva de género en salud mental: el punto ciego de los imaginarios profesionales	259
8.4 Comentarios finales del capítulo.....	268
9. CONCLUSIONES.....	271
10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	278
11. Fuentes.....	305
12. ANEXO	310

PARTE I: PRESENTACIÓN DE LA TESIS

1. Agradecimientos

La producción de esta tesis resume un trayecto formativo en el que considero importante jerarquizar el componente afectivo del proceso. Este ha sido mi trabajo durante 5 años. Fuente económica y deseante del vivir, del trabajar.

Agradezco a la Facultad de Psicología de la UNLP, mi lugar de trabajo.

Al CONICET por la beca otorgada, que me permitió dedicarme a la tarea de investigar.

A Edith Pérez, mi primera directora de beca, quien me impulsó e inyectó la confianza para iniciar la carrera académica. Fue ella quien me dijo que era posible investigar y que lo íbamos a lograr. Guardaré siempre en el recuerdo su alegría por mis logros y su amorosidad.

A Débora Tajer, directora de beca, por su gesto de amorosa generosidad al aceptar continuar con la dirección de la beca y alojarme en su equipo. Por ser referente de la disciplina. Por su escritura y producción, que ha inspirado mi propia tarea de construir conocimiento. Por su disposición, sus lecturas sobre mi trabajo y su cálido acompañamiento.

A Agustina D'Agostino, directora de doctorado, por su cercanía, lectura y acompañamiento desde hace años. Por construir caminos de trabajo que nos encuentran siendo siempre el mejor equipo.

A Ana María Talak, directora de la Carrera de Doctorado, quien siempre ha sabido ser un ejemplo de dedicación y compromiso con la tarea.

A la cátedra de Psicología Institucional, por ser un gran espacio colectivo de formación y crecimiento profesional y académico.

A María Laura Lavarello, por ser una gran amiga y referente académica.

A Javier Salum, por ser sostén y un gran compañero becario.

A Rocio Fabbio, Juliana Fernández Romeral, Lucía Saavedra y Graciela Reid, por ser mis amigas académicas y un gran equipo.

A Malena Lenta, por su asesoramiento, lectura y escucha dedicada.

A Dolores, mi psicóloga, por el modo en que me ha acompañado durante todos estos años.

Por recordarme que también es una niña la que escribe.

También...

A mi mamá, por apoyarme en todo lo que me propongo. Por enseñarme los valores con el ejemplo.

A mi papá, por enseñarme a soñar y a proyectar el deseo.

A mis hermanas Pili y Agus, por ser mi hogar en el mundo.

A Ari y Juana, por ser mi familia.

A Flor B. y Flor G. por ser mis grandes amigas y hermanas, por escucharme y por sostenerme en todo momento.

A mis amigos y colegas Nico y Fran, por devolverme la fortaleza con sus miradas y la alegría con sus abrazos.

A mi amiga Bere, por cuidarme tanto.

A mi amiga Pili, por permanecer siempre cerca.

A Omar, por la aventura y la alegría del encuentro.

A mi gatita Budi, compañera entrañable de tantos años.

2. Respecto a la utilización del lenguaje no binario

En la presente tesis instrumentamos recursos y estrategias específicas a fin de facilitar el uso del lenguaje no binario con el objetivo de evitar generalizaciones que omitan la diversidad identitaria (Recomendaciones para el uso del lenguaje inclusivo de la Facultad de Psicología de la UNLP, 2023). Entendemos que el lenguaje está atravesado por dimensiones políticas y que nuestra lengua, en su uso tradicional, perpetúa relaciones de opresión y desigualdad. En este sentido, el uso del masculino con valor genérico, oculta y/o excluye a las mujeres y otras identidades, reproduciendo visiones patriarcales que es necesario evitar (Dirección de Género y Diversidad, DDHH, UNLP, 2021).

Por estas razones hemos decidido implementar la terminación en -x. En los casos en que sea necesario aludir al género específico de una persona, se hará una referencia explícita y directa. Asimismo, se utilizará el masculino para nombrar categorías específicas como, por ejemplo, la noción moderna de "niño" o de "médico" para referir a ciertas concepciones que eran propiamente masculinas en los periodos mencionados. Además, se mantienen las formas "niño" y "niña" cuando se conceptualiza formas históricas diferenciadas según las diferenciaciones binarias de género.

Si bien reconocemos que esta propuesta puede implicar cierta complejidad para la lectura, entendemos que el valor de esta radica en apostar al ejercicio de deconstrucción de una tradición que ha tomado como norma y medida de la humanidad solo a una parte de ella, invisibilizando al resto (Salum, 2024).

3. Abreviaturas

A: abogada

CIDN: Convención Internacional de los Derechos del Niño.

CIE-10: Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades 10º edición.

COFESA: Consejo Federal de Salud.

CONICET: Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas.

DEIS: Dirección de Estadísticas e Información en Salud.

DSM 5: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5º edición.

ELA: Equipo Latinoamericano de Justicia y Género.

ESI: educación sexual integral.

FEIM: Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer.

G: ginecóloga

HA, HB, HC, HD, HE y HF: forma de identificación de los hospitales indagados.

ILE: interrupción legal del embarazo.

IVE: interrupción voluntaria del embarazo.

LNSM; Ley Nacional de Salud Mental.

LPPNNA: Ley Nacional de Promoción y Protección integral de niños, niñas y adolescentes.

Med: médicx

N: nutricionista

ODS: Objetivos de Desarrollo Sostenible.

OMS Organización Mundial de la Salud.

ONG: organización no gubernamental.

ONU Organización de las Naciones Unidas.

OPS Organización Panamericana de la Salud.

OS: obras sociales.

Psi: psicólogx.

Psiqu: psiquiatra

TS: trabajadorx social

UNICEF: Fondo de Naciones Unidas para la Infancia

SIS: significaciones imaginarias sociales

TC: trastornos de la conducta

TCA: trastornos de la conducta alimentaria

VS: violencia sexual

4. Introducción

El presente trabajo constituye la presentación de la tesis de doctorado en psicología, correspondiente a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. Para ello, hemos propuesto como objetivo general la elucidación de los imaginarios profesionales sobre las niñas usuarias y su salud mental en profesionales de servicios de salud públicos en la ciudad de La Plata, desde un enfoque de género y derechos humanos.

En la primera parte de la tesis, en el estado de la cuestión observamos que, desde hace décadas, se advierte que los padecimientos subjetivos que presentan lxs niñxs que consultan en los servicios de salud mental públicos constituyen problemáticas sociales complejas. En estas, los cuadros psicopatológicos suelen estar imbricados con condiciones de vulneración socioeconómica (Barcala, 2019; Bianchi, 2019; Galende, 1997; Lenta *et al.*, 2023; Michalewicz, 2022). Asimismo, distintas investigaciones señalan a las niñas como un "grupo de riesgo", resaltando cómo el género influye en la producción de padecimientos en salud mental, especialmente durante la pubertad. En este momento vital, se producen o incrementan problemáticas como la violencia sexual, el matrimonio precoz, el embarazo y la maternidad, afectando significativamente el bienestar de las niñas (Borthiry & Luzzi, 2021; Espinosa Bayal, 2020; Tajer, 2020a).

En este sentido, advertimos que, si bien las niñas se incluyen entre los sectores sociales más desprotegidos, expuestas a distintas problemáticas sociales complejas (Kreis & D'Agostino, 2021); los estudios actuales que indagan la atención en salud mental de estas problemáticas desde un enfoque de género y derechos humanos, por el momento, son incipientes (Tajer et al., 2017; Zubeldia & Bardi, 2020). Por este motivo, nos preguntamos acerca de cuáles son los imaginarios profesionales sobre las niñas y su salud mental en profesionales de servicios de salud públicos en la ciudad de La Plata, para elucidar los

obstáculos y/o facilitadores en el ejercicio del derecho a la atención en salud mental en niñas. Para ello, en los objetivos específicos indagamos las problemáticas que se manifiestan como demandas de consulta en salud mental en niñas desde la perspectiva de lxs profesionales y las modalidades de abordaje de salud mental. A su vez, exploramos las representaciones y afectos vinculados al género en la identificación de problemáticas de salud mental y su abordaje.

Tal como sostiene Salum (2024), la elección del ámbito público como territorio de indagación se basa en un compromiso ético, que surge al reconocer que el acceso a los derechos no se distribuye de manera equitativa en la población. La mayor desigualdad afecta a los sectores más vulnerabilizados, por tratarse de grupos que se encuentran en situaciones de desventaja debido a diversas condiciones económicas o sociales. Por lo tanto, consideramos que esta elección implica una dimensión política, que pretende aportar al logro de la igualdad en el acceso a la salud mental para las niñas que asisten a instituciones públicas, a partir de incorporar la perspectiva de género

En la segunda parte de la tesis, situamos los lineamientos teórico-metodológicos de los cuales partimos para la indagación de los imaginarios profesionales. En cuanto a los lineamientos teóricos, utilizamos las herramientas conceptuales del enfoque argentino de derechos humanos y género en salud mental que toma aportes de la psicología institucional, la salud colectiva, los estudios de género y el psicoanálisis. Estos saberes, aún con sus diferencias, se encuentran en diálogos productivos para poder pensar los vínculos entre las distintas problemáticas que insisten y se despliegan en el campo social respecto a las niñas y el proceso de atención en salud mental.

En este sentido, dentro de la segunda parte de la tesis, en el capítulo 1 nos centramos en la noción de imaginarios profesionales. En principio, retomamos los aportes de

Castoriadis (2010) sobre el imaginario social en sus dos vertientes instituida e instituyente. También incorporamos las contribuciones de la tradición argentina en el estudio de los imaginarios profesionales, que articula esta noción con el concepto foucaultiano de dispositivos de poder (Fernández, 2007; Tajer, 2020a). En el capítulo 2 profundizamos en el estudio de la noción de género como dispositivo de poder desigualador, a partir de tomar los aportes del campo de la filosofía y de los estudios de género y psicoanálisis (Butler, 2018; Campagnoli, 2008; Fernández, 2014; Tajer, 2020b). Aquí establecemos los vínculos entre la noción de género y la formación de los modos de subjetivación y objetivación de las niñas, considerando su papel en la constitución de la dimensión histórico-social y del psiquismo.

Por último, en el capítulo 3 nos centramos en los aportes del enfoque de derechos humanos y el enfoque de género en la conceptualización de la salud mental como campo de problemáticas (Burin, 2012; Carballeda, 2008; Galende, 2001; Stolkiner, 2012; Tajer, 2020b). Aquí también situamos las características y problemáticas del sistema de salud argentino y los lineamientos centrales para la atención en salud mental que establece la LNSM (2010).

En cuanto a los lineamientos metodológicos que se presentan en el capítulo 4, la presente tesis sigue un enfoque cualitativo, basado en los aportes de la epistemología pluralista (Fernández, 2007) y la epistemología feminista (Blazquez Graf, 2012). De acuerdo con este marco, se optó por un diseño de investigación flexible de tipo exploratorio-descriptivo y transeccional (Hernández Sampieri et al., 2015; Ynoub, 2015). La unidad de análisis son los imaginarios profesionales sobre las niñas y su salud mental en los servicios de salud públicos infanto-juveniles de la ciudad de La Plata.

La investigación utiliza una muestra intencional de casos-tipo pertinentes y accesibles, compuesta por profesionales como psicólogos, psiquiatras, médicos, abogadxs, nutricionistas y trabajadorxs sociales de servicios de salud en cinco hospitales públicos de La Plata y Gran La Plata. Con ellxs, se implementó observación participante y entrevistas semidirigidas

En la tercera parte de la tesis nos dedicamos a desarrollar los resultados y conclusiones. En el capítulo 5 se abordan las formas profesionales de pensar, de nominar y de valorar las características de las niñas que asisten a los servicios de salud públicos hospitalarios y las problemáticas que identifican en los motivos de consulta en dispositivos de guardia, internación y consultorios externos.

Por su parte, en el capítulo 6 desarrollamos los imaginarios profesionales acerca de tres problemáticas sociales complejas (Carballeda, 2007) que consideramos analizadores sociales de las desigualaciones de género de las niñas: la violencia sexual, el embarazo y la maternidad infantil y los trastornos de la conducta alimentaria. Las primeras dos constituyen ejes de indagación que se esbozaron durante el proceso de investigación mientras que la tercera es un emergente del trabajo de campo. A partir de estas, también se busca responder al primer objetivo de investigación, aunque con especial atención en las situaciones mencionadas.

En el capítulo 7 nos centramos en especificar los modos de objetivación profesional del género como un condicionante presente en la identificación de las problemáticas en salud mental en niñxs. A partir de aquí, analizamos los efectos que esto conlleva, tanto en la conceptualización de las niñas y sus problemáticas de salud mental como en el establecimiento de modalidades de abordaje. Este propósito se vincula con el objetivo específico número dos y tres de la tesis que consisten, por un lado, en identificar las

representaciones y afectos vinculados al género en lxs profesionales en la identificación de problemas de salud mental y las modalidades de abordaje que se desprende de ellos. Por otro lado, en explorar las modalidades de abordaje de lxs profesionales ante las demandas de consulta en salud mental en niñas.

En el capítulo 8 nos dedicamos a realizar un trabajo de integración de los capítulos de resultados precedentes junto con nuevos elementos a los fines de responder al cuarto objetivo específico de la tesis. En el mismo propone explorar obstáculos y/o facilitadores para el derecho a la atención en salud mental en niñas, a partir de los imaginarios profesionales en los servicios de salud públicos de la ciudad de La Plata.

Finalmente, en el capítulo 9 establecemos las conclusiones del trabajo. Asimismo, destinamos el último apartado a las referencias y fuentes empleadas y al anexo.

5. Estado del arte

Existen investigaciones a nivel internacional y local que establecen que los padecimientos subjetivos en la niñez poseen diferencias de género. En países como España, Estados Unidos, Países Bajos, Canadá e Inglaterra, distintos estudios a lo largo de las últimas décadas concluyen que las niñas presentan una mayor cantidad de síntomas internalizantes (Crijnen *et al.*, 1997; Hernández-Carrillo *et al.*, 2020; Keyes & Platt, 2023; López Soler *et al.*, 2010; Rey Bruguera *et al.*, 2023). Es decir, padecimientos subjetivos vinculados a alteraciones emocionales como la inseguridad, la timidez, los miedos, la tristeza o síntomas como la depresión, la ansiedad y las expresiones psicósomáticas. En este sentido Rey Bruguera *et al.* (2023) establecen que estas diferencias constituyen una brecha de género ya que se tratan de síntomas que resultan más “silenciosos” para lxs adultxs de manera que se produce un acceso tarde a la atención en salud cuando se presenta una sintomatología agravada y/o cronicada.

En la misma línea, en Argentina, Borthiry y Luzzi (2021) señalan que las niñas constituyen un grupo de riesgo. Contemplan que ello se debe no solo al ingreso tardío a la atención sino también a la presencia de deficiencias en el establecimiento de diagnósticos por parte de lxs profesionales, lo que impide un tratamiento acorde al padecimiento. Consideran que estos errores se deben a sesgos de género en la lectura de los síntomas. Al respecto, Zubeldía y Bardi (2020) advierten que la sintomatología silenciosa en las niñas se naturaliza por su vínculo estrecho con los estereotipos de género que establecen la docilidad y la sumisión como atributos femeninos tradicionales y esperados.

Otras de las distinciones por género se sitúan respecto a lo que varixs autorxs llaman problemáticas externalizantes, que incluyen conductas disruptivas en los entornos

familiares y escolares. Estas conductas abarcan el oposicionismo, la desobediencia, la agresividad, la impulsividad, la falta de atención, la actividad motora excesiva y el ejercicio de la violencia. En general, numerosas investigaciones internacionales y locales, realizadas a finales del siglo XX y principios del siglo XXI, indican que las demandas de atención por estas consultas son significativamente mayores en niños varones en comparación con las niñas mujeres (Lo Russo, 2012; Luzzi & Slapak, 2013; Navarro Pardo *et al.*, 2012; Pedreira Massa *et al.*, 1992). Esto suele atribuirse a la interacción entre las pautas del desarrollo y la socialización de género asociada a la masculinidad, que legitima la agresividad y la violencia como formas de expresión del malestar en los niños varones.

Ahora bien, investigaciones recientes observan que, a partir de los 10 años, niños y niñas empiezan a tener proporciones similares en problemáticas vinculadas a conductas externalizantes (Rey Bruguera *et al.*, 2023; Yoon *et al.*, 2022). En general, estos estudios indagan población de niños en situación de pobreza, con asistencia social o bien niños institucionalizados en hogares. De manera que establecen que, para esta población, las distinciones de género se articulan con otras variables como ausencia de cuidados parentales y problemáticas socioeconómicas y psicosociales.

Al respecto Verlaan *et al* (2018) sostienen que la combinación del género femenino y los problemas de salud mental puede constituir un "doble riesgo" para las niñas que presentan estas problemáticas. Esto se debe a que, incluso para las conductas externalizantes, que suelen ser más fácilmente detectadas por los adultos, se observa que las niñas llegan a los servicios de manera más tardía y en situaciones más graves que los varones. Los investigadores coinciden en que esta situación puede deberse a sesgos de género en la

población a cargo de los cuidados ya que subestiman que estas conductas sean problemáticas para el desarrollo futuro de las niñas.

Asimismo, distintas investigaciones establecen que la pubertad es un momento vital crucial para considerar los padecimientos subjetivos en niñas (Yoon, *et al.*, 2022; Petrovics, 2023; Stenson, *et al.* 2021). Yoon *et al.* (2022) refieren que durante la pubertad las niñas tienen menos bienestar subjetivo y un mayor riesgo de problemas de salud mental que los varones y eso se va agravando con los años. Sitúan que en la investigación las jóvenes muestran signos claros de angustia a medida que transcurren los años. Entre las causas de estos sentimientos destacan la significación social de los cambios físicos y emocionales que implica la pubertad en las feminidades (Yoon, *et al.*, 2022).

En la misma línea, Petrovics (2023) observa que en esta etapa hay una disminución en el nivel de autoestima entre las niñas debido a que se encuentran menos satisfechas con su imagen corporal que los varones. Al respecto considera que esta insatisfacción corporal puede tener consecuencias adversas para la salud mental como depresión, ansiedad, baja autoestima y trastornos alimentarios. En relación con lo anterior, Rajesh y Draper (2022) destacan el lugar que tienen los medios sociales de comunicación en el aumento de la exposición de la imagen de las niñas y adolescentes y la creciente apreciación de la imagen física como medio para la aprobación.

Por otra parte, Stenson *et al.* (2021) sostienen que las niñas son más propensas a sufrir eventos traumáticos como abuso sexual y violencia en la infancia, lo que tiene un vínculo directo con la aceleración biológica de la pubertad y la aparición de problemáticas psicopatológicas. Según estxs autorxs, los cambios físicos asociados con la pubertad pueden traducirse en “atención sexual” por parte de lxs adultxs y alterar el tiempo del

desarrollo de las niñas de una manera que aumenta el riesgo de malos resultados de salud mental.

En este sentido, es necesario aclarar que, si bien el ejercicio de la violencia sexual afecta a toda la población infantil, organismos internacionales y nacionales en materia de derechos humanos (OMS, 2012; UNICEF, 2016; 2021; Ministerio Público Fiscal, 2023) destacan que la discriminación y violencia que se ejerce sobre las niñas está determinada por su condición de género. Las niñas suelen tener mayor probabilidad de sufrir diferentes tipos de violencia en todas las etapas de la vida y mayor riesgo que los varones de ser víctimas de abuso sexual. La diferencia según género se amplía a mayor edad de la víctima sobre todo a partir de la pubertad (OMS, 2012; Ministerio Público Fiscal, 2023).

Espinosa Bayal (2020) insiste que otras de las problemáticas presentes en niñas latinoamericanas son las uniones conyugales tempranas y el matrimonio infantil. Estas situaciones generan una gran desprotección basada en un componente de género, que aumenta las posibilidades de tener un embarazo, de ser víctima de violencia de género en la pareja y de soportar una mayor carga de trabajo de cuidados no remunerados. Respecto al embarazo, Ortega Chuliza y Timbela Tipan (2023) afirman que las púberes ven afectada su salud mental con el embarazo debido a los sentimientos de angustia y temor ante la situación impensada, lo que conduce, en muchos casos, a un estado de negación durante la gestación que luego trae dificultades para afrontar el rol maternal y gozar de una salud mental de calidad.

En Argentina, investigaciones realizadas en distintas provincias afirman que las transformaciones sociales, económicas, políticas y culturales iniciadas con la implementación de políticas neoliberales en la década de 1990 llevaron a un aumento de niñas y niños en situación de vulnerabilidad social y psíquica. Este incremento se debió

a la ausencia del Estado y a la fragilidad de los soportes sociales de proximidad, como las instituciones escolares y sanitarias (Barcala et al., 2022; Fernández, 2017; Luciani Conde & Barcala, 2015; Michalewicz, 2022; Stolkiner & Ferreyra, 2020).

A su vez, podemos situar a la pandemia de COVID-19 como otro momento que inauguró un escenario nuevo. El establecimiento de medidas de cuidado para evitar la propagación del virus tuvo un fuerte impacto sobre la vida social y económica, así como sobre los vínculos y la subjetividad de lxs niñxs. (UNICEF, 2021; Barcala & Faraone, 2023). La transformación de la cotidianeidad de lxs niñxs impactó sobre sus lazos sociales, las posibilidades de entretenimiento y salidas, la escolaridad; y su desarrollo y progresiva conquista de autonomía (UNICEF, 2021).

En este marco, distintos estudios señalan que lxs niñxs han sido una de las poblaciones más vulnerables al desarrollo de problemáticas de salud mental (Buitrago Ramírez et al., 2021; Hossain et al., 2020; López & Drivet, 2023). López y Drivet (2023) advierten una relación significativa entre la emergencia de problemáticas de salud mental y las condiciones familiares, sociales y educativas de lxs niñxs y lxs adolescentes. La suspensión de la presencialidad escolar, sumada a las desiguales condiciones de las familias, las escuelas y lxs estudiantes para sostener la continuidad pedagógica de manera remota, supuso un riesgo adicional para algunxs niñxs.

A su vez, el establecimiento del hogar como espacio de protección entrañó ciertas problemáticas específicas para las feminidades ya que el aislamiento aumentó el riesgo de violencia, en modalidades como la violencia intrafamiliar y la violencia sexual; a la vez que existieron mayores dificultades para que lxs niñxs puedan realizar pedidos de ayuda o sea posible la detección e intervención de situaciones de maltrato (UNICEF, 2020; 2024).

De esta manera, distintxs autorxs argentinxs señalan que hace décadas los padecimientos subjetivos que presentan lxs niñxs que consultan en los servicios de salud mental infantojuveniles constituyen problemáticas complejas en las que los cuadros psicopatológicos están imbricados con condiciones de vulneración socioeconómica (Barcala, 2019; Galende, 2001; Michalewicz, 2016; Pawlowicz et al., 2018; Stolkiner, 2009).

Ante esta situación, Michalewicz (2022) indica que lxs profesionales suelen definir muchas de estas problemáticas como “casos sociales” porque son formas de padecimiento que no se corresponden estrechamente con el paradigma de la “enfermedad mental”. En este sentido, afirma que estas lecturas constituyen barreras de acceso a la atención por la imposibilidad de los servicios de dar respuesta a problemáticas que no se ajustan a un paciente o modelo de tratamiento “ideal”.

Barcala (2019) establece que, si bien en el país se cuenta con la Ley Nacional de Salud Mental (2010) (LNSM) y la Ley de Promoción y Protección integral de niños, niñas y adolescentes (2005) (LPPNNA), las significaciones imaginarias sociales (en adelante SIS) de lxs profesionales de la salud mental sobre lxs niñxs y su salud mental continúa bajo la hegemonía del “modelo biomédico”. Lxs profesionales interpretan en términos psicopatológicos las problemáticas complejas que acuden a los servicios, refiriéndose a una niñez alejada de las expectativas sociales. El encuentro entre las infancias con mayor nivel de vulnerabilidad con sufrimiento psíquico y los servicios de salud mental está determinado por la ambigüedad y el estigma, lo que profundiza la distancia entre lxs niñxs y las instituciones y vulnera el derecho a los cuidados integrales.

En continuidad con este enfoque, en el campo de los estudios de género y de salud mental Zaldúa *et al.* (2016) plantean que las dificultades para acceder a los servicios se deben a

los procesos de formación profesional basados en enfoques biomédicos y tecnocráticos, que están enmarcados en preceptos heteronormativos y biologicistas.

Asimismo, Tajer *et al.* (2020) afirman que en los equipos de salud existen sesgos de género en la toma de decisiones diagnósticas y terapéuticas ya que lxs profesionales no han incorporado la perspectiva de género en sus prácticas. En este sentido, si bien identifican diferencias en los motivos de consulta de niños y niñas, solo algunos visibilizan que la mismas pueden deberse a socializaciones diferenciales por género. Además, algunos profesionales consideran que no cuentan con herramientas para el abordaje de situaciones vinculadas a la diversidad sexual, a la identidad de género en la niñez y a configuraciones familiares distintas a la forma tradicional nuclear.

Los estudios mencionados resultan fundamentales. Observamos que, si bien existen diversas producciones actuales a nivel internacional y local que señalan diferencias de género en los padecimientos subjetivos y en problemáticas que atañen a las niñas, hasta el momento las investigaciones que indagan en profundidad las perspectivas profesionales y la atención en salud mental de las niñas desde un enfoque integral de derechos humanos y género son incipientes.

6. Problema de investigación

Fernández (2017) establece que acudimos a un momento de desamparos personales e institucionales ya que las instituciones operan vaciadas de sus sentidos fundacionales. En términos de Castoriadis (1997), el avance de la insignificancia como agotamiento o vaciamiento de los sentidos compartidos produce funcionamientos institucionales “estallados”. Es decir, las instituciones parecen las mismas, las personas parecen habitarlas del mismo modo, no obstante, se realizan prácticas muy diferentes a aquellas que le daban sentido a su accionar en los momentos fundacionales modernos.

En el estado de la cuestión relevamos investigaciones que afirman que los servicios de salud mental infanto-juveniles reciben demandas con problemáticas complejas distintas de los cuadros psicopatológicos clásicos (Michaelewicz, 2022; Stolkiner, 2019; Barcala, 2019; Bianchi, 2019; Pawlowicz, *et al.* 2018). Ante esto, se observa, por un lado, ciertas dificultades del sistema de salud para realizar un abordaje integral acorde al paradigma de la salud mental (Michaelewicz, 2022; Stolkiner, 2019; Barcala, 2019). Por otro lado, se evidencia que los servicios de salud no han podido producir estrategias de intervención ya que lxs profesionales interpretan en términos psicopatológicos el padecimiento mental, refiriéndose a una niñez definida por la peligrosidad y el rechazo (Barcala, 2019; Zaldúa *et al.*, 2016).

También identificamos investigaciones que consideran a las niñas como un “grupo de riesgo” debido al rol del género en la producción de padecimientos en salud mental, con especial énfasis en la pubertad. En este momento vital, se observa que surgen o se

intensifican problemáticas como la violencia sexual, el casamiento precoz, el embarazo y la maternidad. (Tajer, *et al.*, 2020; Borthiry y Luzzi, 2021; Espinosa Bayal, 2019).

Halberstam (2019) sostiene que, durante la pubertad, la presión para adecuarse a los roles de género afecta a las niñas con mayor intensidad que en otras etapas de su vida. En la misma línea, Dio Bleichmar (1997) establece que, en este momento vital, el corsé de género para las niñas púberes se intensifica, ya que la actitud de los padres y del entorno social las presiona para adoptar comportamientos acordes con su identidad de género. Esto refuerza los estereotipos de género, llevando a las niñas a asumir formas de actuar, pensar y sentir propias de los modos de subjetivación femeninos (Tajer, 2009).

En sectores poblacionales con históricas vulneraciones a los derechos económicos, sociales y culturales, esta etapa podría definirse como el corredor a la maternidad ya que suelen confluír situaciones de iniciación sexual y ejercicio de las violencias de género que, en algunos casos, producen embarazos y maternidades en niñas menores de 14 años.

Ahora bien, las problemáticas particulares a las que se enfrentan las niñas suelen incluirse en dos nociones: **en la categoría de “niños” que no tiene en cuenta el género o en la categoría sin edad de “mujeres”**. Esto reproduce ciertos invisibles en el interior de las nociones, ya que omiten la especificidad de los procesos de socialización y de producción de subjetividad propios de las niñas.

En este sentido, si bien las niñas se incluyen entre los sectores sociales más desprotegidos, expuestas a distintas problemáticas, entre las que se encuentran la violencia sexual contra la infancia, el casamiento precoz, el embarazo y maternidad forzada (Kreis y D'Agostino, 2021); los estudios actuales que indagan la atención en salud mental de estas

problemáticas desde un enfoque de género y derechos humanos, por el momento, son incipientes (Tajer *et al.*, 2015; Machado Zubeldía y Bardi, 2020).

Lo anteriormente desarrollado nos permite preguntarnos acerca de cuáles son los imaginarios profesionales sobre las niñas y su salud mental en profesionales de servicios de salud públicos en la ciudad de La Plata para elucidar los obstáculos y/o facilitadores en el ejercicio del derecho a la atención en salud mental en niñas. Para ello, indagamos las problemáticas que se manifiestan como demandas de consulta en salud mental en niñas y las modalidades de abordaje de los profesionales de salud mental. A su vez, exploramos las representaciones y afectos vinculados al género en la identificación de problemáticas de salud mental y su abordaje.

7. Supuestos

1. Los imaginarios profesionales permiten identificar obstáculos y/o facilitadores para el derecho a la atención en salud mental en niñas
2. Lxs profesionales de la salud mental forman parte significativa de los dispositivos de poder de género por tener un rol destacado en la nominación de las problemáticas que atañen a las niñas, en el establecimiento de los malestares subjetivos de las niñas, sus causas y en el esbozo modalidades de abordaje.
3. Existen obstáculos para el ejercicio al derecho a la atención en salud mental en niñas vinculados a imaginarios profesionales que invisibilizan las desigualaciones de género en las problemáticas que se presentan como demanda de consulta. Estas operaciones de invisibilización podemos situarlas, por un lado, respecto a las formas de concebir a las niñas. Los imaginarios profesionales generalizan las experiencias de lxs niñxs, lo que invisibiliza la producción de subjetividad propia de las niñas e impide pensar las problemáticas que padecen las feminidades en la infancia. Por otro lado, es posible que se hallen imaginarios profesionales que reduzcan la salud mental a una problemática psicopatológica lo que invisibiliza una noción compleja en la que el género constituye un atravesamiento que debe ser contemplado en la elaboración de estrategias de atención en salud mental.
4. También, consideramos que es posible advertir imaginarios profesionales instituyentes cuando se producen representaciones sobre las niñas y su salud mental y modalidades de abordaje en salud mental basadas en el ejercicio de los derechos humanos desde un enfoque integral.

8. Objetivos

8.1 Objetivo General

Elucidar los imaginarios profesionales sobre las niñas usuarias y su salud mental en profesionales de servicios de salud públicos en la ciudad de La Plata desde un enfoque de género y derechos humanos.

8.2 Objetivos específicos

1. Indagar las problemáticas que se manifiestan como demandas de consulta en salud mental en niñas desde la perspectiva de lxs profesionales de servicios de salud públicos de la ciudad de La Plata.
2. Explorar las modalidades de abordaje de lxs profesionales de servicios de salud públicos de la ciudad de La Plata ante las demandas de consulta en salud mental en niñas.
3. Analizar las representaciones y afectos profesionales sobre el género en la identificación de las problemáticas de salud mental y en las modalidades de abordaje que se desprende de ellas.
4. Explorar obstáculos y/o facilitadores para el derecho a la atención en salud mental en niñas a partir de los imaginarios profesionales en los servicios de salud públicos de la ciudad de La Plata.

9. Justificación y relevancia del tema

Existen distintos informes y antecedentes normativos que destacan la situación de vulneración de los derechos de las niñas por su condición de género. La organización no gubernamental (ONG) Plan Internacional lleva a cabo distintos informes de monitoreo de la situación mundial de las niñas en distintos ámbitos de sus vidas. Al respecto, estiman que unos 130 millones de niñas en el mundo no van a la escuela y unos 15 millones no asistirán nunca. Las niñas tienen 1,5 más probabilidades de ser excluidas de la educación primaria que los niños varones debido a que dedican más tiempo a las tareas domésticas y son víctimas de matrimonios forzados (25.000 niñas cada día). A su vez, el 50% de las agresiones sexuales en el mundo implican a mujeres menores de 16 años siendo el embarazo la primera causa de mortalidad (Plan Internacional, 2023).

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2012) establece que una de cada cinco mujeres y uno de cada trece varones han declarado haber sufrido abusos sexuales durante su infancia. En el mismo sentido, el Estudio global elaborado por el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) en el año 2014 evalúa que más de una de cada diez niñas sufrieron violencia sexual en su infancia. En Argentina, los datos obtenidos por el Programa Las Víctimas contra las Violencias (UNICEF, 2021) demuestran que el 77,9% de lxs niñxs y adolescentes víctimas de violencia sexual son de género femenino. Esta diferencia de género se mantiene para todos los grupos etarios y se profundiza a partir de la pubertad. En el 76,8% de los casos, los agresores pertenecen al entorno cercano de la víctima (familiar o no).

Por su parte, el informe del Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) y de la Fundación para el Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM) (2017) evidencia que en Argentina existe una mayor vulnerabilidad de las niñas al casamiento precoz. En 2010, el

Censo Nacional de Población y Vivienda identificó que 341 mil niñas y adolescentes entre 14 y 18 años conviven con mayores de edad, por unión consensual o legal. Del total, 231 mil son mujeres que, a diferencia de los varones, conviven con hombres entre 10 y 20 años mayores (Instituto Nacional de Estadística y Censos, 2010).

La magnitud de esta situación ha dado lugar a que los organismos internacionales de derechos humanos identifiquen problemáticas para esta población y establezcan objetivos estratégicos a los fines de que los Estados parte erradiquen la desigualdad. Entre ellos, destacamos la Plataforma de Acción de Beijing (ONU, 1995) que es la primera en incorporar un área temática dedicada a las niñas. Allí declara que la discriminación contra la niña en su acceso a la educación y los servicios de salud mental, ponen en peligro su inserción social y su salud actual y futura. Asimismo, establece que las niñas son más vulnerables a todo tipo de violencia, particularmente la violencia sexual, el embarazo, la maternidad forzada y explotación sexual (ONU, 1995). De esta manera, propone objetivos estratégicos, entre los cuales destacamos la eliminación de la discriminación contra las niñas en la atención de la salud y la erradicación la violencia.

En la misma línea, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para las naciones incluyen en su objetivo n° 5 la igualdad de género de las niñas en el acceso a la educación y a la atención en salud; y la exclusión de todas las formas de violencia y de prácticas nocivas como el casamiento precoz (Organización de las Naciones Unidas, 2023).

También, el Tercer Informe Hemisférico sobre la Implementación de la Convención de Belém do Pará (2017), recomienda (n° 5) a los Estados Parte implementar políticas sobre salud mental de mujeres y niñas con enfoque de derechos humanos y con ejes específicos relativos al derecho a la vida libre de violencia.

Otra de las problemáticas en salud mental que aqueja a las niñas y adolescentes son los llamados trastornos de la conducta alimentaria. Argentina, después de Japón, es el segundo país con más presencia de trastornos de la conducta alimentaria en un 29% de la población (Gaido, 2020). La Sociedad Argentina de Pediatría (2021) reveló que aproximadamente una de cada tres niñas escolarizadas presenta bulimia y anorexia nerviosas. Estos datos experimentaron un aumento significativo durante la pandemia del año 2020, la cual impactó de manera considerable en la población en general, especialmente en las jóvenes y adolescentes.

En este punto, nos apoyamos en la LNSM (2010) que ofrece un enfoque integral para pensar estas problemáticas ya que define a la salud mental como un proceso multideterminado cuya preservación y mejoramientos implica el acceso y ejercicio de los derechos humanos. También, en el Plan Nacional de Salud Mental (2023/2027) y el Plan Provincial de Salud Mental (2022/2027) que incorporan el enfoque de género y de generación, acorde con los lineamientos de organismos internacionales (OMS, 2006; OPS, 2019).

Hasta el momento resultan incipientes, particularmente en el campo psicológico argentino, las investigaciones que aborden en profundidad esta temática desde el enfoque seleccionado, situación que justifica el estudio que se propone. Por ello, esperamos que los hallazgos de esta investigación sean un insumo que contribuya al logro de la equidad e igualdad en el acceso de la salud mental para esta población contemplando atravesamientos de género y edad.

9.1 Relevancia personal

El estudio de esta problemática nace del encuentro con autoras del campo psi y los estudios de género que han posibilitado una resignificación deseante y política mi rol profesional y que han inspirado el proyecto de vida que hoy me encuentra en la tarea de construir conocimiento.

Al haber sido niña me es posible reconocer en carne propia la producción tirana de ciertas desigualaciones de género que se inician desde temprana edad con efectos que persisten en la salud mental. Pero también, al ser investigadora me orientó a pensar en la ciencia como instrumento que permite conocer y dar a conocer otras realidades en las que las cicatrices de género se imbrican de manera singular. Por ello, pretendo que esta tesis sirva como un recurso para construir referencias teóricas e identificatorias que impulsen a reflexionar sobre problemas históricamente silenciados que afectan a muchas niñas que hoy se encuentran viviendo en una sociedad profundamente desigual.

PARTE II: LINEAMIENTOS TEÓRICO-METODOLÓGICOS

CAPÍTULO 1: IMAGINARIOS PROFESIONALES Y DISPOSITIVOS DE PODER

A los fines de abocarnos al estudio de los imaginarios profesionales sobre las niñas usuarias de los servicios y su salud mental, consideramos necesaria la construcción de una caja de herramientas teórico-metodológica para aproximarnos al campo de problemáticas construido (Foucault, 2009). La presente tesis parte de las herramientas conceptuales propias del enfoque argentino de derechos humanos y género en salud mental (Kreis & Tajer, 2022; Tajer, 2018) que toma aportes de la psicología institucional, la salud colectiva, los estudios de género y el psicoanálisis. Consideramos que estos saberes, aún con sus diferencias, se encuentran en diálogos múltiples para poder pensar los vínculos entre las distintas problemáticas que insisten y se despliegan como singularidades en el campo social respecto a las niñas y el proceso de atención en salud mental (Fernández, 2007).

1.1 Tradición argentina de imaginarios sociales: aportes para la categoría de imaginarios profesionales

Entre los desarrollos teóricos sobre los imaginarios sociales, las obras de Cornelius Castoriadis (2010) y Gilbert Durand (2004) se destacan por ser dos referencias históricas a partir de las cuales se han constituido distintas líneas de investigación que continúan en la actualidad. Para la presente tesis nos centramos en las producciones del primero y de autorxs argentinxs que han tomado sus aportes y realizado propuestas conceptuales.

Los conceptos castoridianos han impactado fuertemente en diversos ámbitos académicos y disciplinarios. En el campo psicológico argentino, los desarrollos del autor son

fundamentales ya que han permitido repensar el psicoanálisis que es la corriente teórica hegemónica en la formación de lxs psicólogxs desde la década de 1960 (Dagfal, 2014; Tajer, 2020b). Sus postulados acerca del imaginario social, las SIS y la institución confrontan un sentido común disciplinario que supone un sujeto universal de interioridad psicológica e invisibiliza el rol de la dimensión histórico-social en la producción de las subjetividades (Fernández, 2007).

En la presente investigación tomamos la categoría de imaginarios profesionales para hacer foco en las SIS que se encarnan en las instituciones de salud. Esta categoría se funda en la trayectoria de investigación del equipo de introducción a los estudios de género a cargo de Débora Tajer del que la investigadora forma parte. En ese sentido, nos proponemos pensar cómo en un campo de disponibilidades de significancia histórico-social se produce -en un ámbito profesional determinado- una singularidad de representaciones, sentires y orientaciones de la acción en la atención de la salud mental de las niñas (Fernández, 2007).

De todas maneras, las coordenadas desde las cuales se indagan los imaginarios profesionales comparten lineamientos teóricos centrales sobre los imaginarios sociales que Castoriadis produce y se comparten a continuación. No obstante, resulta importante aclarar una diferencia respecto a la noción castoridiana de imaginario social en singular, que en nuestro caso se referiría al “imaginario profesional”. Por el contrario, siguiendo los desarrollos de Fernández (2007), pensamos a los imaginarios profesionales en plural ya que en el terreno suelen encontrarse múltiples imaginarios actuando simultáneamente y en relaciones de tensión y disputas de poder.

1.2 Aportes centrales de Cornelius Castoriadis para la conceptualización de los imaginarios profesionales

Los desarrollos de Castoriadis (2010) sobre el imaginario social parten de una crítica a las categorías ontológicas subyacentes del pensamiento filosófico tradicional y de la sociología clásica para analizar la conformación y el surgimiento de las sociedades. Desde estas corrientes de pensamiento, a las que el autor llama ontología heredada, el imaginario constituye una facultad psicológica ilusoria distinta de una realidad objetiva. Es decir, conciben a lo imaginario como una ilusión o fantasía subordinada a una realidad material preexistente en la que radica el verdadero interés ya que se podría acceder a ella a partir de la razón como conocimiento objetivo de la realidad. Por el contrario, la obra de Castoriadis (2010) establece que el dominio de lo imaginario posee un papel determinante en la definición de lo que se percibe como real. Asimismo, establece que la noción de “realidad” no puede ser conceptualizada de forma objetiva. En sus palabras:

(...) la noción de *imaginario* fue ignorada o maltratada. (...) no se puede *explicar* ni el nacimiento de la sociedad ni las evoluciones de la historia por factores naturales, biológicos u otros, tampoco a través de una actividad *racional* de un ser *racional* (el hombre). En la historia, desde el origen, constatamos la emergencia de lo nuevo radical, y si no podemos recurrir a factores trascendentes para dar cuenta de eso, tenemos que postular necesariamente un poder de creación (...) tanto a las colectividades humanas como a los seres humanos singulares. Por lo tanto, resulta absolutamente natural llamar a esta facultad de innovación radical, de creación y de formación, imaginario (Castoriadis, 2001, p. 46).

En sus desarrollos sobre el imaginario social, se propone pensar dos cuestiones: qué mantiene unida a una sociedad y qué es lo que hace nacer formas de sociedades diferentes y nuevas. Estos ejes son relevantes ya que nos permiten pensar las dos vertientes de los

imaginarios profesionales, que son el imaginario instituido o efectivo y el imaginario radical o instituyente.

1.2.a Vertiente instituida o efectiva de los imaginarios profesionales

Para Castoriadis (2010), la unidad de la sociedad se mantiene a través de la institución en un sentido amplio, como conjunto de normas, valores y lenguajes por los cuales una sociedad puede ser visualizada como una totalidad. Al respecto, menciona:

Toda sociedad hasta ahora ha intentado dar respuesta a cuestiones fundamentales: ¿quiénes somos como colectividad?, ¿qué somos los unos para los otros?, ¿dónde y en qué estamos?, ¿qué queremos, ¿qué deseamos?, ¿qué nos hace falta? La sociedad debe definir su «identidad», su articulación, el mundo, sus relaciones con él y con los objetos que contiene, sus necesidades y sus deseos. Sin la «respuesta» a estas «preguntas», sin estas «definiciones» no hay mundo humano, ni sociedad, ni cultura – pues todo se quedaría en caos indiferenciado (Castoriadis, 2005, p. 236).

El papel del imaginario social efectivo es el de reproducir las SIS que proporcionan una respuesta a estas preguntas. La unidad de la institución de la sociedad es la unidad del magma de SIS que empapan y dirigen la vida de los colectivos y de los individuos. Cabe aclarar que cuando hablamos de “preguntas” y “respuestas” sólo aludimos a un uso metafórico ya que las mismas no están planteadas explícitamente. Por el contrario, las SIS constituyen matrices de significación que operan en lo implícito, posibilitando modos de ser, pensar, sentir y hacer socialmente sancionados (Fernández, 2007). En palabras de Castoriadis (2010), son al mismo tiempo “principio de existencia, principio de pensamiento, principio de valor, principio de acción” (p. 32).

En este sentido, los imaginarios profesionales se refieren a aquellas naturalizaciones e implícitos presentes en las maneras de pensar, sentir y hacer; en los sistemas de creencias y las certezas teóricas y técnicas de un oficio en un determinado momento histórico-social (Tajer, 2020). Lxs profesionales suelen no tener registro consciente cuando actúan desde sus imaginarios profesionales; por el contrario, en general creen que están operando solo desde sus conocimientos científicos y teórico-experienciales. De esta manera, este concepto permite identificar que en el trabajo en salud mental con niñas siempre está presente una relación de tensión entre dichos conocimientos y los imaginarios (Tajer, 2020).

Fernández (2007) define el carácter implícito de las SIS como una manera de operar en latencia. Ello no quiere decir que las SIS están ocultas en alguna profundidad, sino que laten-ahí-todo-el-tiempo, de manera naturalizada. Desde allí establece que los imaginarios son latencias sociales que, en su incesante invención, producen y reproducen los magmas de lo histórico-social (Fernández, 2007). En la misma línea, Rosso (2023) refiere que las SIS se manifiestan encarnadas en los productos históricos; de manera que para captarlas es preciso atravesar un momento de creación de sentido y no de develamiento o descubrimiento de un sentido encriptado.

Aquí merece la pena detenernos en otro aspecto del concepto. Las SIS abarcan el conjunto de representaciones que instituye una sociedad, pero también remiten a la producción histórico-social de afectos y de orientaciones de la acción. En el “El avance de la insignificancia”, Castoriadis (1997) señala que la función de las SIS es triple: en primer lugar, estructuran las representaciones del mundo para cada sociedad. En segundo lugar, designan las finalidades o intencionalidades de la acción. En tercer lugar, instituyen los tipos de afectos característicos.

Al respecto, Rosso (2023, p. 121) puntualiza:

Las representaciones refieren al particular modo de figurar y organizar el mundo –es decir, de dotarlo de forma para sí y de poner en relación los elementos así distinguidos– que definen el universo de sentido instituido por un colectivo; las intencionalidades operan como una suerte de impulso o empuje que orienta de manera global, lo que se pondera al interior de una sociedad, una finalidad –no necesariamente explicitada– que delinea y jerarquiza lo valioso respecto de lo insignificante, lo lícito respecto de lo ilícito; por último, los afectos suponen una valoración o valuación de las representaciones, como una modalización en términos positivos y negativos que adquiere la forma de regulaciones sentimentales o criterios morales, de tal manera que se instaura un ‘humor o Stimmung específico –un afecto o una nebulosa de afectos que impregnan la totalidad de la vida social.

Para la presente tesis incorporamos esta apreciación a la hora de pensar los imaginarios profesionales. De esta manera, los consideramos como la **creación histórico-social de ciertas SIS, entendidas como un conjunto de representaciones, orientaciones de la acción y sentires naturalizados**, que guían las maneras de pensar y nominar las problemáticas en salud mental, que sostienen las modalidades de abordaje y que participan en la producción de los sentires en el trabajo en salud mental (Fernández, 2007; Kreis *et al.*, 2023; Tajer, 2020a).

Respecto a las representaciones profesionales, consideramos las formas de pensar y de nominar el sufrimiento psíquico de las niñas y las causas de ese malestar. Ello debido a que nominar el malestar de las niñas no es un acto meramente semántico y/o técnico. Las formas de pensar y nominar profesional forman parte de la lucha política por el poder de

conservar o transformar el mundo social, conservando o transformando las categorías de percepción de ese mundo (Fernández, 2014; Tajer, 2020a). Asimismo, los imaginarios profesionales componen las intencionalidades de la acción, que en este caso consideramos como las modalidades de abordaje en salud mental. Es decir, las actividades que los equipos realizan para prevenir, dar tratamiento, controlar, aliviar y/o curar un padecimiento determinado vinculados a las demandas de atención.

Para ello, siguiendo a Fernández (2007), se tiene en cuenta no solo lo que lxs profesionales pueden relatar sobre las modalidades de intervención sino también formas organizacionales de los equipos al interior de los establecimientos hospitalarios, las condiciones y distribuciones edilicias espaciales y materiales. Por último, se incluyen las maneras de sentir y las valoraciones presentes en la experiencia de lxs profesionales respecto a lo que se hace y se piensa en el trabajo cotidiano.

1.2. b. Vertiente radical o instituyente de los imaginarios profesionales

Lo imaginario en la propuesta de Castoriadis no remite únicamente a las formas de reproducción de las SIS. Por el contrario, su propuesta conceptual pone el énfasis en una manera de hacer pensable la creación humana en el sentido más radical. De allí que el autor postula al imaginario radical o instituyente como una categoría central que permite pensar la creación de las colectividades humanas (Castoriadis, 2010).

Para aproximarse a esta noción de creación incorpora la metáfora volcánica de magma como “un fluir inagotable de significaciones que en parte puede solidificarse (representando así lo instituido), y en parte se refunda y recrea permanentemente (y por eso representa lo instituyente)” (Anzaldúa Arce & Ramirez Grajeda, 2018, p. 268). Con esta metáfora busca construir una “nueva lógica” -magmática- en la conceptualización de

las SIS de una manera que supere los binarismos clásicos a la hora de pensar la relación entre la razón y lo no racional.

La lógica magmática implica un cuestionamiento a la idea de la determinación absoluta planteada por la tradición del pensamiento occidental, pero no supone una filosofía de la indeterminación (Fernández, 2007). Las SIS se despliegan siempre en dos dimensiones indisociables que son la dimensión conjuntista identitaria y la dimensión propiamente imaginaria. Respecto a la primera, Castoriadis (2010) refiere que las sociedades operan con “elementos”, con “clases”, con “propiedades” y con relaciones distintas y definidas. Por ejemplo, las SIS del lenguaje poseen un código, un corpus finito y definido de expresiones lingüísticas con sus significados canónicos que están registrados generalmente en un diccionario. Ahora bien, el haz de remisiones respecto a un término está siempre abierto ya que se acude permanentemente a la emergencia de significados lingüísticos distintos de los ya registrados. Este último aspecto caracteriza a la dimensión propiamente imaginaria.

Las SIS no se organizan por conjuntos distintos y definidos, sino que se relacionan las unas con las otras a partir de la remisión: las SIS son indefinidamente determinables ya que siempre se la puede remitir provisionalmente como elemento identitario a otro elemento identitario pero estas determinaciones jamás la agotan (Fernández, 2007). De esta manera, la metáfora de magma expresa aquello a partir de lo cual se pueden construir organizaciones conjuntistas en cantidad indefinida, pero que jamás puede ser reconstituido idealmente por composición conjuntista de esas organizaciones (Castoriadis, 2010; Fernández, 2008).

En el ámbito de la investigación, estos postulados traen aparejados una cuestión filosófica: la imposibilidad de apresar y objetivar al imaginario por ser una categoría que

apunta a nombrar la producción incesante e inconmensurable de la creación singular-colectiva. Castoriadis (2010) lo advierte cuando señala “las categorías implicadas por el mundo de las significaciones sociales y nuestra relación con él dejan su ser fuera de alcance” (p.430).

Ahora bien, a los fines de la presente tesis tomamos lo establecido por diversos autorxs que han producido desarrollos teóricos sobre los imaginarios sociales haciendo foco en el rol de las SIS en las construcciones de sentido de los sujetos y colectivos, sin pretender indagar “los imaginarios” como sustantivos o “cosas” operativamente objetivables (Anzaldúa Arce & Ramirez Grajeda, 2018; D’Agostino, 2014; Fernández, 2007; Kreis et al., 2023).

Asimismo, si tenemos en cuenta que en Castoriadis la producción de la teoría tiene como objetivo la construcción de un proyecto político de autonomía, es posible pensar la posibilidad de indagación de las luchas de creación instituyentes en el seno de un escenario social determinado (Fernández, 2007).

Al respecto, Castoriadis (2010) le otorgó fundamental importancia al proceso de elucidación crítica que consiste en el trabajo por el cual las personas se interrogan acerca de los presupuestos y fundamentos de ciertas ideas, sentires y acciones. El autor establece que esta actividad es de suma importancia cuando la interrogación implica un esfuerzo por romper la cerrazón en la cual nos encontramos necesariamente al ser sujetos constituidos por la institución sociohistórica. En este esfuerzo, la imaginación juega un rol central ya que el cuestionamiento de lo instituido, es decir, de las “verdades establecidas” jamás es ni puede ser hecho en el vacío, sino que siempre es acompañado de la producción de nuevas formas de pensar, sentir y actuar.

Por lo tanto, consideramos que **trabajar con la categoría de imaginarios profesionales también implica introducir la indagación de sentidos instituyentes**. Por un lado, a partir de hacer foco en la indagación de procesos de elucidación profesional respecto a los modos de sentir, pensar y hacer instituidos. Esto permite dilucidar la puesta en juego y/o coexistencia de diversos sentidos y formas de habitar las instituciones en el marco de un oficio cotidiano. También, a partir de la indagación de acciones que De Certeau (2000) llama invenciones culturales de índole práctico y táctico, que operan en tensión con el marco social instituido y son consustancialmente reacias a ser plegadas o sometidas a este.

A continuación, nos centramos en los vínculos entre la categoría de imaginarios profesionales y los dispositivos de poder a los fines de dilucidar el rol de estos en la constitución de los modos de subjetivación y objetivación de la niña púber y su salud mental.

1.3. Imaginarios profesionales como elementos de los dispositivos de poder

Anteriormente puntualizamos las dos vertientes de los imaginarios profesionales- instituida e instituyente- como dos aspectos de la noción que apuntan a poder pensar tanto la capacidad de conservación de las SIS como la capacidad de creación sociohistórica de nuevas formas de representar, sentir y actuar.

Fernández (2007), a partir de la recepción de los aportes de Castoriadis, Michel Foucault y Gilles Deleuze, establece que la noción de imaginarios instituidos e instituyentes permite configurar enlaces con la categoría de poder ya que lo que se pone en juego en estas vertientes tiene que ver con las luchas por conservar o transformar el mundo conservando o transformando las SIS.

El poder en la obra de Foucault (2002) apunta a pensar una dimensión productiva distinta de las lecturas tradicionales sobre la sujeción y/o dominación a las instituciones, a la ley, a los grupos dominantes o al Estado. Por el contrario, nombra un conjunto de relaciones locales y móviles que pueden adquirir formas no igualitarias, pero, no obstante, son immanentes a todas las relaciones sociales (Foucault, 2002). A su vez, para Foucault (2002), el poder es omnipresente ya que se está produciendo a cada instante, en toda relación de un punto con otro; de manera que no es correcto hablar de oposiciones binarias entre dominadores y dominados o de un ejercicio de arriba hacia abajo. Por el contrario, las relaciones de poder operan en tensión con múltiples relaciones de resistencia, presentes en las distintas partes de la red de los dispositivos.

Asimismo, las relaciones de poder son intencionales y no subjetivas. Es decir, tienen una dirección y un objetivo, pero este no debe ser entendido como el resultado de la voluntad de un sujeto, institución o grupo determinado. En palabras del autor “la racionalidad del poder es la de las tácticas (...) que encadenándose unas con otras, solicitándose mutuamente y propagándose, encontrando en otras partes sus apoyos y su condición, dibujan finalmente dispositivos de conjunto” (Foucault, 1991, p. 115).

La noción foucaultiana de dispositivo alude a una red heterogénea de elementos discursivos y no discursivos -discursos, instituciones, planificaciones arquitectónicas, decisiones reglamentarias, leyes, medidas administrativas, enunciados científicos, proposiciones filosóficas, morales, filantrópicas- que se pueden encontrar en articulación, concordancia, discordancia, enfrentamiento y/o accionar en función de las estrategias de poder (Foucault, 1991). El autor establece que los dispositivos surgen a partir de una urgencia histórico-social, en un primer momento, con la prevalencia de un objetivo estratégico. Luego, se constituyen por un proceso doble. Por una parte, se da una

sobredeterminación funcional, donde cada efecto, ya sea positivo o negativo, deseado o no, resuena o contrasta con los demás, lo que requiere un reajuste continuo de los elementos heterogéneos que surgen en diferentes contextos. Por otra parte, se observa un proceso de relleno estratégico perpetuo (Foucault, 2002).

La autora toma los desarrollos foucaultianos y deleuzianos sobre el poder para conceptualizar los imaginarios como un elemento correspondiente de los mismos. Al respecto señala:

Los imaginarios sociales y sus prácticas no son autónomos, sino que forman parte de los dispositivos de poder que objetivizan y subjetivizan tales significaciones. Para que aquello que se encuentra en situación de subordinación permanezca en ella y para que tal relación de fuerzas pueda reproducirse a través de largos períodos históricos es necesaria la producción de modos de objetivación que argumenten y legitimen y modos de subjetivación que “naturalicen” su posición social desventajosa (Fernández, 2007, p. 52).

Los imaginarios sociales, en tanto integrantes de los dispositivos, participan de los modos de objetivación ya que nominan, argumentan y legitiman social y científicamente los ordenamientos de sentido; pero también de los modos de subjetivación en tanto producen las modalidades del pensar, sentir y actuar de los integrantes de la sociedad (Fernández, 2007).

Para que las relaciones de poder se sostengan son necesarias ciertas relaciones de fuerza, pero también ciertas relaciones de sentido debido a que la percepción y conceptualización del mundo social no es algo dado sino un proceso de construcción que opera en el accionar de las prácticas sociales según el lugar ocupado en el espacio social (Fernández, 2007).

Aquí lxs profesionales de la salud mental cobran relevancia por ser productores hegemónicos de las representaciones, sentires y acciones objetivadas del mundo social. Forman parte significativa de los dispositivos de poder ya que tienen un rol destacado en las estrategias de objetivación, es decir, en la nominación y legitimación social y científicamente en el establecimiento de sus malestares subjetivos, sus causas y en el esbozo modalidades de abordaje. También, en la reproducción de los modos de subjetivación ya que forman parte de las disciplinas que históricamente han participado de la relación entre las formas de representación que cada sociedad instituye para la conformación de parámetros normativos respecto del deber ser de lxs sujetxs y las maneras en las cuales se constituye su singularidad.

A los fines de avanzar en la construcción de una caja de herramientas para la investigación de los imaginarios profesionales acerca de las niñas y su salud mental en la atención hospitalaria, en el próximo capítulo nos abocamos a trabajar sobre el término género como dispositivo de poder desigualador. A partir de allí, establecemos su rol en la constitución de los modos de subjetivación de las niñas atendiendo tanto a la dimensión histórico-social como a las repercusiones del género en la constitución psíquica. Asimismo, desarrollaremos el vínculo con los modos históricos de objetivación de la salud mental de las mujeres y niñas.

CAPÍTULO 2: GÉNERO COMO DISPOSITIVO DE PODER DESIGUALADOR

En las últimas décadas, ha sido notoria la relevancia social y política que adquirió la categoría de género en diversos campos disciplinares, entre los que podemos situar a la psicología. En la presente tesis resulta una categoría fundamental que conceptualizamos recuperando aportes de autorxs provenientes de la filosofía, la psicología y el psicoanálisis.

En el campo de la filosofía consideramos relevantes los aportes de Judith Butler (2007) sobre el género. Butler (2007) establece que la noción de género proveniente de la teoría feminista de fines del siglo XX tiene limitaciones conceptuales ya que lo define como la construcción cultural variable del sexo, lo que implica sostener que este último es un atributo biológico inmutable y predeterminado. Para la autora, la construcción del sexo, como la del género, es cultural ya que su categorización binaria y discreta es producto de un régimen de sexualidad histórico y específico (Butler, 2007; Foucault, 2002).

Butler (2007) parte de los desarrollos de Foucault (2002) sobre el dispositivo de la sexualidad como artefacto propio de los siglos XVIII y XIX que produjo la representación del sexo a partir del establecimiento de dicotomías como cultura/naturaleza y varón/mujer. De esta manera, se estableció la diferencia sexual a partir de localizar al sexo como verdad anatómica definida por criterios como la falta y el exceso, la presencia y la ausencia, la normalidad y la anormalidad (Campagnoli, 2008). A partir de lo anterior, la autora define al género como un aparato regulador a través del cual se produce tanto la naturalización de lo femenino y lo masculino como su deconstrucción (Butler, 2018). El género no es exactamente lo que uno es o lo que uno tiene. El género es el dispositivo de poder a través del cual tiene lugar la producción y la normalización de lo masculino y lo

femenino junto a otras formas intersticiales hormonales, cromosómicas, psíquicas y sociales que asume (Butler, 2018).

Estos desarrollos nos permiten una mayor amplitud a la hora de pensar al género ya que visibilizan que los juegos de fuerza que hacen a las relaciones de poder propias del dispositivo de género implican tanto formas de normalización como de deconstrucción de las identidades binarias femeninas y masculinas. Esto, en materia de producción de las identidades de género, nos conduce a reconocer que cuando se menciona a las niñas ello no necesariamente se reduce a las niñas cis. Es decir, aquellas niñas en las que al momento de su constitución psíquica coinciden la identidad de género asignada al nacer y la identidad de género autopercebida (Radi, 2019). De manera que la amplitud de la categoría nos permite hacer precisiones: en la presente tesis nos centramos en indagar imaginarios profesionales sobre las niñas y su salud mental atendiendo a problemáticas y modalidades de abordaje de niñas cis¹.

Lo anterior implica reconocer que la identidad de género en la niñez se encuentra en proceso de constitución. La identidad de género en las niñas deviene de una relación particularizada con otrxs que encarnan las instituciones de la sociedad (Lesbegueris, 2014). Hablar de identidades en la infancia (trans o cis) no niega la posibilidad de futuros

^{1 1} El término cis es creado por la comunidad trans en los años de 1990 y utilizado por activistas e investigadorxs trans* para referirse a aquellas personas cuya identidad de género asignada al momento de nacer se corresponde con la identidad de género auto percibida (Radi, 2019). Esta nominación supone un cambio de paradigma ya que quienes nombran son aquellxs que históricamente han sido nombradxs y categorizadxs. Asimismo, complejiza la categoría de género, la cual ya no se reduce únicamente a mujeres y varones cis.

cambios; no obstante, para las niñeces trans, permite nombrar y legitimar la emergencia histórico-social de otras niñeces posibles (Tajer, 2020b).

Desde el campo de los estudios de género y el psicoanálisis, consideramos fundamentales los aportes de Fernández (2014) que, en el mismo sentido que Butler, establece relaciones entre el género y los dispositivos de poder. No obstante, a diferencia de esta autora, Fernández (2014) se centra en las desigualaciones que producen las diferencias de género entre feminidades y masculinidades cis. Al respecto plantea “hablar de diferencias de género alude a dispositivos de poder por los cuales- en cada sociedad- las diferencias biológicas han justificado desigualdades sociales” (Fernández, 2014, p. 45). Los desarrollos de esta autora sobre el género resultan fundamentales ya que nos permiten pensar que, en muchos casos, son las desigualdades sociales propias del dispositivo de género las que instituyen diferencias entre niños y niñas.

Los dispositivos de desigualación de género son aparatos de fragilización, inferiorización y discriminación que operan a partir de la naturalización de un colectivo como inferior. En este caso, lo tomaremos para pensar las niñas cis. Uno de los ejes de estos dispositivos de desigualación es económico-político, es decir, de producción de desigualdad distributiva en el acceso a los recursos económicos, políticos y en ejercicio de poder sobre ellos (Fernández, 2014).

Nos interesa destacar la dimensión subjetiva del dispositivo de género. Este es otro elemento clave para el sostenimiento y la eficacia de las desigualdades de poder, riquezas y bienes simbólicos a lo largo de los distintos momentos históricos sociales. Dentro de la misma, situamos a los imaginarios como aquellos encargados de producir la naturalización de la inferioridad femenina a partir de la constitución histórico-social de ciertas SIS. Es decir, de ciertas maneras de representar, sentir y accionar, tanto para

quienes integran los aparatos de poder como para quienes constituyen los grupos estigmatizados (Fernández, 2014).

A continuación, profundizamos en el papel de estos elementos en la constitución de los modos de subjetivación de las niñas, considerando tanto la dimensión histórico-social y psíquica como los modos históricos de objetivación.

2.1 El género y su rol en la dimensión histórico-social de las niñas púberes

Las contribuciones sobre el vínculo entre el género y los imaginarios profesionales nos permiten construir una propuesta teórica para pensar los modos de subjetivación de las niñas. Ello, debido a que la constitución de las SIS -representaciones, fines y afectos- nos aproxima, en cada momento histórico-social, a un tipo de individuo particular, es decir, un tipo antropológico específico que se define en función de lo que es, piensa, quiere y siente (Castoriadis, 2001). Al mismo tiempo, posibilita pensar la concurrencia de papeles sociales, cada uno de los cuales es autosuficiente y complementario en relación con los demás (Castoriadis, 2001).

Desde aquí consideramos que la niña y la niñez no remiten a conceptos a-históricos y de validez universal sino, más bien, a una producción histórico-social (Ariés, 1987; Fernández, 1994). Al respecto, Castoriadis (2001) menciona “El estado de la infancia como tal tiene evidentemente una dimensión biológica y el ser niño es una institución cuya forma es transhistórica en el sentido de que toda sociedad debe otorgar algún estatuto a los niños” (p. 120). Es decir, que, si bien en las sociedades siempre ha existido la presencia de niños y niñas, la niñez pensada como campo social de significaciones se instituye en un largo proceso histórico e incluso aparece como un fenómeno tardío en la historia occidental (Fernández, 2014).

El advenimiento de la niña como construcción histórico-social es producto de una serie de transformaciones en las creencias y en la vida cotidiana sobre la familia, la sexualidad y la educación de la sociedad capitalista en la Modernidad (Ariés, 1987; Donzelot, 1990; Fernández, 1994). Los discursos, prácticas sociales y valores referidos a la niñez se produjeron en Europa y en Estados Unidos y operaron como ideologías hegemónicas que alcanzaron a diversos países y a sectores sociales (Fernández, 2014).

En este contexto, se fue consolidando la particularización de la niñez, es decir, se instituyeron una serie de representaciones, afectos y orientación de las acciones, ancladas en SIS que definieron al niño como un ser incompleto e incapaz que requiere de acompañamiento, de atención, de cuidados y de educación para asegurar su adaptación al medio social (Fernández, 2014; Costa y Gagliano, 2000). A partir de ello, lxs niñxs se definen como aquellos amparados por la institución familiar y escolar, ya que son reconocidos como hijos de una familia legítima y como alumnos del sistema educativo (García Mendez, 1994).

Sin embargo, no todxs lxs niñxs responden históricamente a un universo común de significaciones ni se inscriben en las mismas prácticas. En la particularización de la infancia operaron desigualaciones de género y de clase social ya que las significaciones modernas de la niñez se restringieron en principio a los niños varones de sectores burgueses (Fernández, 2014).

La constitución histórico-social moderna de las niñas púberes se encuentra estrechamente vinculada a la producción de imaginarios cristalizados o mitos que definen a las mujeres en su rol de madres, esposas y partenaires sexuales. De esta manera, Fernández (2009) establece que la particularización de las niñas de sectores burgueses no se organizó a partir de la educación escolar sino a partir de una educación moral con dos objetivos

fundamentales: instruir a las niñas para ser esposas dóciles y obedientes y asegurar la virginidad hasta el matrimonio. Estos objetivos se vinculan con los mitos organizadores de la feminidad, entre los que incluimos al mito Mujer=Madre y a la pasividad erótica femenina.

El mito Mujer=Madre establece a la maternidad como la esencia de lo femenino, es decir, como el rol a través de la cual la mujer alcanzaría la realización y la adultez. La eficacia de este mito se produce, en primer lugar, a partir de una ilusión de naturalidad que homologa la reproducción a la maternidad (Fernández, 2009). De esta manera, la maternidad queda reducida a una “práctica natural” en tanto las mujeres poseen un instinto materno que parecería ser el encargado de proveer las conductas adecuadas para resolver las prácticas de crianza. En segundo lugar, a partir de una ilusión de atemporalidad que sugiere que la maternidad en tanto fenómeno natural no requiere de ninguna revisión histórico-social, cultural o económica. Por el contrario “siempre fue y será así”. En este sentido, al definir a las mujeres a partir de la maternidad, se jerarquizan proyectos vitales, prácticas y valores deseables para las mujeres (Fernández, 2009).

En este sentido, la pubertad se significaba como el momento en que se “protege” la virginidad de la niña hasta el matrimonio. Esto se vincula con el mito la pasivización erótica femenina, el cual proscribía el modo de producción y ejercicio de la sexualidad de las mujeres en el marco de relaciones patriarcales (Fernández, 2009; Giberti, 2009). Con virginidad, no se entiende únicamente la ausencia de relaciones sexuales antes del matrimonio, sino todas aquellas “ignorancias” que garantizan que el encuentro sexual dependa de la iniciativa y de la actividad del varón (Fernández, 2009).

La inocencia se consideraba el rasgo más importante de la niña y adolescente y este último solo era posible gracias a la ignorancia (Fernández, 1994). La ignorancia debe ser

entendida como el exilio del propio cuerpo, es decir, la alienación de exploración de los placeres y de los deseos eróticos. Las niñas quedaron excluidas de experiencias de búsqueda activa de placer y de la exploración con el propio cuerpo. A su vez, se las excluyó del saber sobre su cuerpo y de la nominación de sus genitales externos e internos. Se significó únicamente el útero, convertido en recinto de lxs hijxs a engendrar (Giberti, 2009). De esta manera, la pasividad erótica femenina tiene como correlato la tutela sexual por parte de los varones. Esto quiere decir que se coloca al varón en el lugar de proveedor de placer sexual de manera que el ritmo del placer erótico femenino queda a merced del placer erótico masculino. La mujer debe “entregarse” al hombre, ofrecer su cuerpo, lo que la deja a pura disposición del otro (Fernández, 2009).

Ahora bien, resulta necesario aclarar que los imaginarios que situaban a la niña y a la mujer como seres frágiles, virginales, maternales y tutelados por figuras masculinas, es propia de los sectores burgueses (Fernández, 2009). En los sectores populares, la particularización de las niñas demoró hasta comienzos del siglo XX. Hasta entonces, las desigualaciones de clase social y género delimitaron formas de vida ligadas a la explotación laboral, al trabajo doméstico, a la maternidad y a la prostitución (Fernández, 2014).

Al respecto consideramos lo que señala Walkerdine (1998) sobre la figura de la “pequeña Lolita” como SIS propia de las niñas de sectores pobres. La pequeña Lolita es aquella pequeña seductora que asume el comportamiento que se considera propio del niño varón. A saber: ser travieso, creativo y desafiante de las normas. Una niña traviesa y firme es interpretada como descarada, con ínfulas, excesivamente madura y precoz; por ende, opuesta a la representación de la niña buena y trabajadora, irracional pero obediente, figura que preanuncia a la madre que cría bien a sus buenos hijos (Walkerdine, 1998).

Las representaciones de las niñas de sectores pobres las figuran como mujercita, pero no en su rol maternal sino, en palabras de Walkerdine (1998) como “la puta insalubre frente a la virginidad de la niña buena” (p.488).

Por lo tanto, la constitución de los modos de subjetivación en la niñez no es homogénea sino que se vincula a dispositivos de desigualación de poder que diferencian/desigualan según género, clase social, localización geopolítica, entre otros (Fernández, 2017). Arrojar visibilidad sobre el surgimiento de la niña como producción histórico-social en la que los imaginarios tienen un rol fundamental nos permite desnaturalizar, problematizar y pluralizar los modos de subjetivación de las mismas.

En este sentido, junto a la persistencia de estos imaginarios cristalizados modernos es importante mencionar formas de organización de sentido actuales con grandes repercusiones en las niñas púberes. Hacia fines del siglo XX, Walkerdine (1998) alertó sobre la erotización de las niñas en los medios populares de comunicación y la igualmente omnipresente negación de este fenómeno. La erotización de la infancia, en el marco de la industria cultural, retoma y desplaza algunos de los sentidos modernos, poniendo de relieve el cuerpo sexuado, erotizado y adultizado de las niñas. Las imágenes populares de niñas atrayentes, seductoras y a la vez inocentes está presente en los distintos medios de comunicación. La autora considera que esta imagen es altamente contradictoria ya que las sitúa simultáneamente como amenaza y soporte de la racionalidad, pequeñas vírgenes que podrían ser putas, que deben ser protegidas pero que están seduciendo constantemente. Esto podría tener efectos en términos de la producción de afectos ambivalentes respecto a las niñas púberes como así también en la manera en que ellas mismas y lxs adultxs viven esa complejidad (Walkerdine, 1999).

González (2019) sostiene que este fenómeno produce respuestas, principalmente del discurso psi, que califican estos hechos con los conceptos de hipersexualización infantil, erotización precoz, erotización temprana, adultización, entre otros. Se producen debates que suscitan las denuncias a nuevos productos o fenómenos de la industria cultural, en los que se privilegia la experticia de especialistas que insisten en el daño que puede provocar en las niñas el salto de las etapas que corresponden al “desarrollo normal” de sus corporalidades y de su subjetividad (González, 2019). La noción articuladora de las críticas a la industria cultural es la de desarrollo evolutivo. A lxs niñxs les corresponde el juego; y contrariamente a lo que corresponde a esa determinada etapa vital, el mercado de consumo neoliberal cosifica a las niñas para el consumo y el entretenimiento de adultos (Gonzalez, 2019).

Gonzalez (2019) alerta sobre las implicaciones que tiene la reproducción de visiones normativas sobre la infancia sin una revisión de la dimensión histórico-social de las niñas. Si no se elucidan los sentidos organizadores sobre la infancia puede seguirse reproduciendo una normalización de las etapas evolutivas de las niñas esperables a partir de la reproducción de los mitos modernos de la feminidad (Mujer=Madre, pasivización erótica femenina, amor romántico).

En el siguiente apartado partimos de los aportes de la escuela argentina de psicoanálisis y género a los fines de visibilizar el rol del género como elemento determinante en la constitución psíquica de las niñas durante la pubertad.

2.2 Huellas de la desigualación de género en la constitución psíquica de las niñas púberes

Autorxs provenientes de la escuela de psicoanálisis y género argentina (Burin, 2012; Dio Bleichmar, 1997; Fernández, 2014; Levinton Dolman, 1999; Lorusso & Reid, 2020; Meler, 2009; Tajer, 2020b; Volnovich, 1999) aportan grandes herramientas para pensar la articulación entre la constitución psíquica y las construcciones histórico-sociales de la niñez.

En este punto, y en línea con el problema de investigación, nos detenemos en situar discusiones teóricas respecto a los sesgos de género del psicoanálisis como marco teórico clave en la formación del campo psi que hace a la constitución de los imaginarios profesionales. En Argentina, el psicoanálisis ha tenido y tiene un lugar sobresaliente en el campo de la salud mental. Lo Russo y Reid (2020) señalan que, si bien aporta grandes herramientas para pensar la tensión entre aspectos biológicos, psíquicos e histórico-sociales, las conceptualizaciones psicoanalíticas tradicionales han opacado las articulaciones de género y de poder en los devenires identitarios y sexuales y en los modos que adquieren los conflictos en la niñez (Lo Russo y Reid, 2020).

Esto coincide con lo que Castoriadis (2010) llama uno de los “puntos ciegos” del psicoanálisis, que es el papel de la institución histórico-social en la estructuración de la *psique*. En la obra castoridiana, estructuración y socialización de la *psique* son un proceso simultáneo e indisoluble (Fernández, 2007). En este aspecto, cuando hablamos de aparato psíquico, nos referimos a un sistema abierto y complejo, en relación constante con el exterior del cual se recibe elementos de lo real que suscitan nuevos ensamblajes y reorganizaciones (Bravetti *et al.*, 2019).

Emilce Dio Bleichmar (1997) considera que la omisión del género a la hora de conceptualizar el desarrollo psicosexual de la niña condujo a una lectura patriarcal y adultocéntrica. El estudio de la constitución del inconsciente sexuado de la niña frente a la sexualidad de los adultos apenas fue esbozado por Freud y, a su vez, estos desarrollos omiten el estudio del material clínico respecto a las niñas (Dio Bleichmar, 1997). En este sentido, la teoría de la sexualidad humana ha sido pensada y construida unilateralmente desde el varón a partir de un trabajo de reconstrucción adulta (Dio Bleichmar, 1997).

En efecto, la categoría “género” no fue utilizada por Freud, así como tampoco es utilizada actualmente en ciertos sectores de la comunidad psicoanalítica debido al supuesto de que la temática identitaria y de las relaciones de poder entre los géneros no es propia del campo (Dio Bleichmar, 1997; Lorusso y Reid, 2020; Tajer, 2020b).

Por ello, consideramos que los diálogos entre el campo de los Estudios de Género y el Psicoanálisis permiten resultados fecundos ya que comparten una perspectiva crítica que sienta las bases para el diálogo, las deconstrucciones mutuas y las diferenciaciones necesarias (Lo Russo y Reid, 2020). Por un lado, los estudios de género contribuyen a visibilizar las relaciones desiguales de poder entre los géneros en interjuego con otras variables como la clase social, la edad, la localización geopolítica, entre otras, que posibilitan hacer lecturas no homogeneizantes de las subjetividades (Lo Russo y Reid, 2020; Tajer, 2020b). Por otro lado, el psicoanálisis permite pensar la labor de captura, de apropiación y de transformación subjetiva de las relaciones sociales instituidas respecto a las desigualaciones de género, en intersección con otras diferencias fuentes de inequidad (Lo Russo y Reid, 2020; Tajer, 2020b).

La incorporación de la categoría de género al campo psicoanalítico permite pensar que, en el proceso de socialización, la niña se encuentra con un universo de SIS en el que las

distinciones femenino/masculino están instituidas, lo que produce una subjetividad que difícilmente puede ser concebida como neutra o sin género (Dio Bleichmar, 1997). El género constituye aquel ordenador de sentidos de la vida social que lxs niñxs descubren y metabolizan, lo que trae aparejado un proceso de inscripción psíquica, fantasmaticación, rechazo o aceptación y la construcción individual del significado sexual que gobernará su vida psíquica (Dio Bleichmar, 1997).

Cada sociedad construye SIS centrales de niña y de niño que adquieren la particularidad que cada familia le adjudique a su hijxs. Estas SIS generalmente suponen que una niña debe ser dulce, tierna, sumisa, obediente tanto como el varón debe ser fuerte, activo, rebelde, agresivo, travieso e independiente. Los imaginarios son múltiples y variables, pero tienden a diferenciarse de acuerdo con la asignación del sexo y comienzan a operar aun antes del nacimiento del *infans* (Volnovich, 1999).

En este punto, el concepto de género nos permite entender a la feminidad y masculinidad como una dimensión de la instancia del yo implantada por la configuración parental en la psique infantil a partir de los imaginarios centrales que preexisten a la niña (Dio Bleichmar, 2000). Ahora bien, los modelos ideales no vienen dados de una vez y para siempre, sino que se van transformando a lo largo del tiempo, a medida que cambian los imaginarios sociales sobre estos mandatos (Volnovich, 1999).

Estos aportes son significativos para conceptualizar la pubertad, como hito de la historia singular en el que se producen cambios del cuerpo, nuevas exigencias socioculturales y un desafío de metabolización y de transformación de estos cambios por parte del aparato psíquico (Bravetti *et al.*, 2019; Toporosi & Franco, 2023). Respecto al cuerpo, en la pubertad se presentan cambios hormonales acompañados del desarrollo del aparato genital con abruptas transformaciones en la imagen corporal y en las sensaciones. Esto

demanda al aparato psíquico cambios para arribar a una libidinización satisfactoria del cuerpo genitalizado (Bravetti et al., 2019).

En palabras de Bravetti *et al.*, (2019) el acceso a la genitalidad como proceso psíquico plantea una novedad. Instauro un nuevo orden y un quiebre con un orden previo ya que conduce a la reedición de las experiencias sexuales infantiles y al encuentro de nuevas investiduras objetales. Este trabajo implica un reordenamiento psíquico que, lejos de producirse en relación armónica con la maduración del cuerpo, requiere de un gran movimiento representacional y afectivo, que tiene destino incierto, en tanto la trayectoria pulsional y erógena y los avatares del narcisismo se rearmen en una trayectoria abierta y complejizante (Bravetti et al., 2019).

Dio Bleichmar (1997) retoma las apreciaciones descriptivas de Freud sobre las diferencias “tajantes” entre varones y mujeres para situar un escollo teórico. Freud (1905) considera que la diferencia psicosexual entre varones y mujeres en la pubertad se debe al destino fisiológico ligado a fines heterosexuales reproductivos: en los varones se acude a un empuje de la libido mientras en las mujeres se produce una nueva ola de represión de la expresión y disponibilidad de la sexualidad. La causa de esta represión la sitúa en el componente masculino de la sexualidad femenina infantil cuya zona erógena rectora es el clítoris de manera que en la pubertad la mujer debe mudar la zona rectora a la vagina a los fines de la práctica sexual reproductiva posterior.

En este punto, Dio Bleichmar (1997) señala:

Si bien Freud considera responsable de la represión al componente masculino de la libido que la niña debe reprimir, es todo lo contrario: la niña se verá obligada a reprimir toda expresión y disponibilidad al acto sexual por el componente

femenino de su feminidad. De manera que la observación de Freud es una comprobación correcta, la niña reprime pero lo hace, justamente al contrario de lo que Freud creía, no por fálica, ni por un componente mayor de bisexualidad biológica, ni por masculinidad alguna, ya que ésta permite y legitima toda forma de sexualidad. Al llegar a la pubertad reprime en razón de su feminidad (p. 156)

Siguiendo a la autora, podemos situar un elemento fundamental: los cambios corporales de la pubertad se significan a partir de matrices de sentido -que podemos llamar imaginarios sobre el género- que prescriben representaciones, orientaciones de la acción y los afectos esperados para lxs púberes. La actitud parental y del entorno social no es similar ante los cambios corporales de púberes varones o mujeres, sino que, por el contrario, este momento vital se caracteriza por producir el empuje para la asunción de actitudes “apropiadas” a la identidad de género asignada, a reforzar los imaginarios de género, lo que ya en el problema de investigación llamamos intensificación del corset de género.

En la presente tesis acordamos que la pubertad es un proceso próximo al trabajo psíquico de la adolescencia, no obstante, **optamos por jerarquizar la condición de infancia en un sentido amplio utilizando la denominación niñas púberes.** En muchas ocasiones la significación social de la apariencia y las conductas de las niñas durante la pubertad entra en contradicción con el mito de inocencia infantil que define a la niñez como una etapa de pureza, ingenuidad y vulnerabilidad. Los cambios corporales y psíquicos de las niñas, sobre todo en el ejercicio de la sexualidad, rápidamente la inscriben como “señorita” o “muchacha” (Lowenkron, 2016) y, en muchos casos, pasan a ser tratadas como adultas, lo que destituye su condición infantil de sujetas de derecho. Y con ello, la necesidad de

que las instituciones del Estado y lxs adultxs continúen acompañando en la adquisición de la autonomía progresiva² del ejercicio de los derechos.

La pubertad es considerada por distintas psicoanalistas históricas (Hill & Lynch, 1983; Jacobson, 1976) como la época del desarrollo más crítica de la niña. Entre ellas, Jacobson (1976) sostiene que la dramática alteración del yo corporal en la púber permite pensar que el temor a la castración que experimenta el niño tiene su contraparte en el temor que experimenta la niña a sufrir algún daño en los órganos genitales. Ahora bien, a diferencia del temor del varón, que expresa una constelación imaginaria de extraordinaria rareza, en la púber la violencia sexual se trata de una situación real debido a las desigualaciones de género en la sociedad (Dio Bleichmar, 1997).

En el próximo apartado profundizaremos en los vínculos entre el género y los modos de objetivación de la salud mental de las mujeres y niñas.

2.3. Operatoria del género en los modos de objetivación de la salud mental femenina

Fernández (2009) sostiene que, aún con sus diferencias, la constitución de los saberes profesionales opera a partir de la Episteme de lo Mismo. La noción de Episteme, también foucaultiana, busca retratar las líneas que delimitan la visibilidad o aparición de un saber y las condiciones de posibilidad de la verdad. En *Las palabras y las cosas*, Foucault (1999) establece que la episteme opera como una grilla que da visibilidad y que define las

² La autonomía progresiva es un principio que establece que las niñas, niños y adolescentes pueden tomar decisiones por sí mismos a medida que van desarrollándose. Reconoce que los mismos son sujetos de derechos, lo que implica que tienen la capacidad de ejercer esos derechos de manera libre y autónoma. Sin embargo, se entiende que este ejercicio de autonomía se realiza de manera paulatina, de acuerdo con el momento del desarrollo en el que se encuentra.

condiciones de posibilidad de todo saber, sea que se manifieste en una teoría o en una práctica.

En esta línea, la Episteme de lo Mismo constituye un ordenador epistemológico que estructura representaciones, orientaciones de la acción y sentires en torno las diferencias entre los géneros desde una lógica atributiva, binaria y jerárquica. La lógica atributiva homologa las características del Hombre occidental, adulto, heterosexual y dueño de un patrimonio, al género humano universal y, por tanto, al modelo de salud mental, de manera que las otras identidades generizadas son vistas desde la negatividad (Hombre=Hombre) (Fernández, 2008).

Walkerdine (1998) señala que en el campo de la infancia esto implica que la “naturaleza del niño” se ha definido históricamente desde un parámetro masculino. Las SIS que caracterizan al niño como un ser racional, travieso, creativo y que rompe las normas, no son generalizables para todas las niñeces. Incluso, las SIS normativas acerca de la niña se definen por oposición: trabaja cuando el niño juega, sigue las normas en lugar de quebrarlas, es buena e irracional. La feminidad es el Otro de la infancia racional, de manera que, si se concibe como todo lo que el niño no es, se puede deducir que su presencia indica un desarrollo patológico de una infancia inadecuada (Walkerdine, 1998).

Por su parte, la lógica binaria establece dos valores exhaustivos y excluyentes de verdad donde uno es verdadero y el otro falso (en otros términos: A y no A) (Fernández, 2008). En salud mental, esta dimensión epistemológica implica la constitución de los pares antinómicos salud-enfermedad, que dividen a los sanos-normales por un lado y a los enfermos–locos-patológicos por otro. Desde aquí, el criterio de enfermedad es entendido como desviación de lo “normal”. La lógica binaria ubica a las niñas y a la feminidad

dentro del universo de lo patológico (Burin, 1990). De manera que establece que un cierto grado de locura acompaña y define a la salud mental de las mujeres (Burin, 1990).

Por último, la lógica jerárquica transforma uno de los dos términos binarios en inferior, como complemento o suplemento de lo Uno (Fernández, 2008). En materia de género, esto implica que el establecimiento de la diferencia instituye la desigualdad, de modo que tanto la niña como la mujer quedan relegadas a un complemento insuficiente e inferior del modelo humano masculino (Tajer, 2018).

La dimensión política de esta operatoria tiene graves repercusiones en las modalidades de abordaje profesionales ya que el argumento que define a las niñas y mujeres como “otro” -siempre extranjera, diferencia, complemento, suplemento o anomalía- ha sostenido durante muchos siglos a los dispositivos de discriminación, exclusión o estigmatización de género (Fernández, 2014).

En este sentido, consideramos los aportes de Costa (2023), que establecen que los imaginarios profesionales han operado a partir de la invisibilización y de la patologización de la producción de subjetividad de las mujeres y las niñas.

Las niñas han sido invisibilizadas en la historia, el lenguaje y la ciencia ya que las problemáticas particulares a las que se enfrentan comúnmente se incluyen en dos nociones: en la categoría de “niños” o “adolescentes” que no tiene en cuenta las desigualaciones de género o en la categoría sin edad de “mujeres” (Fernández, 2014; Giberti, 2009; Kreis, 2020). Esta forma de englobar ambos géneros y ciclos vitales en el lenguaje genera un ordenamiento de sentidos que, por una parte, tiende a neutralizar las diferencias que atañen a la infancia y omitir la especificidad de los procesos de

socialización y construcción de subjetividad propio de las niñas (Fernández, 2014). Por otra parte, vuelve intrascendente la existencia de la niña (Fernández, 2014).

De esta manera, las particularidades sociales y psicoevolutivas de las niñas han sido omitidas o han sufrido grandes procesos de invisibilización en los estudios sociales y psicológicos. Por ello, Giberti (2005) señala que el silencio que alrededor de las mismas impregna los imaginarios referidos a la niñez constituye una omisión que debe ser leída en términos de discriminación.

Por su parte, la patologización opera a partir de atribución de causas biológicas y/o psíquicas al sufrimiento psíquico de las feminidades de manera que la subordinación de género es vista como un hecho natural y científicamente establecido (Costa, 2023).

A partir de estos imaginarios, se han definido tradicionalmente los criterios de salud mental para las mujeres basados en la dependencia masculina, el desinterés, la auto postergación y la inhibición de la sexualidad y de la expresión hostil (Meler, 2012). De manera que las expresiones de género femenino abyectas a este modelo de salud han sido consideradas patológicas, atribuyendo a las mismas causas vinculadas a características corporales femeninas como, por ejemplo, los llamados “trastornos hormonales”, de “fiebre uterina” o consideraciones psíquicas propias de “etapas vitales” asociadas a la reproducción, la menopausia, etc (Burín, 2012). Esto condujo a que, en algunas ocasiones, los sufrimientos derivados de condiciones sociales adversas, de abusos y acosos cotidianos, sean representados a partir de patologías psiquiátricas predominantemente femeninas como depresión, ansiedad, bipolaridad. Vemos multiplicarse así, diagnósticos y terapéuticos de riesgo, que acaba silenciando las causas sociales que participan en la provocaron los sufrimientos (Miranda, 2019).

Respecto de las niñas y los efectos específicos en los criterios para la patologización, Guy (1998) señala que, desde inicios del siglo XX, los motivos de internación de adolescentes en hospicios se vinculan fundamentalmente con un comportamiento sexual distinto al de la pasivización erótica. Es decir, los diagnósticos de insania se derivan en muchos casos de ausencia de “pudor” o una actividad sexual activa que era considerada inapropiada para la edad, el sector social o la raza (Stoler, 2002).

No obstante, como hemos desarrollado, si bien los imaginarios profesionales tienen un rol fundamental en la institución de estrategias de poder desigual, reducir su accionar a la reproducción de ciertas SIS omite un elemento fundamental que tiene que ver con la capacidad de creación. En ese sentido, los imaginarios profesionales pueden insertarse en estrategias de fragilización de género de las niñas, pero también conformar estrategias de resistencia a las relaciones de poder desiguales entre los géneros. Es posible advertir imaginarios profesionales enmarcados en estrategias de resistencias singulares y/o colectivas cuando se producen modalidades de abordaje en salud mental basados en el ejercicio de los derechos humanos desde un enfoque integral (Kreis y Tajer, 2022).

Elaborar estrategias desde un enfoque integral implica que la manera de representar y trabajar respecto a las niñas y su salud mental produzca modalidades de abordaje en la que la diferencia sea concebida como forma de multiplicidad (Fernández, 2008). Es decir, se trata de poder analizar la multiplicidad de relaciones jerárquicas de las diversas diferencias fuentes de inequidad en salud como pueden ser de clase, de etnia, de género, geopolíticas, etc.; para entonces elaborar formas de atención de la salud mental que favorezcan la autonomía progresiva de esas niñas y contemplen estrategias de abordaje interdisciplinarios e intersectoriales situadas que puedan atender a la diversidad de elementos presentes en las problemáticas de salud mental.

En el próximo capítulo nos centramos en el campo de problemáticas de la salud mental deteniéndonos en los aportes del enfoque de derechos humanos y de género, así como también en la organización del sistema de salud argentino y los ejes que la LNSM (2010) prescribe para la atención de la salud mental infantil.

CAPÍTULO 3: CAMPO DE PROBLEMÁTICAS DE LA SALUD MENTAL

La salud mental constituye un campo de saberes, técnicas y prácticas amplio. Como todo campo (Bourdieu, 2002; Bustelo, 2007), está compuesto por enfoques, estudios y conceptos; por un conjunto de prácticas que incluyen acciones, programas y políticas y, finalmente, por una amplia gama de participantes entre los que se encuentran lxs profesionales. En palabras de Amarante (2009, p. 17), “pocos campos de conocimiento y atención en la salud son tan vigorosamente complejos, plurales, intersectoriales y presentan tanta transversalidad de saberes”.

En su interior existen antagonismos, disputas y pujas de poder respecto de qué se entiende por salud mental y qué aspectos se consideran relevantes para la indagación e intervención en salud (Amarante, 2009; Stolkiner, 2017). Esto es significativo en lo que respecta a las niñeces ya que las estrategias en salud mental involucran una diversidad de instituciones y la intervención de múltiples profesionales que realizan prácticas desde disciplinas, sectores y enfoques diferentes (Lo Russo, 2012).

La complejidad y disputas del campo se vinculan, en parte, con la complejidad de las problemáticas en salud mental. El campo de la salud mental es un subcampo paradigmático de la salud en general ya que comprende el estudio y trabajo con problemáticas sociales complejas que establecen límites a la concepción biologista-individual de la salud y la enfermedad (Carballeda, 2008; Stolkiner & Gómez, 2012). Por ello hablamos de campo de problemáticas: las formas de bienestar y sufrimiento psíquico son inmanentes a múltiples inscripciones: biológicas, deseantes, históricas, institucionales, políticas, económicas, de género etc. Asimismo, los modelos de atención en salud mental se encuentran históricamente imbricados con imaginarios sociales acerca de la salud mental y con los modos de subjetivación de una sociedad (Stolkiner, 2012).

En la actualidad, acudimos a la emergencia de modos de subjetivación y de sufrimiento psíquico que reflejan la crisis de sentido de muchos de los valores y tradiciones de la modernidad. Carballada (2007) establece que estas formas de sufrimiento contemporáneo son “problemáticas sociales complejas” producto de la crisis de los Estados de Bienestar y de la operatoria del mercado como gran disciplinador. Las transformaciones socioeconómicas, y la fragilización de las instituciones han contribuido al aumento de niños en situación de vulneración social y fragilidad psíquica (Stolkiner, 2017; Barcala y Conde, 2015).

Muchas de las problemáticas sociales complejas son expresión de los procesos de exclusión, de desamparo institucional y de vulneración de derechos humanos que sufren las niñas (Carballada, 2007; Stolkiner, 2017; Fernández, 2008). Esto implica “no sólo desigualdad de oportunidades, desnutrición, desempleo, etc., sino que configuran procesos de destitución subjetiva” (Fernández, 2007, p. 134).

Junto a ello ocurre un proceso de vaciamiento de sentido de las instituciones clave -como la institución de salud- en la producción de la subjetividad de los niños. Las demandas de las instituciones de salud plantean inconvenientes y desafíos que ponen en discusión sus aspectos fundacionales (Fernández, 1994; Stolkiner, 2017). Stolkiner (2017) y Carballada (2007) coinciden en que las problemáticas de salud mental que acuden a los servicios se presentan como demandas difusas que se hacen inmediatamente transversales y sobrepasan la especificidad de cada institución, desde su comprensión y explicación hasta el sentido de la modalidad de abordaje. En otras palabras, las “problemáticas sociales complejas” se caracterizan por su movilidad y permanente metamorfosis donde lo que sobresale es lo novedoso del padecimiento, especialmente desde su heterogeneidad (Carballada, 2007).

Por lo tanto, consideramos que para aproximarnos a una definición en salud mental desde un enfoque complejo es necesario situar dos cuestiones. En principio, la imposibilidad de aislar la salud mental de la salud en general. La salud mental es inherente a la salud integral y al bienestar social de lxs individu@s, instituciones y comunidades. Por lo tanto, es un subcampo dentro de la salud en general que solo debe aislarse para finalidades operativas o de acción (Stolkiner y Gómez, 2012). En este punto consideramos necesaria una noción compleja de la salud: la salud no es un estado opuesto a la “enfermedad” ya que las nociones de salud y enfermedad se vinculan necesariamente con el universo de creencias, valores y acciones propias de un momento histórico-social (Stolkiner y Gómez, 2012). Por el contrario, debe entenderse como un proceso que incluye el interjuego entre lo psicológico, lo social y lo biológico; y contempla la edad, el género y otros condicionantes sociales de la salud en su plano singular y colectivo (Sen *et al.*, 2007; Tajer, 2009).

Al respecto son significativos los aportes de autorxs de la corriente de la Salud Colectiva como Menéndez (2006) y Michaelewicz, *et al.*, (2014) que definen a la salud como proceso de salud-enfermedad-atención (Menéndez, 2005) o proceso de salud-enfermedad-cuidado (Michaelewicz, *et al.*, 2014)³. Con estas nociones apuntan a poner el eje en el vínculo entre los modos de vivir, enfermar y morir de lxs sujetxs y grupos

³ Para la presente tesis, si bien reconocemos el avance conceptual que implica identificar al cuidado como parte integral del proceso de salud, decidimos conservar la categoría de atención ya que consideramos resulta pertinente como herramienta conceptual para comprender las singularidades que hacen a las orientaciones de la acción de los imaginarios profesionales.

sociales y el rol de la organización de los gobiernos, las perspectivas de los sistemas de la salud de los países y las diversas prácticas de atención-cuidado.

La idea de salud como proceso implica que las modalidades de abordaje no pueden sesgar la lectura a “cuerpos biológicos”. No se trata de enfermedades orgánicas o mentales sino de sujetos en situaciones de padecimiento. Todos los procesos vitales, que incluyen el enfermar y el morir, se construyen en la intersección de determinaciones que implican la dimensión subjetiva y orgánica indisolublemente (Stolkiner, 2015). A su vez, el mejoramiento de las “condiciones de salud” de la población depende no solo de simples intervenciones médicas, sino que deben involucrarse cambios en línea a la vigencia y garantía de los derechos humanos (Liborio, 2013; Michalewicz *et al.*, 2014).

La segunda cuestión consiste en que, si bien la salud mental es un campo inmanente al de la salud en general, es necesario diferenciar niveles de análisis ya que, para el campo específico de la salud mental, la categoría de enfermedad presenta ciertas dificultades (Stolkiner, 2012). Por un lado, debido a que las problemáticas de orden psíquico no se ajustan al modelo médico de la enfermedad que asume un razonamiento causal para definir los fenómenos patológicos. En otras palabras, para el abordaje de las problemáticas de salud mental no es posible establecer relaciones causales que permitan controlar los padecimientos mentales (Ausburger, 2002). Por otro lado, debido a que el padecimiento en salud mental no es posible de encuadrar en una semiología basada en un vínculo unívoco entre síntomas/signos y un evento patológico (Ausburger, 2002).

A su vez, Stolkiner y Ardila Gómez (2012) refieren que los efectos políticos de la utilización de la categoría enfermedad en el campo de la salud mental han producido ciertos deslizamientos de sentido que llevan a desplazar la atención del sujeto para centrarse únicamente en los síntomas, bajo el supuesto de que la enfermedad mental se

vincula a cierta peligrosidad. De esta manera, se han capturado los momentos del proceso de salud que requieren cuidados particulares en la idea de la enfermedad mental como una característica “intrínseca” de la persona que, por la particularidad jurídica de sus dispositivos, objeta el ejercicio de los derechos humanos (Stolkiner & Ardila Gómez, 2012).

A partir de estas consideraciones, coincidimos con los desarrollos teóricos que apuntan a destacar la dimensión subjetiva en el proceso de enfermar. Entre ellos, los aportes de Galende (2002) señalan que los eventos que afectan la salud mental no pueden ser reducidos a un conjunto de entidades patológicas ya que, junto a la persistencia las patologías “clásicas”, emergen nuevas formas de expresión del sufrimiento psíquico que no se resuelven en la ampliación de las nosografías. La noción de sufrimiento psíquico permite incorporar una dimensión subjetiva del padecimiento que no conlleva necesariamente a la enfermedad, sino que puede preceder o ser divergente de ella en tanto la percepción y la enunciación de malestar por parte de un sujeto puede no estar acompañada de signos o síntomas discernibles por terceros. Por lo tanto, el sufrimiento se rige con coordenadas distintas de las que marca la biología al remitir al plano de la constitución singular de los sujetos, así como a coordenadas de producción histórico-social.

En esta línea, en el próximo apartado profundizaremos en los aportes del enfoque de derechos humanos en la conceptualización de la salud mental ya que consideramos que es base inalienable para comprender las problemáticas del campo de la salud mental.

3.1 Salud mental desde el enfoque de los derechos humanos

Si bien puede decirse que existen acuerdos comunes acerca de qué entendemos por derechos humanos, lo cierto es que también constituyen una gramática en disputa con la capacidad simultánea de ser una herramienta de resistencia al poder o de ejercicio del mismo (Estévez, 2017). Por lo tanto, cuando afirmamos que la salud mental es un derecho, no necesariamente nos estamos refiriendo a lo mismo. Existen distintas conceptualizaciones sobre el derecho a la salud mental, enmarcadas en posturas teórico-políticas diversas y a veces antagónicas, que van desde una negación de la categoría, a una propuesta integral (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

La tradición argentina de derechos humanos en salud mental supone una concepción compleja de la salud: la salud mental, en tanto integrante del campo de la salud en general, es una condición de lxs individu@s pero también un derecho a esa condición en tanto se encuentra vinculada necesariamente con recursos personales y con el contexto familiar y social. Por tanto, sólo puede ser garantizado mediante la acción pública, particularmente en sociedades marcadas por profundas desigualdades como lo son las latinoamericanas (Gavilán, 2015). De manera que para el ejercicio de este derecho se requiere de sistemas de acceso universal y la ejecución de políticas que incorporen los principios de interdependencia e integralidad que expresan que los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

El enfoque argentino de derechos humanos es una perspectiva que incorpora el Derecho Internacional sobre los Derechos Humanos como marco conceptual de referencia para su conceptualización y para el establecimiento ético del quehacer profesional (Stolkiner, 2017; Tajer, 2018; Ulloa, 2011). De manera que, en el Campo de salud mental argentino, hablar de salud mental es hablar de derechos humanos (Gorbacz, 2020). Es decir, la

incorporación de los derechos humanos constituye una potente herramienta simbólica y discursiva que convoca al accionar colectivo (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

Al respecto son significativos los aportes de Ulloa (2011), que proponen el tríptico derechos humanos, salud mental y ética como ruedas de engranaje que deben estar presente en todo quehacer institucional, sobre todo en el trabajo con las organizaciones institucionales y la comunidad. La salud mental es una producción cultural cuyo imperativo ético debe estar siempre atento a la causa de los derechos humanos en un sentido amplio y cotidiano (Ulloa, 2011).

Los principios, reglas y estándares que componen el derecho internacional de los derechos humanos han establecido las obligaciones positivas de los Estados respecto al cumplimiento del derecho a la salud y a la salud mental. Hacia fines del siglo XX, se sancionaron un conjunto de tratados que establecen consideraciones sobre el derecho a la salud mental en la niñez. Entre ellas, se destaca la Convención Internacional de los Derechos del Niño (CIDN) (1989) y la Declaración de Caracas (1990).

La CIDN tiene un rol protagónico en materia de derechos de la niñez y adolescencia ya que se ha erigido como bandera de lucha para los movimientos sociales y constituye una referencia jurídica que exige a los Estados miembros realizar cambios sustanciales en el diseño de la organización administrativa y judicial en sus relaciones con lxs niñxs y con la sociedad civil (García Mendez, 1991). Entre ellos, en el campo legal introduce la concepción de niñx como sujeto de derechos, lo que implica reconocerles los mismos derechos, deberes y garantías que a lxs adultos, más otros derechos especiales propios de su edad (CIDN, 1989). En este marco, lxs niñxs se definen como personas en proceso de desarrollo que requieren de lxs adultxs para poder crecer saludablemente, participar de la vida en comunidad y desenvolver sus capacidades hasta alcanzar la adultez; mientras que

el Estado y la ciudadanía adulta en su conjunto, son los responsables de garantizar y procurar la máxima satisfacción de tales derechos (Pérez, 2014; Kreis, D'Agostino y Tajer, 2021).

La CIDN (1989) establece el interés superior del niño como principio fundamental. Esto es la máxima satisfacción integral y simultánea de todos los derechos en un marco de libertad, respeto y dignidad, para lograr el desarrollo integral de su personalidad y potencialidades. A su vez, significa la prioridad de los derechos e intereses de lxs niñx y adolescentes frente a otros derechos e intereses igualmente legítimos.

La CIND (1989) reconoce a los niños y niñas el derecho a la salud y establece: “los Estados Parte reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud” (art. 9). En este sentido, sostiene que los Estados Parte deben asegurar que ningún niñx sea privadx de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios. El derecho a la atención en salud implica el derecho a un sistema de salud eficaz e integrado; accesible para todxs, con capacidad para establecer prioridades nacionales y locales; que contenga la participación inclusiva, documentada y activa de la comunidad (Naciones Unidas, 2006).

Asimismo, la Declaración de Caracas (1990) es referente en la protección de los derechos de las personas con padecimiento mental. La misma establece la necesidad de que los Estados Parte produzcan la reestructuración de la atención psiquiátrica a partir de un modelo de Atención Primaria de la Salud ya que se ha evidenciado que el hospital psiquiátrico como modelo de asistencia no permite alcanzar los objetivos de una atención comunitaria e integral; sino que, por el contrario, aísla a las personas de su medio, generando así condiciones sumamente desfavorables que ponen en incumplimiento los derechos humanos (Declaración de Caracas, 1990).

En Argentina, la incorporación de los tratados de derechos humanos a la Constitución Nacional en 1994 favoreció el proceso de transformación de estructuras en la sociedad a través de herramientas legales y el reconocimiento de los derechos económicos, culturales y sociales, considerados del mismo origen, mismo titular y destinatario que los derechos civiles y políticos (D'Agostino, 2017).

En el campo de la niñez, la adhesión a la CIDN en 1989 y su incorporación en la Constitución dio comienzo a un proceso de reformas legislativas y de transformación de los mecanismos institucionales del Estado con relación a la niñez con el fin de adecuar la normativa a los principios de la Convención. De esta manera, en 2005 se sancionó la Ley Nacional n° 26.062 de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes y en la provincia de Buenos Aires la Ley Provincial n° 13.298 de Promoción y Protección Integral de los derechos de los Niños (LPDNNA). A partir de aquí se diseñó el Sistema de Protección Integral que tiene el objetivo de proteger los derechos de los niños de manera integral y en todos los ámbitos de su vida.

La Ley de Protección Integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes (2005) incluye el derecho a la salud y establece:

El derecho de los/as niños/as a la atención integral de su salud, a recibir la asistencia médica necesaria y a acceder en igualdad de oportunidades a los servicios y acciones de prevención, promoción, información, protección, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno y recuperación de la salud (art.3).

A su vez, destacamos la sanción de la LNSM n° 26.657 en 2010 y su Decreto Reglamentario 603/2013. La normativa tiene por objeto asegurar el derecho a la

protección de la salud mental de todas las personas y el pleno goce de los derechos humanos de aquellas con padecimiento mental.

Entre los cambios relevantes que introduce la ley, consideramos necesario subrayar la definición de la salud mental como proceso y no como estado, en contraposición a la definición clásica de la OMS (1948) que entiende a la salud como un estado perfecto de bienestar físico, mental y social. A partir de esta legislación, se reconoce a la salud mental “como un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramientos implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de las personas” (LNSM 2010, art. 3). A su vez, otro aspecto importante es la nominación de “persona con padecimiento mental” para hacer hincapié sobre la persona y no el padecimiento; y la incorporación de las adicciones como problemática de salud mental, concibiendo a las personas con uso problemático de sustancias como sujetos de derechos (Urios, 2016).

La LNSM (2010), al igual que la LPDNNA (2006) implica una adecuación del ordenamiento jurídico interno a los estándares internacionales de derechos humanos que apunta a consolidar un cambio en el campo de la salud mental en la niñez. Garantizar el derecho a la salud mental en niñas requiere de un profundo cambio de las instituciones de salud a partir de la puesta en marcha de nuevas estrategias de articulación, abordaje y acompañamiento en el marco de desarrollo progresivo de los derechos humanos.

3.2 Salud mental desde el enfoque de género

El enfoque de género en salud mental se define como una mirada que incorpora el modo en que las desigualaciones entre los géneros determinan diferencialmente las

problemáticas en salud mental y el proceso de atención y de cuidados (Tajer, 2012). La idea de “enfoque” refiere tanto a una mirada como a una elaboración metodológica que persigue además un objetivo ético político: terminar con las situaciones de discriminación y generar la igualdad entre todas las personas poniendo el foco en aquellxs que han sido subordinadxs a lo largo de la historia (Pautassi, 2011). La perspectiva de género se diferencia de otras por la explicitación de una posición epistemológica, metodológica y política que nombra de otras maneras aquello conocido, estableciendo una ganancia de sentido que apunta a problematizar las relaciones asimétricas de los géneros y erradicar los patrones de relación que promueven y sostienen desigualdades (Blazquez Graf *et al.*, 2012).

Tajer (2018) afirma que, al igual que el enfoque de derechos humanos, el enfoque de género en salud mental se desarrolla con la vuelta de la democracia en nuestro país en 1983. Si bien ambos enfoques coinciden en términos temporales, han transitado caminos paralelos a lo largo de la historia. Ello debido a que la primera etapa de la protección de los derechos humanos, con la creación de la Declaración Universal (1948), puso el acento en una protección general basada en una noción de individuo genérica y universal (Piovesan, 2006) que los estudios de género interpretan como un particular que ha logrado construir hegemonía: varón, adulto, blanco, propietario y heterosexual (Tajer, 2018).

Con el transcurso de las décadas, el campo de los derechos humanos pasa del paradigma del hombre occidental, adulto, heterosexual y dueño de un patrimonio a la visibilidad de nuevos sujetos de derechos. La especificación del sujeto de derechos implica que para determinados sujetos de derechos o determinadas violaciones de derechos se requiere una respuesta específica y diferenciada (Piovesan, 2006). En este contexto, junto al derecho

a la igualdad surge también, como derecho fundamental, el derecho a la diferencia (Piovesan, 2006).

En este punto coincidimos con Tajer (2018) respecto a que es posible construir un diálogo entre el enfoque de derechos humanos y el enfoque de género a partir de poner en tensión la relación entre la universalidad del derecho y el derecho a ser diferente para poder pensar la temática que proponen los estudios de género, con relación la diferencia y a la diversidad sexogenérica.

En el capítulo 2 desarrollamos la noción de género como un dispositivo de poder desigualador con un rol destacado en la producción de los mitos sobre la feminidad y en los modos de subjetivación de las niñas en la pubertad tanto en lo que refiere la dimensión histórico-social de las niñas como a las singularidades que imprime para la constitución psíquica. En este apartado utilizaremos esta noción para profundizar en las repercusiones del dispositivo de desigualación de género en la producción de las problemáticas de salud mental en las niñas púberes.

Tal como sostiene Burin (1990), la construcción del concepto de salud mental para las mujeres siempre estuvo íntimamente ligado a la producción de las mujeres como sujetos. En este punto muchas autoras (Meler, 2009; Burin, 2012; Fernández, 2019; Tajer, 2020; Lorusso y Reid, 2020) coinciden en que el estudio de las problemáticas de las mujeres requiere de una revisión epistemológica ya que los parámetros con los cuales se han producido las definiciones normativas de salud mental y patología son, paradójicamente, un elemento determinante en la producción de malestares (Meler, 2009).

Burin (2012) propone la noción de malestar para referirse a aquellos padecimientos que sufren muchas mujeres producto del impacto de las condiciones de vida de la sociedad

patriarcal. La noción de malestar resulta significativa para el marco teórico de la tesis ya que en línea con los planteos de Galende (2008) acerca del sufrimiento psíquico o los de la LNSM (2010) sobre el padecimiento mental, es una noción que restituye la dimensión subjetiva de los padecimientos a partir de problematizar el enfoque de salud-enfermedad ligado a las nociones de lo normal y lo patológico. Con este concepto la autora introduce entonces un tercer término, el de malestar, como una noción intermedia, a medias subjetiva y objetiva (Burín, 2012). El malestar es analizado en términos de conflicto y descrito como una situación contradictoria, que puede ser registrada por el sujeto tanto en forma consciente como inconsciente y que se debe considerar como un hecho con orígenes en las leyes culturales que imponen condiciones opresivas a las mujeres (Burín, 1990).

Estas afirmaciones nos llevan a establecer tres aclaraciones conceptuales. En principio, consideramos que el género es un dispositivo determinante en la producción del proceso de salud mental de las niñas, no obstante, sus efectos nunca se producen de manera homogénea (Burin, 2012). Como mencionamos en el capítulo anterior, las relaciones de poder y de sentido instituidas siempre se producen en un entre, en el que tiene un lugar destacado la labor psíquica de apropiación y transformación de las mismas (Dio Bleichmar, 1997; Fernández; 2014).

En el mismo sentido, coincidimos en que no resulta adecuado hacer lecturas reduccionistas sobre el rol de género como único o principal dispositivo desigualador presente en el proceso de salud mental de las niñas (Menéndez, 2006). Si bien, como señala Breilh (2008), la salud es un campo donde se hacen especialmente visibles los efectos de las desigualaciones de género cuando se estudia las condiciones de salud de las poblaciones y los grupos humanos, este elemento no es el único a considerar. La salud

mental de las niñas está producida por el interjuego de determinantes biológicos, psíquicos e histórico-sociales siendo el género un determinante transversal entre otros como son la edad, la clase social y la etnia (Tajer, 2020a).

Por último, resulta relevante mencionar que, si bien la presente tesis hace hincapié en la noción de género atendiendo a las niñas mujeres cis, el enfoque de género en salud mental no homologa género a mujer. El concepto de género no se aplica a la mujer en sí misma —ni tampoco al hombre—, sino a las relaciones de desigualación entre las identidades generizadas en torno a la distribución de los recursos, las responsabilidades y el poder (Lagarde, 1996). El género usado como término homologable a la mujer implica aislar el concepto de su cuerpo teórico, y despojarlo de su capacidad analítica y explicativa (Tajer, 2012).

Los condicionantes de género refieren a un conjunto de SIS que configuran los sistemas de prioridades, organizan las prácticas sociales y los circuitos de circulación de las personas en un momento histórico-social (Fernández, 2008). De esta manera, es posible establecer relaciones entre las condiciones sociales y psíquicas y las repercusiones sobre la salud, el enfermar, la atención y el cuidado según el género (Tajer *et al.*, 2015).

3.3. Organización institucional de la salud mental: el sistema de salud argentino

En los apartados anteriores definimos a la salud mental como un campo dentro de la salud integral y como un Derecho Humano desde una perspectiva integral en la que jerarquizamos la operatoria de las desigualaciones de género en la producción de problemáticas sociales complejas y de salud mental de las niñas púberes. En este apartado profundizaremos en otro aspecto de este campo vinculado a la organización de la

institucionalidad que compone al campo de la salud mental, en particular, respecto al sistema de salud.

Tobar *et al.*, (2012) establecen que el sistema de salud constituye una de las dimensiones interconectadas del sector salud argentino junto a la situación de salud de la población y las políticas de salud. Engloba todas las intervenciones que la sociedad y el Estado llevan a cabo para abordar los problemas de salud de la población (Tobar *et al.*, 2012).

Clásicamente se distinguen tres niveles de atención que se diferencian por el grado de especialización y el equipamiento disponible (Stolkiner, 2012). El primer nivel es el más cercano a la población, o sea, es el nivel del primer contacto que tiene el objetivo de resolver las necesidades de atención más frecuentes, mediante acciones de promoción de salud y prevención, recuperación y rehabilitación de los padecimientos y las enfermedades. Se caracteriza por contar con establecimientos como consultorios, policlínicas, centros de salud y especialidades básicas como medicina, enfermería, nutrición, psicología y trabajo social (Vignolo *et al.*, 2011). El segundo nivel de atención se compone de los hospitales y establecimientos donde se presentan servicios con equipos multidisciplinarios de atención de especialidades y de internación de baja/mediana complejidad. Por último, el tercer nivel se reserva para la atención de problemas poco prevalentes y de patologías que requieren procedimientos especializados y de alta tecnología (Vignolo *et al.*, 2011).

A su vez, está compuesto por tres sectores: el sector público, el sector de seguro social obligatorio (Obras Sociales) y el sector privado. El sector público comprende los ministerios a nivel nacional y provincial, así como la red de hospitales y centros de salud públicos que brindan atención gratuita a aquellos que la solicitan (Belló & Becerril-Montekio, 2011). El sujeto de su prestación es o la persona o el ciudadano, es decir, que

se crean históricamente con la intención de que sea de acceso universal (Stolkiner, 2012). Su financiamiento proviene de recursos fiscales, complementados ocasionalmente por pagos del sistema de seguridad social cuando atiende a sus afiliados. El sector de seguro social obligatorio se organiza alrededor de las Obras Sociales (OS), las cuales aseguran y proveen servicios a los trabajadores y sus familias. La mayoría de las OS operan mediante acuerdos con proveedores privados, financiando a través de contribuciones de trabajadores y empleadores (Tobar *et al.*, 2012).

En cuanto al sector privado, está compuesto por profesionales de la salud y establecimientos que atienden a pacientes individuales, así como a beneficiarios de OS y seguros privados. Este sector también incluye entidades de seguro voluntario conocidas como Empresas de Medicina Prepaga, financiadas por familias o empresas, y mediante acuerdos con las OS. Los servicios que ofrecen se brindan en consultorios e instalaciones privadas (Belló y Becerril-Montekio, 2011).

Coincidimos con Spinelli (2010) en que la noción de “sistema” de salud no debe leerse desde una concepción funcionalista ya que opera más bien como un campo. Esto es, se trata de un ámbito en el que convergen actores, recursos, problemas e intereses que conforman una red de relaciones con autonomía relativa (Spinelli, 2010). Los diferentes agentes poseen intereses y capacidades específicas y luchan por la consolidación, por la apropiación y el predominio de uno o más capitales (Spinelli, 2010). Los capitales incluyen el económico, guiado por intereses financieros; el social, influenciado por relaciones sociales; el cultural vinculado al prestigio y conocimientos y el simbólico relacionado con la capacidad de imponer SIS de manera legítima. Los agentes del campo buscan acumular estos capitales y, en función de ello, se producen disputas a los fines de

construir, producir continuidad o bien generar rupturas en las estructuras del campo (Spinelli, 2010).

En este punto existe acuerdo acerca de la segmentación y fragmentación como dos problemas significativos del sistema de salud argentino que tienen efectos negativos en el uso de los recursos, la equidad y el acceso a los servicios (Tobar *et al.*, 2012; Spinelli, 2010; Maceira, 2011).

La segmentación consiste en la organización aislada y con escasa coordinación entre los sistemas, lo que implica la inexistencia de un fondo único o coordinado que permita asegurar y ofrecer una cobertura común a toda la población (Maceira, 2011). En consecuencia, se observa que el sector público se orienta hacia la cobertura de las personas más pobres, asumiendo el riesgo financiero y epidemiológico del modelo; mientras que los trabajadores formales y los sectores de mayores ingresos encuentran su cobertura en el seguro social o en el sector privado (Spinelli, 2010). Así, la amplitud de los servicios ofrecidos se encuentra relacionada con la capacidad de pago de los aportantes y sus familias. La ausencia de un fondo universal, debido a la segmentación entre distintas clases sociales y a la descentralización geográfica⁴, es un gran obstáculo para ofrecer una cobertura equitativa en salud (Maceira, 2011).

⁴ En el año 1978 durante la última dictadura cívico militar se inició en Argentina un proceso de descentralización en salud hacia las provincias, que se completó en la década de los noventa, y significó la transferencia de responsabilidades sin el correspondiente traspaso de recursos financieros del ámbito de nación a las provincias y municipios. De esta manera, se transfirió las responsabilidades de los hospitales a las provincias sin una adecuada planificación de evaluación y monitoreo, con el cese de todas las partidas presupuestarias específicas. Esto contribuyó a la autonomía de las instituciones, pero también, a un aumento

A su vez, el sistema de salud argentino está fragmentado, es decir, siendo altamente complejo, no cuenta con principios e instrumentos integradores que organicen la multiplicidad de instituciones, actores que presenta y formas de financiación tanto a nivel general como a nivel de cada subsector (COFESA, 2022). A diferencia de los modelos centralizados en los que la responsabilidad de la organización, financiación y prestación descansa, principalmente en el sector público, en el sistema argentino el Estado no logra garantizar estructuras regulatorias de la prestación de servicios (Maceira, 2011).

La salud mental, como un subcampo dentro del campo de la Salud, tiene los mismos problemas de segmentación y fragmentación en la organización de la atención (Stolkiner, 2009). Pero a su vez, es posible pensar ciertas especificidades. Entre ellas, Stolkiner (2017) plantea que la atención en salud mental sigue históricamente un modelo central hospitalocéntrico apoyado sobre todo en la atención psicopatológica. Es decir, la mayor cantidad de los recursos en salud mental todavía se destinan a mantener grandes instituciones que establecen periodos prolongados de internación y a medicamentos en comparación con las prácticas de promoción y prevención (Stolkiner, 2020). A su vez, sucede que los hospitales siguen siendo la principal referencia para la población (Stolkiner, 2020).

Asimismo, siguiendo a Efron (2017), podemos sostener que la atención en salud mental para las niñas presenta otras singularidades ya que está atravesada por la convergencia de dos campos: el campo de la salud mental y el campo de los derechos de la infancia.

del grado de inequidad entre los territorios, que resultó en serias diferencias de acuerdo con las situaciones particulares de cada unidad hospitalaria (D'Agostino, 2017).

Ambos constituidos como territorios con límites definidos, pero en constante interrelación en lo que hace a la atención en salud mental en la niñez (Efron, 2017). Tanto el campo de la salud mental como el de los derechos de la infancia se instituyen como consecuencia de la caída de doctrinas anteriores que partían de la idea de enfermedad mental para las consideraciones y acciones respecto a la salud y de la idea de niño como objeto de tutela para las políticas respecto a la niñez (trabajado en 3.2). Sin embargo, estas transformaciones no son absolutas ni definitivas porque se establece una coexistencia y disputa de imaginarios sobre lxs niñxs y su salud mental (Pérez, 2014).

En este punto, observamos que en Argentina coexisten, por un lado, la adhesión e incorporación a la Constitución Nacional de pactos internacionales que definen la salud mental como un derecho humano, estableciendo que el Estado debe garantizar este derecho a todos los habitantes del país y financiarlo a través de prestadores estatales o privados para asegurar el acceso universal; y, por otro lado, la existencia de un sistema injusto con dificultades significativas en el acceso para la población (Rovere, 2004).

A continuación, desarrollaremos ejes transversales propuestos por el paradigma de salud mental comunitaria que está plasmado en la normativa internacional y nacional y en Planes de políticas públicas nacionales y provinciales que propone ser una respuesta en el campo de la salud mental a estas problemáticas.

3.4 Ejes normativos centrales de la atención de la salud mental

En función de lo que mencionamos anteriormente, se hace evidente que las problemáticas actuales en salud mental requieren de una transformación del modelo de atención de los sistemas de salud (Conde y Barcala, 2015). La sanción de la LNSM (2010) junto al Plan Nacional (2023/2027) y el Provincial de Buenos Aires (2022/2027) apuntan a cambiar el

paradigma histórico de atención del padecimiento mental a partir de la implementación de una red de servicios de salud mental en los ámbitos comunitarios en el marco de la estrategia de atención primaria de la Salud (Pomares, 2020).

Entre sus ejes fundamentales, la LNSM (2010) enfatiza que la atención en salud mental debe terminar con el sesgo hospitalocéntrico. Es decir, las personas con padecimiento mental deben ser atendidas en la comunidad a los fines de que conserven los vínculos con referentes afectivos, educativos o laborales. Asimismo, se establece el cierre de los hospitales monovalentes, que deben ser sustituidos y adecuados a fines comunitarios (D'Agostino, 2017). Aquí cobra relevancia el primer nivel de atención que pasa a ser el encargado de atender las problemáticas, situación que requiere del armado de redes locales en salud, propuestas de formación, apoyo técnico y formas de acompañamiento en la gestión de servicios que velen por mejorar el acceso (Plan Provincial de Salud Mental, 2022/2027).

El objetivo de la normativa es generar alternativas a las hospitalizaciones de manera que la internación sea un último recurso por utilizar cuando otras medidas terapéuticas realizadas en el ámbito familiar y comunitario se hayan agotado (Urios, 2016). Las internaciones pueden ser voluntarias e involuntarias (LNSM, 2010). La primera se produce cuando la persona decide acudir a un servicio de salud mental para solicitar internarse con una prolongación máxima de 60 días cuya solicitud de extensión, en caso de que se requiera, se debe informar al juzgado. La segunda solo puede implementarse cuando el equipo interdisciplinario en salud identifica una situación de riesgo cierto e inminente para sí o para terceros, es decir, una situación que amenace o cause perjuicio a la vida o integridad física de la persona y/o de otras (LNSM, 2010). Cabe aclarar que ese

riesgo nunca debe reducirse a una clasificación diagnóstica, psicodiagnóstica o psicopatológica (Urios, 2016).

En el caso de internaciones a niños y adolescentes, esta distinción no es tal ya que la ley decreta que deben considerarse “involuntarias”. Ello no significa que a los niños se les niegue consentir sus propias internaciones, sino que se consideran involuntarias a los fines de aplicar los controles y garantías legales que las internaciones voluntarias no los tienen (Menossi & Olmo, 2015). Al respecto, Monossi y Olmos (2015) señalan tensiones en la interpretación de los marcos legales entre el derecho del niño a recibir protección a los fines de evitar abusos de poder y su derecho a participar y asumir responsabilidades de la toma de decisiones y acciones que puede afrontar. En este punto, la ley decide jerarquizar la protección para garantizar que la internación se realice en los marcos de derechos que se imponen (Menossi y Olmo, 2015).

Otro de los ejes fundamentales que establece es la intersectorialidad y la participación comunitaria en salud (Plan Provincial de Salud Mental, 2022/2027). La complejidad de las problemáticas en salud mental hace que sea imprescindible que las acciones e intervenciones tendientes a la atención de esta requiera de un abordaje desde múltiples miradas, actores e instituciones (Ferreyra, et al., 2015). En este punto, se establece la necesidad de generar instancias de articulación con otros ministerios y sectores de la sociedad civil a los fines de garantizar a las personas con padecimientos mentales la accesibilidad al trabajo, a la educación, a la cultura, al arte, al deporte, a la vivienda y a todo aquello que fuere necesario para el desarrollo y la inclusión social (LNSM, 2010).

La Ley nombra al Ministerio de Salud de la Nación⁵ autoridad de aplicación y adjudica para este mandato a la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (LNSM, 2010). En cuanto a la ejecución de las políticas, en el año 2013 se elaboró el primer Plan Nacional de Salud Mental (con continuidad en la actualidad) que establece la necesidad de adecuación de las normativas provinciales de manera que en 2013 se sancionó en Buenos Aires la Ley Provincial 14850 que adhiere a la norma nacional.

A su vez, La LNSM (2010) crea el Órgano de Revisión cuya función es controlar el cumplimiento de la normativa, en particular en aquellos aspectos que hacen al cumplimiento de los derechos humanos del sistema de salud mental. El mismo tiene una formación intersectorial e interdisciplinaria compuesto por distintos sectores del Estado, asociaciones de usuarios y familiares, profesionales y otros trabajadores de la salud y organizaciones no gubernamentales abocadas a la defensa de los derechos humanos.

En el caso de las infancias, es necesario considerar la articulación con el sistema de protección integral de niños y adolescentes, creado a partir de la LPIDNNA. Es un sistema institucional, político, social y familiar formado por todos aquellos organismos, entidades y servicios que diseñan, coordinan, ejecutan y supervisan intersectorialmente las políticas públicas de gestión estatal o privada -en todas las instancias: nacional, provincial y

⁵ A partir del 10 de diciembre de 2024 con la asunción de la presidencia de Javier Milei se establecieron cambios al nivel de la organización del Estado basados en la reducción de su capacidad de acción y de protección. Desde ese momento, el Ministerio de Salud de la Nación pasó a integrar, junto a otros, el Ministerio de Capital Humano. No obstante, en la Provincia de Buenos Aires continúa y las políticas en salud mental se encuentran a cargo de la Subsecretaría de Salud Mental, Consumos Problemáticos y Violencias en el Ámbito de la Salud.

municipal- destinadas la promoción, prevención, protección, y restablecimiento de los derechos de niños y adolescentes (LPIDNNA, 2005).

Al igual que en el campo de la atención en salud mental, nace del cuestionamiento al empleo de instituciones totales para la reclusión y tratamiento de los niños (Efron, 2017).

En el sistema de Protección de las infancias, la institucionalización y privación del medio familiar debe adoptarse como medida excepcional una vez agotadas todas las posibilidades de implementar las medidas de protección integral (LPIDNNA, 2005).

Estas medidas también deben ser limitadas en el tiempo y sólo se pueden prolongar mientras persistan las causas que le dieron origen (LPIDNNA, 2005).

Asimismo, ambas normativas comparten la jerarquización de la conformación de equipos interdisciplinarios para trabajar las problemáticas con profesiones pertenecientes a la psicología, psiquiatría, trabajo social, enfermería, terapia ocupacional, entre otras de acuerdo con las necesidades de la comunidad (LPIDNNA, 2005; LNSM, 2010).

Stolkiner (2017) sostiene que interdisciplina es un posicionamiento que parte de reconocer la incompletud de las herramientas de cada profesión para trabajar con una problemática, lo que implica la necesidad de un trabajo cooperativo a los fines de crear un criterio de multireferencialidad teórica y técnica. Los intercambios disciplinarios producen enriquecimiento mutuo y transformación a través de la reciprocidad entre áreas de conocimiento y acción con intercambio de instrumentos, métodos y técnicas.

La normativa privilegia la decisión del equipo -y no de una profesión- en el establecimiento de los criterios de atención e, incluso, para la internación involuntaria. Toda indicación de internación tiene como requisito una evaluación y un diagnóstico interdisciplinario e integral que “consiste en la descripción de las características

relevantes de la situación particular de la persona y las probables causas de su padecimiento o sintomatología, a partir de una evaluación que articule las perspectivas de las diferentes disciplinas que intervienen” (LNSM, Art. 16).

Aquí damos por finalizado el recorrido por la caja de herramientas teóricas, de manera que en el siguiente capítulo se desarrolla la metodología utilizada.

CAPÍTULO 4: METODOLOGÍA

El enfoque del presente estudio es de tipo cualitativo. La investigación cualitativa se ocupa de la forma en que el mundo es comprendido, experimentado y producido en contextos específicos desde la perspectiva de las personas involucradas a los fines de obtener una profunda comprensión del fenómeno a estudiar (Vasilachis, 2006). De esta manera, la indagación de los imaginarios profesionales sobre las niñas usuarias y su salud mental en servicios de hospitales públicos de La Plata supuso la puesta en contacto con la vida cotidiana de lxs participantes con el propósito de descubrir la perspectiva de lxs mismos sobre los ejes de indagación a partir de un proceso interactivo con la investigadora (Marshall & Rossman, 2016; Silverman, 2013).

Dentro del enfoque cualitativo se encuentran diversas tradiciones en función de los presupuestos teóricos y conceptuales acerca de la realidad (Vasilachis, 2006). Para la presente investigación tomamos los aportes de la Epistemología Pluralista (Fernández, 2007) y la Epistemología Feminista (Blazques Graf, 2012).

La Epistemología Pluralista propone pensar los objetos de conocimiento a modo de campo de problemáticas (Fernández, 2007). Hablar de campo de problemáticas implica una diferencia epistemológica respecto a la noción tradicional de objeto de estudio. Fernández (2007) sostiene que la epistemología de objeto discreto supone que es posible hacer un “recorte” de la realidad y establecer un objeto de saber. Por ello, la elaboración de las preguntas de investigación se establece como interrogantes susceptibles de resolver o develar. En cambio, la epistemología pluralista propone la producción de un *thema*, es decir, de una pregunta acerca de puntos relevantes que persisten e insisten en el campo

social pero que no es posible capturar y que requieren del aporte de diversos saberes disciplinarios para su indagación. De esta manera, el eje de preguntas se mantiene siempre abierto y a partir de las insistencias se construyen programas de indagación que nunca son fijos ni definitivos (Fernandez, 2007).

Asimismo, consideramos que los aportes de la Epistemología Feminista son fundamentales ya que nos permiten abordar la manera en que el género -en interacción con otras categorías como clase y edad- es un organizador clave de la vida social que interviene en las prácticas de investigar, preguntar y justificar (Blazques Gras, 2012). A su vez, coincidimos con este enfoque en que los objetivos cognoscitivos de la investigación son indivisibles de un objetivo ético político destinado a generar conocimiento a los fines de dar a conocer situaciones de desigualdad y constituir un insumo para la promoción de la igualdad de género en el acceso a los derechos de las niñas (Blazques Graf, 2012; Pautassi, 2007).

En línea a lo anterior, decidimos utilizar un diseño de investigación flexible de tipo exploratorio-descriptivo y transeccional (Hernández Sampieri *et al.*, 2015; Ynoub, 2015) La investigación es de naturaleza exploratoria ya que representa un primer acercamiento al *thema* de estudio. Como se relevó en el estado del arte, las investigaciones que trabajan en la temática de imaginarios profesionales sobre las niñas y salud mental desde un enfoque de género y derechos humanos son incipientes. Asimismo, es de carácter descriptivo ya que busca especificar las propiedades o características del fenómeno estudiado para su comprensión en un entorno específico no generalizable a poblaciones más amplias. El diseño es transeccional en tanto la indagación se realizó en un periodo temporal determinado entre febrero de 2021 y julio de 2022 (Ynoub, 2015).

4.1 Unidad y dimensiones de análisis:

La unidad de análisis son los imaginarios profesionales sobre las niñas y su salud mental que se producen en servicios de salud públicos infanto juveniles de la ciudad de La Plata.

Para su indagación establecimos as siguientes dimensiones:

- 1. Problemáticas que se manifiestan como demandas de consulta en salud mental en niñas desde la perspectiva de profesionales:** formas de pensar, de nominar y de valorar las características sociodemográficas de la población usuaria; formas de pensar, de nominar y de valorar las características y causas de:
 - a. problemáticas psicopatológicas que se manifiestan como demandas de consulta en salud mental,
 - d. problemáticas en salud mental vinculadas a la violencia sexual, el embarazo y la maternidad.
- 2. Modalidades de abordaje de lxs profesionales ante las demandas de consulta en salud mental en niñas:** enfoques/paradigmas/marcos teórico-referidos para los abordajes frente a las problemáticas identificadas; procedimientos y prácticas para el abordaje; formas de organización de lxs profesionales para el abordaje de las problemáticas; internación y externación; interdisciplina; intersectorialidad.
- 3. Representaciones y afectos vinculados al género en la identificación de problemas de salud mental y las modalidades de abordaje que se desprende de ellos:** concepciones y valoraciones acerca del género como categoría para delimitar las problemáticas de las niñas en salud mental; consideración del género como categoría para elaborar las modalidades de abordajes ante las problemáticas en salud mental de niñas.
- 4. Obstáculos y/o facilitadores para el derecho a la atención en salud mental en niñas a partir de los imaginarios profesionales:** obstáculos vinculados a las condiciones económicas y laborales de lxs profesionales; fragmentación y

segmentación de las modalidades de abordaje, obstáculos y/o facilitadores vinculados a los imaginarios sociales sobre las niñas usuarias, sus problemáticas de salud mental y el rol del género la producción del proceso de salud mental-atención.

4.2 Población y muestra

La población está conformada por profesionales de la salud mental (psicólogos, psiquiatras, trabajadorxs sociales, abogadxs, nutricionistas y médicxs) que trabajan con niñas en servicios de Hospitales Públicos de la ciudad de La Plata. La ciudad de La Plata es la capital de la provincia argentina de Buenos Aires y su principal centro político y administrativo. Acorde al censo argentino 2022 cuenta con 772.618 habitantes, mientras que su área metropolitana, el Gran La Plata, alcanza los 938.287 habitantes.

La ciudad tiene 6 hospitales que sumados a los del área metropolitana constituyen 11 hospitales en total. De la totalidad, 6 tienen servicios que atienden problemáticas de salud mental de niñxs entre 10 y 14 años. La población que accede en su mayoría es de sectores populares de distintas regiones de la provincia que no poseen obras sociales o medicina. Aunque en algunos casos también concurren personas de situación socioeconómica media.

Para la presente investigación utilizamos una muestra intencional de casos-tipo pertinentes y accesibles (Ynoub, 2015; Hernández Sampieri, *et al.*, 2015) compuesta por profesionales psicólogos, psiquiatras, médicxs, abogadxs, nutricionistas y trabajadorxs sociales de servicios de salud e 5 Hospitales Públicos, 4 de la ciudad de La Plata y 1 de Gran La Plata.

Lxs profesionales fueron escogidxs de acuerdo con los siguientes criterios de inclusión:

-Que integren dispositivos de atención en salud mental destinados a niñas en servicios de salud de hospitales públicos en la ciudad de La Plata.

- Que estén a cargo de la atención de problemáticas de salud mental en niñas entre 10 y 14 años.

- Que estén a cargo de la atención en salud mental de la violencia sexual; el embarazo y la maternidad en niñas entre 10 y 14 años.

Además, empleamos la estrategia muestral de "bola de nieve" (Martínez Salgado, 2012), que consistió en identificar profesionales y servicios de salud que cumplieran con los criterios de inclusión mediante las sugerencias de lxs participantes seleccionadxs. Estos participantes indicaron personas o servicios que consideraban pertinentes en función de la temática investigada

Finalmente, la muestra quedó conformada de la siguiente manera: 55 profesionales de 5 hospitales públicos del segundo y tercer nivel de atención de La Plata que caracterizamos como HA, HB, HC, HD y HE. De estos establecimientos, 3 son hospitales infantojuveniles y/o materno infantiles de la ciudad de La Plata (HA, HB y HC) con un lugar de referencia destacada en lo que hace a la atención de la salud mental de las infancias tanto en la ciudad como en la provincia de BSAS, sobre todo HA. Los otros 2 (HD y HE) son hospitales especializados de alta complejidad referentes de la provincia, uno de la ciudad de La Plata y otro de Gran La Plata, que poseen servicios que atienden niñas.

En cuanto al género de lxs profesionales, 48 son mujeres cis y 7 varones cis. Del total, 23 profesionales pertenecen al hospital A (HA), 17 profesionales al hospital B (HB), 5 profesionales al hospital C (HC), 4 profesionales al hospital D (HD) y 6 profesionales al

hospital E (HE). A su vez, 29 profesionales son psicólogos, 13 son trabajadorxs sociales, 6 son psiquiatras, 4 son médicxs, 2 son nutricionistas y 1 es abogada.

Las diferencias entre el número de profesionales en instituciones (mayores en HA y HB) se debe a que estos hospitales reúnen la mayor cantidad de dispositivos y servicios de atención en salud mental a las infancias. A su vez, como se describe posteriormente en la producción de datos, los hospitales HD y HE fueron incorporados a los fines de indagar un eje específico (ver punto 4.4). También, la diferencia respecto a la cantidad de profesionales psicólogos y trabajadorxs sociales con el resto se debe a que son estas profesiones las que conforman en mayor cantidad los servicios que trabajan con problemáticas de salud mental.

Tabla 1: características sociodemográficas de lxs profesionales de los equipos de los servicios de salud. Fuente: elaboración propia.		
Género	Mujer cis	48
	Varón Cis	7
Título	Psicólogx	29
	Trabajadorx social	13
	Psiquiatra	6
	Médicx	4
	Nutricionista	2
	Abogadx	1
Años de trabajo en la atención hospitalaria en salud mental	1-10	40
	11-20	11
	21 y más	4
Cargo	De planta	38
	Residente	7

	Jefx de servicio/dispositivo	10
Hospital en el que trabaja	HA	23
	HB	17
	HC	5
	HD	4
	HE	6
Servicios en los que trabajan	Salud mental	34
	Trabajo social	16
	Nutrición	3
	Ginecología	2

Respecto a la participación de lxs profesionales en los dispositivos de atención se puede observar en la tabla 2 que el número total de la suma de los profesionales en los equipos varía respecto del total de la muestra (55). El motivo es que lxs profesionales trabajan en varios dispositivos a la vez (por ejemplo en guardia y consultorio externo) o sucede que, por ejemplo, si bien trabajan en consultorios externos de salud mental atendiendo demandas por violencia sexual, no conforman un equipo específico sobre la temática. Es decir, la lógica de la conformación de los equipos presenta algunas variaciones entre los hospitales, sobre todo en lo que respecta a la atención de la violencia sexual. A su vez, existen profesionales como lxs jefes de servicio que no fueron incorporados a estos dispositivos ya que su labor se centra sobre todo en tareas de gestión hospitalaria de estas unidades.

Tabla 2: dispositivos en los que trabajan lxs profesionales	
Guardia en salud mental	5
Internación en salud mental	4
Consultorio externo en salud mental	16
Interconsulta	2
Dispositivo de abuso sexual infantil	15
Dispositivo trastornos de la conducta alimentaria	7
Maternidad	3
Consultoría en IVE	3
Trabajo social	11

La conformación final de la muestra respondió a la aplicación del criterio de saturación (Martinez Salgado, 2012) que consiste en finalizar el trabajo de campo cuando las respuestas adquieren una fluctuación mínima de manera que ya se ha escuchado cierta diversidad de ideas y con cada entrevista u observación adicional no aparecen otros elementos.

4.3 Técnicas implementadas

En línea con los objetivos de la investigación y el enfoque cualitativo, los instrumentos utilizados fueron: observación participante y las entrevistas semidirigidas individual y grupal

Observación Participante: consiste en la interacción o participación deliberada y activa con aquellxs que se observa (Ynoub, 2015). Es una técnica que permite obtener información sobre el ambiente natural de lxs participantes, no verbal y hacer

descripciones más o menos realistas y detalladas (Botinelli *et al.*, 2014). Se consideraron tanto las características y ordenamientos del edificio como las formas de comunicación verbal y no verbal entre profesionales y de lxs profesionales con la investigadora. A saber, los gestos, las actitudes, los climas, las afectaciones y los ritmos en los que se despliegan esas acciones. La observación participante se hizo, por un lado, durante las visitas al hospital a hacer entrevistas o conocer a lxs profesionales y equipos. En algunas ocasiones se recorrieron los hospitales con lxs profesionales y se observó también una charla dictada por profesionales sobre violencia sexual.

Entrevista semidirigida individual: está dirigida a recabar información en profundidad, acorde a los objetivos propuestos. La entrevista semi-dirigida se caracteriza por la combinación de la entrevista abierta y la dirigida ya que, si bien la indagación procura cumplir ejes o preguntas pautados en la guía, se deja espacio para que elx entrevistadx pueda expresarse y se recuperan las derivaciones que surjan del intercambio más allá de las temáticas previstas (Ynoub, 2015). En las entrevistas se consideraron tanto las formas narrativas y tramas argumentales como la emergencia de gestos, afectaciones, silencios, climas y los ritmos en los que se desplegaron las narrativas. Esta técnica se utilizó tanto con informantes clave para obtener información en profundidad sobre los objetivos propuestos para la indagación como con la muestra de profesionales. A los fines de relevar, por un lado, formas de pensar, nominar y valorar las problemáticas y, por el otro, las modalidades de abordaje de la salud mental en niñas, con énfasis en pesquisar las representaciones y los afectos sobre el género y obstáculos y facilitadores para el derecho a la atención en salud mental en niñas.

Entrevista grupal: consisten en la interacción entre lxs participantes y en el uso analítico de esta interacción, a partir de un conjunto de preguntas elaboradas por elx entrevistadorx,

quien actúa como moderadorx. Su rol es mantener activo el flujo de la conversación, asegurar la plena participación de lxs miembros del grupo, fomentar la interacción entre lxs participantes y, en última instancia, facilitar la discusión grupal. Se consideraron las formas de comunicación verbal y no verbal junto a la presencia de procesos de elucidación crítica producto de los intercambios (Castoriadis, 2010; Fernández, 2008). Se implementaron entrevistas grupales con equipos interdisciplinarios que trabajan conjuntamente problemáticas de salud mental en niñas.

4.4. Procedimientos de producción de datos

El trabajo de campo se estructuró en tres momentos:

Primer momento:

En un primer momento, realizamos entrevistas semiestructuradas a informantes clave con el objetivo de establecer un contacto exploratorio con el campo. Los hospitales seleccionados eran instituciones en las que la investigadora no había participado ni asistido previamente, por lo que los contactos proporcionados por lxs informantes clave fueron cruciales. Estos contactos no solo nos facilitaron las comunicaciones con lxs profesionales, sino que también nos permitieron profundizar en los aportes científicos y experienciales relacionados con las problemáticas de salud mental de las niñas y en las características del sistema de salud y de los hospitales de la ciudad de La Plata. Entrevistamos a 2 referentes académicxs expertxs en las temáticas de infancia, de género y de salud mental, a 2 referentes de políticas públicas de la provincia de Buenos Aires en vinculación con los hospitales seleccionados y a 2 profesionales con destacada trayectoria en la atención de salud mental en hospitales públicos en la ciudad de La Plata.

Los resultados nos permitieron tomar dos decisiones: en primer lugar, realizar un recorte aproximado de edad y de momento vital para indagar los imaginarios profesionales acerca de las problemáticas de salud mental de las niñas y sus modalidades de abordaje. Se seleccionó la pubertad con una edad aproximada entre los 10 y 14 años ya que observamos, por un lado, que las problemáticas de salud mental varían a lo largo del ciclo de vida de las niñas y, por otro lado, que los hospitales trabajan con criterios de admisión que establecen cortes por edad de manera que hay un hospital que trabaja solo primera infancia y no se incluyó.

En segundo lugar, decidimos incorporar nuevos ejes de indagación ya que observamos que, si bien lxs academicxs en género, niñez y salud mental pudieron pensar problemáticas específicas de salud mental para las niñas, lxs referentes de políticas públicas y de los servicios oscilaron entre reconocer singularidades y no reconocer distinciones relevantes. De manera que incluimos a la violencia sexual y el embarazo y maternidad como dos ejes de indagación que son analizadores de las desigualaciones de género en niñas.

Un elemento importante para destacar es que realizamos estas entrevistas durante los primeros meses del 2021, momento en el que Argentina regía el Aislamiento Social Obligatorio por la emergencia sanitaria por COVID-19. De manera que las administramos en formato virtual mediante la plataforma Zoom.

Segundo momento:

Aquí comenzó el trabajo de campo propiamente dicho. Realizamos 17 entrevistas semiestructuradas individuales, 11 entrevistas grupales y 5 observaciones. Respecto a las observaciones, como se mencionó en el apartado de técnicas implementadas, se tratan de

visitas al hospital a hacer entrevistas o conocer a lxs profesionales y equipos. También, en algunas ocasiones recorrimos los hospitales con lxs profesionales y observamos una charla dictada por profesionales sobre Abuso sexual infantojuvenil como resultado de la invitación de una entrevistada. En este sentido, encontramos una limitación en las observaciones, ya que no pudimos llevar a cabo la observación participante en reuniones de equipo ni pasar más tiempo en momentos cotidianos de trabajo como habíamos previsto. Esto se debió a que lxs profesionales no permitieron dicha posibilidad.

A las entrevistas grupales las propusimos como primera alternativa de encuentro entre profesionales de un mismo equipo o integrantes de servicios de cada hospital. Sin embargo, no siempre pudimos realizarlas ya que, en algunos casos, lxs profesionales aludieron no poder por la demanda alta de asistencia o las dificultades para coordinar entre varixs. De manera que, en muchos casos, realizamos entrevistas individuales.

En el hospital A realizamos 2 observaciones, una visita y una observación de exposición de trabajo del equipo al público general. Entrevistamos a 18 profesionales, 12 de manera individual, 6 en duplas y una entrevista grupal con 7 profesionales correspondientes al dispositivo de trabajo de trastornos de la alimentación. Los servicios con los que tuvimos contacto fueron el servicio de salud mental y dentro de este los dispositivos de internación, guardia, interconsulta, el dispositivo de atención en abuso sexual infantojuvenil y el de atención a los trastornos de alimentación; y el servicio de trabajo social. Se puede observar que, a diferencia de otras instituciones, en este hospital realizamos numerosas entrevistas con varios dispositivos. Esto se debe a que, por un lado, este establecimiento es el más grande de la provincia y el que posee mayor cantidad de profesionales y equipos que trabajan estas problemáticas. Por otro lado, esta fue la institución en la que lxs profesionales mostraron menor disposición para realizar

entrevistas grupales, citando dificultades como una carga excesiva de trabajo y problemas para coordinar encuentros entre ellxs.

En el hospital B realizamos una observación de visita institucional. Realizamos 1 entrevista individual, 1 entrevista en dupla y 3 entrevistas grupales, la primera con 3 profesionales, la segunda con 6 y la tercera con 10. Los servicios con los que trabajamos fueron el servicio de salud mental y el de trabajo social.

En el hospital C entrevistamos de manera individual a 2 profesionales y realizamos una entrevista grupal con 3 profesionales. Los servicios con los que trabajamos fueron el servicio de salud mental y el de trabajo social. El motivo de que no accedimos a otrxs profesionales se debe, por un lado, a que el hospital tiene poco personal en el trabajo en salud mental. Por otro lado, a que hubo profesionales de un servicio que trabajaban en el eje de indagación de embarazo y maternidad que no accedieron a realizar entrevistas, aun habiendo realizado intentos reiterados de contacto.

En el hospital D realizamos 1 observación de visita institucional y entrevistamos a 3 profesionales de manera individual. Trabajamos con el servicio de salud mental en el dispositivo de maternidad y con el equipo de consultoría y atención a interrupción voluntaria y legal del embarazo (IVE e ILE en adelante).

En el hospital E realizamos 1 observación de visita institucional y se entrevistó a 2 profesionales de manera individual y se hizo una entrevista grupal con 3 profesionales. Los servicios con los que trabajamos fueron salud mental y consultoría en IVE e ILE.

A diferencia de los anteriores, los últimos 2 hospitales son de adultxs y recurrimos para indagar únicamente los ejes de embarazo y maternidad ya que su incorporación se realizó ante la ausencia de trabajo en esta problemática en instituciones infantojuveniles.

El trabajo de campo con profesionales contó con etapas de diseño y ajuste de los instrumentos seleccionados, particularmente, del guion para la entrevista semi dirigida individual y grupal. Hubo una primera etapa de diseño de los instrumentos, en la cual se planificaron las líneas principales a explorar, tomando en cuenta las categorías y dimensiones a analizar. Para las observaciones elaboramos una guía de observación que contiene ejes a incluir como las características y ordenamientos del edificio, las formas de comunicación verbal y no verbal entre profesionales y de lxs profesionales con la investigadora. Para las entrevistas individuales y grupales, elaboramos una guía de preguntas (ver en anexo). En primer lugar, indagamos sobre lo que lxs profesionales perciben de manera espontánea respecto a las diferencias de género en las demandas y modalidades de abordaje en salud mental. En segundo lugar, incorporamos ejes de investigación relacionados con el trabajo en salud mental en casos de violencia sexual, embarazo y maternidad en niñas. La segunda etapa de este proceso consistió en poner a prueba el instrumento a través de la realización de observaciones y entrevistas piloto.

Tercer momento:

Los primeros acercamientos al campo nos permitieron identificar ciertas limitaciones que requirieron decisiones y cambios en el proceso de desarrollo de este. En principio, tuvimos dificultades para realizar observaciones en reuniones de equipo u otros momentos cotidianos de lxs profesionales en lxs servicios. De manera que el uso de esta técnica quedó acotado. En segundo lugar, para las entrevistas se incorporó un eje de indagación que es el abordaje en salud mental de los trastornos de la alimentación por ser una demanda mayoritaria en niñas en la franja etaria seleccionada y por la presencia de un dispositivo específico de abordaje.

En tercer lugar, realizamos una ampliación en el criterio de la muestra. En un inicio, el criterio de inclusión para la muestra consistía en que lxs participantes sean profesionales de servicios de salud mental de hospitales públicos infantojuveniles, no obstante, la atención en salud mental de la violencia sexual y el embarazo y maternidad en niñas condujo a dos cambios en la muestra:

- Para la indagación del eje de violencia sexual incorporamos profesionales de otros servicios distintos a los servicios de salud mental (compuestos por psicólogxs y psiquiatras) ya que, por un lado, las demandas por violencia sexual competen a diversxs profesionales. Por el otro, no todos los servicios de salud mental hospitalarios trabajan esta demanda de atención.
- Para la indagación del eje embarazo y maternidad incorporamos 2 hospitales para adultxs ya que la atención de estas demandas en los hospitales infanto-juveniles es nula o incipiente.

4.5. Procedimiento de análisis de datos

Para el análisis de los datos producidos partimos de la perspectiva metodológica de Fernández (2007) sobre la elucidación crítica de los imaginarios sociales, re trabajados a los fines de analizar los imaginarios profesionales. Castoriadis (2010) define la elucidación crítica como “el trabajo por el cual los hombres intentan pensar lo que hacen y saber lo que piensan” (p.12). En este sentido, el análisis de los datos se orienta a pesquisar cómo es que, entre los múltiples argumentos posibles, se elige uno y por qué se lo elige. Cuando un argumento insiste en distintos focos del tejido social y en situaciones muy diversas, se hace necesario clarificar qué imaginarios han configurado ese sentido y no otro (Fernández, 2017).

Asimismo, siguiendo a Fernández (2007), consideramos que el análisis de los imaginarios profesionales no se limita a identificar las insistencias en las narrativas y tramas argumentales. También abarca las insistencias en el diseño de los ordenamientos espaciales, las formas naturalizadas de habitar y actuar en la institución, así como las actitudes, los climas, las afectaciones y los ritmos en los que se desarrollan esas acciones y prácticas. Además, incluimos el estudio de lo no dicho, es decir, lo que se revela por ausencia: aquello que se omite en las palabras, lo que falta en las acciones o lo que pone en evidencia contradicciones entre las palabras y las acciones.

Por último, consideramos la identificación de ciertos analizadores, es decir, ciertas singularidades que muestran los datos que posibilitan inferir aspectos silenciados que emergen o se encuentran en equilibrio con lo dado. Sirven para develar la estructura de las instituciones, en el sentido de poner sobre la superficie lo que los propios integrantes no ven (Lourau, 1975; Orleans, 2021).

Para la sistematización y el análisis de los datos cualitativos utilizamos el análisis temático (Braun y Clarke, 2006) a partir de 3 procedimientos. Diferenciarlos no supone que estos se hayan realizado linealmente en el tiempo. Por el contrario, algunos de estos procesos coexistieron, como es el caso de las transcripciones y la elaboración de los memos.

En primer lugar, realizamos la transcripción de las observaciones y las entrevistas. Tal como plantea Dabénigno (2017), transcribir implica poner por escrito y dar a conocer los intercambios (preguntas, respuestas, información contextual general) que surgen en la aplicación de las técnicas. Este proceso de paso del lenguaje oral al escrito implica ciertas pérdidas inevitables de información de manera que nuestro rol como investigadorxs consiste en remediar esta limitación siendo lo más detalladxs y precisxs posibles en la

descripción tanto de los intercambios verbales como de los modos, estilos, palabras, ritmos, tonos y gestos ocurridos durante los encuentros. Hemos clasificado las transcripciones en carpetas de acuerdo con los hospitales en los que se hicieron y se archivaron en *google drive*. Asimismo, los documentos de las observaciones y las entrevistas se titularon de acuerdo al número de la técnica administrada (ej. E1, O 1, EG 1), al género del profesional (ej. M. V), el título (Psic, Psiq, TS, Med, etc), y el hospital (HA, HB, HC, etc).

En un segundo lugar, utilizamos memos que son registros privados de la investigadora que brindan información sobre con quienes se trabajó, en qué lugar, cómo fue el establecimiento del *rapport* y la conducción de las técnicas (Dabenigno, 2017). Este registro fue clave para el proceso de autoevaluación sobre la aplicación de las técnicas implementadas ya que, si bien la trayectoria de investigación de la doctoranda contempla la implementación de entrevistas y observaciones en los proyectos de investigación acreditados en los que participa, la instancia de doctorado constituyó una iniciación en la coordinación e implementación de la totalidad del trabajo de manera individual. Por lo tanto, los memos también fueron significativos para la consulta y supervisión con las directoras de doctorado y de beca CONICET. A su vez, a los fines del análisis de los datos, los memos permitieron anticipar líneas de análisis para tener en cuenta y, de esta manera, sumarlas a las categorías de inicio de la codificación. Por ejemplo, primero se incorporaron las problemáticas de salud mental en niñas vinculadas a los problemas de la modalidad alimentaria y, luego, las problemáticas psicopatológicas como las autolesiones o cuestiones que hacen a la sexualidad.

En tercer lugar, utilizamos la codificación cualitativa que consiste en la categorización, clasificación y rotulación de los datos a partir de identificar- en los testimonios de

entrevistas, observaciones participantes y entrevistas grupales- distintos temas y subtemas de variado nivel de abstracción (algunos descriptivos y otros teóricos) para luego efectuar comparaciones entre e intracasos que permiten establecer patrones recurrentes y especificidades de los diferentes casos (Braun y Clarke, 2006).

Utilizamos, en primer lugar, la codificación abierta. Es decir, el proceso de creación de los códigos no se realizó de una vez, sino que a medida que se avanzó en la lectura de los documentos se fueron expandiendo, acotando y reformulando los códigos. En este caso, se combinaron procedimientos deductivos e inductivos. Es decir, la creación de códigos partió de los conceptos preexistentes que atraviesan los objetivos y conforman el enfoque conceptual de la investigación y de las categorías y dimensiones establecidas para el guión de entrevistas. Pero también se produjeron códigos emergentes a partir de la lectura de los datos y a partir de que se fue produciendo una mayor abstracción en la conexión de temas e integración de enfoques teóricos que no eran parte de la investigación en sus inicios (Braun y Clarke, 2006; Dabenigno, 2017).

En segundo lugar, utilizamos la codificación axial que consiste en el proceso de identificación de relaciones entre las categorías y subcategorías obtenidas en la codificación (Seid, 2016). Los códigos no sólo establecen relaciones entre datos y conceptos, también pueden comenzar a dar cuenta de propiedades dentro de categorías y establecer vínculos más generales entre conceptos. Para la última fase de codificación, utilizamos la codificación selectiva, que se centra en integrar y refinar las principales categorías. Esto permite desarrollar definiciones tentativas que presentan un conjunto de afirmaciones interrelacionadas, constituyendo así una interpretación del fenómeno estudiado. Además, facilita la identificación de nuevas categorías a partir del mundo empírico observado. (Dabenigno, 2017; Seid, 2016).

La utilización de estos criterios dio lugar 3 rondas de codificación. Este proceso lo realizamos con el software Atlas.ti versión 9. En principio, contamos con una primera lista de dimensiones que se evaluaron a la luz las transcripciones de las primeras entrevistas, en un intercambio dinámico entre guía y testimonios. En segundo lugar, codificamos las transcripciones a partir del manual de códigos enriquecido en función de la codificación emergente. En tercer lugar, utilizamos a codificación axial ya que se repensaron los códigos en función de definir centrales y subsidiarios y establecer conexiones entre temas.

Por último, realizamos el cierre del listado de códigos a partir de su saturación, es decir, cuando no hubo grandes “noticias” al incluir nuevos casos, habiendo definido las categorías centrales de la investigación. Luego de ello, realizamos la vinculación de las categorías definidas con las dimensiones de análisis propuestas al inicio.

4.6 Consideraciones éticas

La investigación cuenta con la aprobación por parte de la Comisión de Doctorado de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata. Previo a la implementación de este estudio, contamos con la autorización de las instituciones seleccionadas y diseñamos e implementamos un consentimiento informado con cada unx de lxs entrevistadxs en cumplimiento de los requisitos éticos en investigación (ver en anexo). El mismo contempló las recomendaciones del protocolo de Helsinki (2016) en las investigaciones en salud humana. Asimismo, partimos del principio ético de no maleficencia que consiste en cumplir la obligación de no hacer daño a las personas que participan en una investigación a partir de mantener la confidencialidad de sus datos personales e institucionales.

PARTE III: RESULTADOS Y CONCLUSIONES

CAPÍTULO 5: IMAGINARIOS PROFESIONALES SOBRE LAS NIÑAS USUARIAS Y SUS PROBLEMÁTICAS DE SALUD MENTAL EN DISPOSITIVOS DE GUARDIA, INTERNACIÓN Y CONSULTORIOS EXTERNOS

En este capítulo abordamos las formas profesionales de pensar, de nominar y de valorar las características de las niñas que asisten a los servicios de salud públicos hospitalarios y las problemáticas que identifican en los motivos de consulta en línea con el primer objetivo específico. En este nos propusimos indagar las problemáticas que se manifiestan como demandas de consulta de salud mental en niñas desde la perspectiva de lxs profesionales de servicios de salud públicos de la ciudad de La Plata.

A los fines del capítulo retomamos la categoría de problemáticas sociales complejas trabajada en los lineamientos teóricos. Esta noción centra la atención sobre los lazos entre la vulneración social y la producción actual del sufrimiento psíquico en la infancia, así como sobre las dificultades de conceptualizar las demandas de salud mental desde marcos disciplinares e institucionales aislados (Carballeda, 2007; Stolkiner, 2012). Las problemáticas en salud mental, como problemáticas sociales complejas, interpelan los sentidos fundacionales de las instituciones y demandan del trabajo interdisciplinario e intersectorial en la comprensión y el armado de modalidades de abordaje (Carballeda, 2007; Stolkiner, 2012).

En primer lugar, desarrollamos la caracterización profesional de la situación personal, familiar y socioeconómica de las niñas con las que trabajan. En segundo lugar, abordamos la caracterización de ciertas problemáticas que lxs profesionales de los dispositivos de

guardia, internación y consultorios externos identifican respecto a las niñas. Destacamos que, en muchas situaciones, ante la pregunta por las condiciones de vida de las niñas, rápidamente se produce un deslizamiento de sentido que lleva a nombrar, por un lado, problemáticas clínicas o psicopatológicas. Por otro lado, situaciones denominadas “cuadros graves” o “situaciones sociales” a partir de los cuales podemos diferenciar ciertas caracterizaciones de las niñas. En otras ocasiones, no obstante, lxs profesionales sí se detienen sobre las situaciones de vida de las niñas sin remitir inmediatamente a los motivos de consulta o descripciones clínicas y psicopatológicas.

Entonces, los elementos centrales a partir de los cuales se describen a las niñas púberes usuarias incluyen las problemáticas psicopatológicas o clínicas, así como las apreciaciones sobre su clase social, la situación familiar relacionada con la pobreza y la condición migrante. También se consideran las características de las niñas residentes en hogares convivenciales y ciertas representaciones relacionadas con la sexualidad. En función de ello, podemos delinear ciertos imaginarios.

5.1. Las situaciones sociales y culturales: niñas vulnerables, hacinadas o en soledad

Como mencionamos anteriormente, para describir a la población usuaria lxs profesionales suelen detenerse en consideraciones acerca de la clase social⁶. Al respecto, refieren que,

⁶ En esta tesis retomamos la conceptualización de clase social que propone Iñigo Carrera (2014). El autor establece que el concepto de clase social comprende dos aspectos interconectados. En primer lugar, las relaciones que definen la producción y reproducción de la vida material a partir de la división del trabajo, la propiedad de los recursos materiales y el papel desempeñado en los procesos productivos. En segundo lugar, el de la lucha de los grupos sociales y sus intereses conformados por aquellas relaciones, de la que los individuos toman diferentes grados de conciencia de su situación. Los grupos sociales son conjuntos de personas que comparten una situación común, que residen y ocupan una posición similar dentro de la

quienes asisten mayoritariamente a los servicios, son niños y familias de sectores populares de distintos lugares de la provincia de Buenos Aires que no tienen obra social. Aunque también manifiestan que concurren en menor medida niñas de familias de otras clases sociales, ya que existe cierto reconocimiento de la labor de los hospitales del ámbito público en la atención de las urgencias y de la internación por salud mental y otras problemáticas. En otros casos, consideran que la cercanía de los hospitales a los barrios urbanos hace que la población que concurra sea “heterogénea”:

“Psi: Población humilde, muy humilde. Después hay de todo acá, está el de OSDE, la clase media. Hubo un intento de suicidio hace poco, un chico que se tiró de... salió en las noticias, se tiró de una terraza de un edificio, clase media, con OSDE y vino a parar acá. La población es muy variada en cuanto a lo socioeconómico si querés...” (Entrevista individual 8, psicóloga, HA).

“Psi: Clases sociales, en realidad, la mayoría son de clase media-baja, clase baja. Tenemos también excepciones. Hay mucha transferencia con el HA a nivel social, tiene como mucho prestigio entonces pasa que a veces hay gente que tiene posibilidades de pedir el abordaje en otro tipo de dispositivos, en clínicas y así y todo eligen venir al HA.” (Entrevista individual 9, psiquiatra, HA).

“Psi1: yo creo que eso tiene que ver un poco con el lugar en donde está ubicado el hospital. Si bien llegan pacientes que están más en la periferia, que por ahí las realidades son otras y que...

G: o que vienen de hogares...

Psi1: o que vienen mucho de hogares tal cual. Esta el paciente que viene....

Psi4: y no tiene ningún tipo de recursos

Psi3: muy vulnerado G: y otros que pueden...

estructura económica, especialmente en relación con las relaciones de producción y la propiedad. La determinación de los grupos sociales primordiales se basa en si poseen o no los recursos materiales necesarios para su existencia y subsistencia (Iñigo Carrera, 2014).

Psi1: más clase media

Psi3: de barrio de acá del centro también

Psi1: que están referenciados con el hospital, que también se atienden desde que son chiquitos, entonces, bueno siguen viniendo a distintas especialidades” (Entrevista grupal, ginecóloga y psicólogxs, HB).

A la hora de profundizar en la caracterización de las conformaciones familiares y comunitarias, lxs profesionales se centran en describir la situación de niñxs de sectores populares. En general, mencionan que son familias numerosas con condiciones de vida precarizadas que viven junto a otras familias en espacios reducidos, lo que hace que en muchas situaciones padres y niñxs compartan una habitación o una única cama para dormir. Al respecto algunxs profesionales refieren que esto, en un inicio de su trabajo, les generó “impresión” u “horror” pero con el tiempo se habituaron:

“Psiq: los familiares, le preguntas y lo acuesta en la misma cama, tienen condiciones... viven en casas muy precarias y son muchos y después te das cuenta de que la mamá también fue abusada. No te puedo decir a partir de tal edad porque lamentablemente aparece en todas y es algo... es como todo, al principio te impresiona y después ya lo vas... no naturalizando, pero no te sorprende lamentablemente” (Entrevista individual 13, psiquiatra, HB).

“Psiq: sí aparecen situaciones de... por ahí no son abusos francos con acceso carnal pero muchas situaciones de promiscuidad, eso aparece mucho en cuanto uno baja tanto en la escala social como en la escala cognitiva de la familia y aparece hacinamiento, chicos que fueron expuestos... sí eso sí aparece. No porque no haya en otras escalas por supuesto que hay, pero hay mucha presencia, está como un poco más naturalizado” (Entrevista individual 11, psiquiatra, HA).

“Psi: Sí, muchas situaciones así, en realidad sí como muy naturalizado de... o sea, a mí me horroriza, pero bueno de ‘tengo relaciones con el bebito al lado, con la nenita al lado’ o sea, en la misma cama. Eso re, hasta no vienen hipersexualizados que por ahí vos decís no, ya es como evidentemente es algo tan natural. (silencio)

hay cosas como que son ya tan naturales que no sé, no generan trauma, no sé cómo decirlo (se ríe). Yo quedaría traumada para toda mi vida” (Entrevista individual 8, psicóloga, HA).

Respecto a las niñas en particular, algunxs señalan que estas situaciones las exponen a sufrir violencia sexual, riesgo que parecería “se transmite” de madre a hija de manera naturalizada. Esto implica, por un lado, que es usual que tanto las madres como las niñas usuarias hayan sufrido violencia sexual. Por otro lado, que en muchos casos las madres suelen “facilitar” la perpetuación de los abusos de sus hijas al no establecer formas de protección de los adultos varones cercanos a la familia.

“G: Hay un porcentaje también, un veintipico, 30 por ciento de madres que fueron abusadas. Habría que volver a sacar conclusiones si esto ayuda en prevención o no porque efectivamente hay un porcentaje alto que son abusadas, uno podría decir... viste que, bueno vos sos chica. Cuando tenes hijos que yo tuve vos decis voy a hacer todo lo diferente que yo no recibí viste, quieres cambiar la historia. Bueno y evidentemente en estas madres, aunque sea con tanta energía de cambiar la historia... no se, estas respuestas te la dan más vos o una psicóloga que yo pero es lo que uno ve en la práctica. O sea, uno pensaría que estas chicas no van a ser abusadas sin embargo en la práctica no es así” (Entrevista individual 4, ginecóloga, HA).

“Psi: muchas veces está la situación de que la madre ha vivido situaciones y es algo que de algún modo se espera que suceda ‘bueno, a mí me pasó también’ y como si el ambiente propiciara la situación para que se repita todo lo mismo porque... que se yo. Digamos que son mujeres que muchas, no digo todas, pero facilitan la situación durmiendo con una pareja en la misma cama todos cuando ya había pasado hace meses con otra pareja entonces es repetir y perpetuar una situación posible de este tipo” (Entrevista grupal 11, psicóloga, HE).

“Psi: ‘señora vimos esto’... y ella dice dice ‘no, en realidad es porque yo me quedaba a dormir a veces en la casa de mi hermana que está de novia con un chico’, que en realidad no es un chico, en realidad tampoco sabemos muy bien la

edad, pero debe tener más o menos 30. ‘ah y tu hermana que edad tiene?’ La hermana tenía 15 y vivía con este tipo que no estaba clara la edad, que parecía que era entre 30 y 40. (...) La nena dormía entre medio de la hermana y el tipo este. O sea, hay una serie de cosas, una no puede vivir alerta todo el día, pero hay cosas que son llamativas" (Entrevista grupal 1, psicóloga, HA).

Otrxs refieren que son niñas “muy solas”. Es decir, que rápidamente en la pubertad dejan de recibir cuidados parentales:

“Psic: (...) las nenas, las adolescentes con familias como muy disfuncionales, muy solitas. Familias con nenas muy solas, que están muy desprotegidas” (Entrevista individual 13, psiquiatra, HB).

“Psic: Creo que son chicas que están como muy solas y terminan acá”. (Entrevista individual 10, psiquiatra, HA).

En algunas oportunidades, estas problemáticas son definidas como “situaciones sociales” y situaciones en las que “lo cultural” tiene un lugar importante. En general, lxs profesionales utilizan la idea de situaciones sociales para referirse a las dificultades de las familias de sectores populares, principalmente la madre, en el ejercicio de los cuidados de lxs niñxs. Señalan que el condicionante económico produce ciertos descuidos ya que lxs niñxs se quedan solxs porque lxs padres deben salir a trabajar o se encuentran detenidos en la cárcel. O bien repercute en la falta de “dimensión” parental de lo que implica la tarea de crianza. La idea de situaciones sociales se utiliza también para nombrar problemáticas de los lazos familiares como son las situaciones conflictivas producto de separaciones y los efectos de la exposición de lxs niñxs a la violencia de género de la pareja parental. En algunas oportunidades, estas situaciones se entienden como algo propio de “lo cultural” migrante.

“Psi: madres angustiadas, pero no pudiendo cómo dar cuenta o registrar algún cambio en la conducta de la criatura. (...) las entrevistas nada, ni la angustia por la

internación porque bueno son gente que yo creo que tiene que ver más con lo social, donde no pueden dimensionar la gravedad [de] lo que es esta patología. Una vez teníamos una mamá que tenía sífilis y como el bebé era más chico se pensó que había sido la transmisión de la mamá dónde la tomamos en tratamiento a ella y también le cuidamos al bebé y no iba a la consulta. Es muy difícil la cuestión social, cultural” (Entrevista individual 5, psicóloga, HA).

“Psic: muchas familias con violencia de género, padres separados, padres separados por violencia, padres presos, restricciones perimetrales eso hay un montón” (Entrevista individual, psiquiatra, HB).

“Psic: lo cultural también es muy importante, de muchas familias paraguayas, bolivianas, por ahí menos. Eso también es difícil de que... que se yo, a veces están tan sometidos ¿no? y tan olvidados y tan naturalizada la violencia en países donde están peor que nosotros, donde hay mucho machismo viste que es un laburo enorme que tenemos que hacer para poder llegar a armar algo y después trabajar para una denuncia porque no podemos hacer una denuncia salvo que el abusador esté en la casa, si está en peligro, todo eso. Pero no podemos hacer una denuncia cuando nadie lo ve como un delito viste” (Entrevista grupal 8, psiquiatra, HB).

A su vez, algunos profesionales refieren que en el último tiempo se encuentran con que hay muchas más niñas púberes en situación de calle o que, si bien viven con su familia, se encuentran la mayor parte del día fuera del hogar. Al respecto, consideramos significativo lo que menciona una profesional sobre “la vulnerabilidad” a los que viven expuestas:

“Psi: se van de la casa, se toman el tren, terminan en plaza Moreno, las internan en Niñez, las internan en el hospital, vagan. Son esas que a veces están buscando por las redes "esta nena desapareció 5 días", no la encontraban por ningún lado. Cuando la encuentran está tirada en el suelo tirada y drogada en una dirección muy lejos en un lugar que la habían alojado, prostitución encubierta que existe. Porque salen a la calle del hospital y terminan en ensenada. El hombre que la lleva en el taxi a donde ella va ¿a dónde va y con qué le pagan? Hay alguna cosa que

circula, pero no se dice. Entonces a veces llegan embarazadas” (Entrevista individual 7, psicóloga, HA).

En línea a los aportes de Michalewicz (2014), consideramos que la connotación y caracterización profesional de las niñas como “situaciones sociales” o “situaciones culturales” debe ser considerada como un analizador de las prácticas actuales en salud mental y de las dificultades que se presentan para trabajar con las problemáticas que llegan como demanda a los servicios. Como desarrollamos en los lineamientos teóricos, las niñeces y adolescencias contemporáneas advienen en un contexto de crisis de las instituciones tradicionales de cuidado, entre las que situamos la familia, la escuela y las instituciones salud.

Fernández (2017), a partir de los aportes de Castoriadis, advierte que esta crisis se debe al avance de la insignificancia de las instituciones. Es decir, a las dificultades de las instituciones para proporcionar referentes, sentidos y pertenencias colectivas debido a la intrascendencia actual de sus ideales, valores y proyectos. Hacia fines del siglo XX, autores como Galende (1997) y Castel (1991) señalan que el desarrollo del capitalismo actual conlleva la emergencia de procesos de exclusión para grandes sectores de la población. Estos sectores deben enfrentar no solo la miseria económica, sino también la ruptura de los vínculos y las redes sociales de contención.

En los servicios de salud mental infantojuveniles, los efectos de esta situación se observan en la presencia de problemáticas producto de desamparos institucionales que, en muchas oportunidades, se expresan mediante síntomas psicopatológicos (Stolkiner, 2017; Barcala, 2019). Como mencionamos, estos cambios en los padecimientos y en las instituciones han sido conceptualizados por distintos investigadorxs y referentes del campo de la salud mental argentino (Galende, 1997; Castel, 1991; Stolkiner y Ardila

Gómez, 2012; Michalewicz, 2014; Barcala, 2019; Lenta y Zaldúa, 2020). Aquí nos detenemos a delimitar los imaginarios profesionales a partir de los hallazgos respecto a las niñas púberes usuarias.

En general, podemos observar cierto deslizamiento de sentido que homologa lo social a la carencia económica, centrando la atención en las conformaciones familiares de sectores populares y en las dificultades de los padres -sobre todo de las madres- para encargarse de las tareas “adecuadas” de cuidado de lxs niñxs. Resulta llamativa la insistencia en la caracterización de las familias como pobres, migrantes, disfuncionales y conflictivas en donde ocurren situaciones de abandono, ausencia de cuidados adecuados y promiscuidad sexual. Respecto a la idea de “lo cultural” estas situaciones parecen ser pensadas desde una lectura en la que la pobreza de las familias se anudaría a patrones culturales “peores” que los argentinos, en los que la violencia es más cruel y se encuentra naturalizada. Este último aspecto se trabaja en mayor profundidad en el capítulo 6.

Desde esta perspectiva, las niñas son definidas principalmente por su condición de vulnerabilidad, vinculada al abandono y la soledad. La noción de vulnerabilidad implica

fragilidad o una situación de amenaza frente a la posibilidad de sufrir daño. Entre estas vulnerabilidades, emergen especificidades relacionadas con los riesgos a los que están expuestas debido a su condición de género. En particular, destaca el riesgo de sufrir violencia sexual, tanto en el ámbito familiar como en el público. En este contexto, tanto el hacinamiento en viviendas pequeñas como la permanencia en la soledad en la calle se significan como situaciones riesgosas en las que las niñas pueden sufrir violencia sexual desde una edad temprana o prostitución.

La problemática de la violencia sexual es un tema que trabajamos en profundidad en el capítulo 6 y 7. Por el momento, consideramos importante señalar que en estas situaciones insiste el imaginario de la madre como responsable fundamental de los cuidados o de los peligros de lxs niñas. Asimismo, la madre se presenta como la interlocutora principal en las situaciones de violencia sexual, ya que es identificada tanto como víctima, por haber sufrido la misma violencia, como facilitadora de la violencia hacia sus hijas.

En el próximo apartado desarrollamos cómo, en algunos casos, estos imaginarios sobre las niñas se deslizan para pasar a hacer énfasis en las condiciones disruptivas o peligrosas de esta población.

5.2. Las chicas de los hogares: un “mundito” aparte

Lxs profesionales identifican un “tipo” de niña usuaria particular a la que llaman “las chicas de los hogares”, haciendo referencia a niñas que se encuentran institucionalizadas en hogares convivenciales con medidas de abrigo de largos periodos de tiempo⁷. Al

⁷ La estancia de niñas y adolescentes en hogares convivenciales constituye una medida excepcional de Protección de Derechos llamada “Medida de Abrigo” prevista en la LPIDNNA (2005). Las medidas

respecto mencionan que las consultas de esta población suelen llegar directamente ante situaciones de crisis a los dispositivos de guardia e internación en salud mental, los cuales se encuentran integrados por psicólogos y psiquiatras. Asimismo, indican que llegan por “oleadas” o “por tandas”, es decir, que hay momentos en los que reciben muchas consultas en los servicios y otros momentos en los que repentinamente cesan.

Como en el apartado anterior, aquí también aparece la idea de vulnerabilidad, pero acompañada de otros sentidos. A las chicas de los hogares se las caracteriza como chicas con “mucho calle”, como “fatales” o como “un mundito aparte”.

“Psi: las chicas de los hogares son fatales porque se escapan, se trepan a los techos, son capaces de prender un tacho de basura. La vez pasada habían agarrado a una coordinadora dentro de una combi. Son un mundito aparte esas chicas (...) Porque los hogares son de puertas abiertas, las chicas se fugan, están en la calle, se encuentran con cualquier experiencia, consumen, terminan en la casa de cualquiera. Es una exposición, una vulnerabilidad terrible la que tienen, comen vidrio, se cortan con lo primero que se encuentran, no les importa nada” (Entrevista 7, psicóloga, HA).

excepcionales son aquellas que deben adoptarse cuando las niñas deben ser temporal o permanentemente privadas de su medio familiar, una vez agotadas todas las posibilidades de implementar las medidas de protección integral. Estas medidas deben ser limitadas en el tiempo y sólo se pueden prolongar mientras persistan las causas que le dieron origen con una duración prorrogable hasta 180 días. El espacio convivencial forma parte la estrategia general de restitución de derechos, en articulación con los Servicios Locales y Zonales de Promoción y Protección de Derechos, y demás efectores del sistema, para la planificación y promoción de la revinculación y el fortalecimiento familiar y comunitario (Kreis y Gastaminza, 2018). No obstante, se observa que en las prácticas muchas estadías se perpetúan a lo largo de los años lo que conlleva períodos de institucionalización que se prolongan por años, inclusive, hasta alcanzar la mayoría de edad.

“Psi: las escuchas y parecen de 20, te dan vuelta. Tienen mucha más calle que vos”
(Entrevista 17, psicóloga, HD).

Lxs profesionales que trabajan en los dispositivos de guardia e internación manifiestan que se tratan de “casos severos” para los cuales identifican dos problemáticas usuales. Una de ella, que trabajaremos más adelante, son los intentos de suicidio y las autolesiones. La otra -que es en la que nos centraremos en este apartado- es llamada de distintas maneras: “trastornos de la conducta”, “conductas disruptivas y desreguladas”, “presentaciones desreguladas, desorganizadas o enloquecidas” o bien “presentaciones por vías del acto”. También, en algunos casos, se refieren a las mismas como “episodios de auto y heteroagresividad y de impulsividad”.

Establecen que el motivo de llegada suele ser “problemas en el lazo” o peleas entre ellas. Se refieren a esta problemática como una “presentación femenina” y establecen distinciones respecto a las presentaciones de los varones. En algunos casos, observan que los varones institucionalizados llegan por “conductas errantes” en la calle o por consumo de sustancias. En otros casos, manifiestan que la diferencia entre las presentaciones de varones y de mujeres consiste en que mientras las femeninas son “por vía del acto” las masculinas son “sobre el cuerpo”. En este sentido, observan que los varones presentan síntomas de inhibición e introversión. No es menor mencionar solo algunxs mencionan estas distinciones y quienes lo hacen se demoran en pensar o en elaboran ideas mientras van hablando:

“Psiq: (piensa) se me ocurre la población un poco más baja de edad, por ahí esto, los trastornos conductuales que terminan más que nada en episodios de heteroagresividad, de impulsividad, es muy frecuente” (Entrevista grupal 2, psiquiatra, HA).

“Psic: (...) la forma más de trastornos... lo último que vi era mucho trastorno border, mucho trastorno de conducta” (Entrevista individual 13, psiquiatra, HB)

“Psi: (piensa) sí, por lo general, muy a grandes rasgos, más que nada a partir de los 10 años o hacia la adolescencia, por ahí las consultas de las niñas tienen que ver más con cuestiones disruptivas o conductuales más para el lado de lo que no encaja digamos de conductas más... me sale disruptivo. No sé cómo describirlo, pero por ahí... porque en los varones por ahí lo que se observa es algo más de la inhibición muchas veces. De lo introvertido. (...) presentaciones inhibidas o introvertidas con síntomas corporales si se quiere y en las mujeres algo más de lo disruptivo, de lo conductual como... digamos, no al pasaje al acto, pero muchas veces como que está esa dimensión en juego de eufórico. Esas presentaciones como más enloquecidas que por ahí en los varones se ve como más retraído” (Entrevista individual 1, psicóloga, HA).

Estos resultados presentan una diferencia respecto a las investigaciones reseñadas en los antecedentes y a las tasas de prevalencia de los manuales diagnósticos y estadísticos de los trastornos mentales que identifican que las conductas disruptivas son propias de los varones (Asociación Americana de Psiquiatría, 2013; Borthiry & Luzzi, 2021; Lo Russo, 2012; Navarro Pardo *et al.*, 2012; Organización Mundial de la Salud, 2019; Pedreira Massa *et al.*, 1992). También con lo que establecen Rey Bruguera *et. al.* (2023) y Yoon (2022), que afirman que se trata de una problemática sin distinciones de género para lxs niñxs que se encuentran institucionalizadxs en los hogares. Aquí, por el contrario, lxs profesionales la definen como una problemática femenina, caracterizada por “lo disruptivo”, la “desorganización”, “la euforia” y “lo enloquecido”.

Es posible identificar que unas de las diferencias que organiza las distintas maneras de nominar la problemática como trastorno, como presentación o como síntoma se vincula

con marcos teóricos diferentes propios de la psiquiatría y la psicología⁸. En efecto, como mencionamos en el capítulo 3, la salud mental es un campo en el que se entrecruzan disciplinas diversas entre las que se establecen discrepancias conceptuales. El trastorno de la conducta (TC) es una clasificación diagnóstica establecida en el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales 5 (DSM 5), que es uno de los más utilizados junto con el Manual de Clasificación Internacional de Enfermedades 10 (CIE-10) (Harwood, 2009). Los TC se incluyen dentro de los Trastornos disruptivos, del control de los impulsos y de la conducta. Se definen como un patrón de comportamiento persistente y repetitivo basado en no respetar los derechos básicos de otros, ni las normas o reglas sociales propias de la edad (APA, 2013).

Esta categorización, junto con otras como la de los trastornos por déficit de atención hiperactividad, se utiliza con frecuencia durante la niñez y la adolescencia con el objetivo de “predecir” problemas mayores que pueden ocurrir en la adultez (Harwood, 2009; Bianchi, 2019). En los TC, estas predicciones abarcan desde mal desempeño escolar hasta la criminalidad futura o el riesgo de desarrollar trastornos psiquiátricos en la adultez (Harwood, 2009). Bianchi (2015) establece que esta operatoria de clasificación es propia de la biomedicalización, lo que conlleva un cambio en la normalización de la infancia. La biomedicalización implica una instancia novedosa ya que no restringe su accionar a la enfermedad, sino que apunta a la concepción de salud (Bianchi, 2019; Conrad & Bergey, 2014). Es decir, termina con la dicotomía entre lo normal y lo patológico basada en la presencia o ausencia de síntomas para establecer aspectos de grado y de intensidad

⁸ Tal como se menciona en los lineamientos teóricos, en el campo psicológico argentino el psicoanálisis es una teoría hegemónica, de manera que la formación dentro de los hospitales usualmente es psicoanalítica.

sintomática dimensional. Los extremos “normal/patológico” siguen siendo relevantes, pero las intervenciones se centran en el presente para garantizar el “bienestar óptimo y el mejor futuro posible” a los fines detectar e intervenir en patologías invisibles, incluso en un estado de pre-sintomatología (Bianchi, 2015).

Estas maneras de clasificación diagnóstica han recibido críticas desde el campo de la filosofía (García Zabaleta, 2017; Prinz, 2012), de la sociología (Bianchi, 2019; Clarke et al., 2003; Conrad & Bergey, 2014) y desde el psicoanálisis, que es el que nos interesa aquí a los fines de conceptualizar la diferencia respecto a la apreciación de lxs profesionales psicólogxs. Las críticas psicoanalíticas establecen, por un lado, que la falta de precisión de la categoría de trastorno conduce a un uso arbitrario en el que la comorbilidad termina por ser la norma (Braunstein, 2015). Por otro lado, en el campo de las infancias se señala el efecto de marca que tienen estas calificaciones sobre niñxs y adolescentes. “Las categorías que se usan en la infancia se enuncian como “de por vida” e involucran “al ser”. De este modo estos niños quedan marcados “para siempre” perdiendo su identidad y su derecho al cambio”(Janin, 2019, p. 180).

Por el contrario, la idea de “presentación” en psicoanálisis se vincula a la descripción de determinadas características, conductas o síntomas que se observan en el proceso de conocimiento de la problemática que aqueja al sujetx. Entre estas, las presentaciones por vía del acto son conceptualizadas por distintxs autorxs (Algabe & Ceña, 2014; Cunningham *et al.*, 2022; Martín & Machado, 2017) como una problemática central de la clínica actual con adolescentes, que trae aparejadas dificultades a la hora de establecer diagnósticos. Estas dificultades se relacionan con el cambio de época caracterizado por el declinamiento del Nombre-del-Padre, es decir, la crisis del orden simbólico anterior, lo que lleva a que lxs sujetos se encuentren "desbrujulados, desamparados, y sin capacidad

para sujetarse a un significante" (Cunningham *et al*, 2022, p. 36). Las presentaciones por vía de acto o las presentaciones "enloquecidas" se caracterizan por una sintomatología sin ligazón al Otro, en las que prevalece el acto y el impulso en lugar del decir (Cunningham *et al*, 2022; Martín y Machado, 2017; Algace y Ceña, 2014).

Cabe mencionar que estas distinciones y controversias conceptuales que situamos no fueron desarrolladas por lxs profesionales. Por el contrario, en muchas oportunidades se limitaron a nominar y describir esta demanda de los dispositivos sin profundizar en posibles consideraciones. En otros casos, durante la implementación de entrevistas grupales e individuales, algunxs plantearon que, el escucharse a sí mismos hablar sobre esta situación, les hizo pensar que en estas demandas se encuentran presentes también condiciones de vida ligadas a la violencia intrafamiliar, la violencia sexual y a la "agresividad" que se vive en los hogares.

"Psi: ahora que estoy hablando con vos me doy cuenta de que sí está implícita la violencia en un montón de las presentaciones, lo que pasa por lo general es que no aparece como motivo de consulta en primera instancia. Es como que muchas veces se llega digamos con la consecuencia y si hay alguna situación de violencia intrafamiliar o de abuso, es algo que aparece a lo largo del tratamiento como otra escena dentro de lo que venía pasando, pero no aparece, así como motivo de consulta, ya sea tanto por guardia o por consultorio externo" (Entrevista individual 1, psicóloga, HA).

"Psi: en realidad está buena la pregunta porque lo que viene a la guardia, sea intento de suicidio, o descompensación, episodio psicótico agudo o consumo de sustancia, la mayoría de las veces hay por detrás problemáticas de violencia o de maltrato... bueno, no sé si de maltrato, pero esto de naturalizada la violencia o naturalizada la cero prohibición del incesto, te la debo. No existe, por ejemplo" (Entrevista individual 8, psicóloga, HA).

“Psiqui: son lugares con mucha agresión, mucha impulsividad que también es propio del contexto. Cómo viven, son niñas que vienen de hogares hace un montón de tiempo” (Entrevista 13, psiquiatra, HB).

Aquí insiste la idea de “lo social” ligado a niñas en situación de abandono y soledad. Se tratan de niñas “sin historia” y sin referentes para los cuidados, incluso durante el proceso de atención:

“Psiqui: Llegan como sin historia, no hay nadie que pueda decir nada acerca de ese chico. Por ahí vienen con un legajo enorme de papeles y papeles, lo acompaña un operador que lo conoce hace 10 min y muchas veces nadie puede decir nada” (Entrevista 10, psiquiatra, HA).

“Psiqui: están acá y están solas a veces y entonces ahí empezamos a intentar coordinar con niñez para que mande cuidadores, pero los cuidadores no las conocen y muchas veces faltan porque claro tienen turno en tanta cantidad de horas y se va uno y vuelve el otro y cuando uno falta capaz que quedan 6 u 8 horas solas y ahí es cuando se fugan, cuando tienen crisis. Es frecuente eso que cuando la paciente se queda sola, tenga una crisis (...) Enfermería en general tiene una prioridad que son los pacientes que necesitan alguna intervención de alguna de una enfermería específica pero no tienen tanto la formación de cuidar al paciente cuidar al paciente para que no se vaya, no sé, hablar con el paciente, no. Están para intervenir con algo más clínico” (Entrevista individual 10, psiquiatra, HA).

Al respecto, consideramos representativo lo que enuncia una profesional sobre el vínculo entre lo psicopatológico y lo social:

“Psiqui: situación de mucho abandono con muchas fugas de diferentes hogares que han pasado por diferentes instituciones y que terminan tal vez acá por ahí sí en un episodio psicótico agudo, pero con una conducta muy desorganizada donde se empaña un poco lo psicopatológico con lo social” (Entrevista individual 10, psiquiatra, HA).

La idea de lo social como algo que empaña, es decir, que resta claridad o brillo a una clasificación psicopatológica “pura”; sumado a la pluralidad en la nominación de la problemática y a las dificultades que expresan algunxs profesionales para detenerse a pensar, nos permite esbozar algunas interpretaciones. En principio, podemos establecer que la dificultad para calificar las problemáticas de salud mental no es un hecho novedoso, sino que constituye parte histórica de la constitución de este campo. Ahora bien, resulta llamativa la insistencia- tanto en el campo de la psiquiatría como de la psicología- de pensar las problemáticas de las chicas de los hogares desde el establecimiento de precisiones que privilegian una lectura psicopatológica, la cual se define por su distinción respecto a las apreciaciones sobre “la situación social”.

Asimismo, consideramos que estos modos de objetivar el malestar psíquico se acompañan de la producción de modos de subjetivación de las niñas. Siguiendo a Burín (2012), las consideraciones acerca de la salud mental y el sufrimiento psíquico para las mujeres siempre están íntimamente ligadas a la producción de las mujeres como sujetos. Los imaginarios acerca de las niñas las definen como fatales o como aquellas que se diferencian de las demás debido a sus conductas enloquecidas, impulsivas y disruptivas. Recordemos que, tal como establecimos en el capítulo 3, estas connotaciones son opuestas a las SIS esperables tradicionalmente para la feminidad durante la infancia: una niña debe ser dulce, tierna, sumisa, obediente mientras que el varón debe ser fuerte, activo, rebelde, agresivo, travieso e independiente.

En este sentido, si bien algunxs profesionales identifican que en la producción de esta problemática se presentan vulnerabilidades o desamparos ligados a la ausencia de adultxs, resulta llamativa la omisión de los efectos de la institucionalización y de las dificultades de las instituciones en el cuidado de estas niñeces. Ello sobre todo si tenemos en cuenta

el efecto paradójico que se produce en los hogares ya que son instituciones a las cuales se accede como una medida de excepcionalidad en búsqueda de una estrategia de restitución de derechos que, en las prácticas, genera condiciones de institucionalización crónicas que terminan por profundizar las vulneraciones de los derechos de esta población.

Elizalde (2016) a partir de una investigación con adolescentes institucionalizadas, advierte que estas conductas no siempre implican una desregulación, disrupción o locura. Por el contrario, responden a regulaciones propias de los códigos de socialización entre niñas y jóvenes institucionalizadas. Acciones vinculadas a la agresividad y a un permanente cuestionamiento de la autoridad responden a una cultura juvenil caracterizada por “tener calle” y “tener aguante”. Se trata de un recurso personal y colectivo para gestionar los desamparos familiares y sociales y revertir los imaginarios que las definen como “chicas de la calle”. Haber vivido en la calle certifica su condición de “chicas bravas”, en oposición al binomio “buenas chicas” / “chicas tontas” o “vírgenes”.

La autora sostiene que muchos de estos códigos de comportamiento son ensayos de modos alternativos de feminidad, aunque con marcos de acción restringidos que siguen estando vinculados a imaginarios patriarcales y clasistas sobre esta población. En este sentido, observa que es usual que, luego de un periodo caracterizado por estos comportamientos, al avanzar en la adolescencia algunas jóvenes manifiestan reflexionar y cambiar de actitud por el riesgo a ser vistas como “cachivaches”. Es decir, cuando advierten que esto las aleja de ser deseables a la mirada de los varones que les interesan sexual y afectivamente (Elizalde, 2016).

5. 3 Intentos de suicidio y autolesiones ¿presentaciones femeninas?

Lxs profesionales de los dispositivos de guardia, internación y consultorios externos manifiestan que otra de las problemáticas principales con la que trabajan son los intentos de suicidio y autolesiones. Al igual que en el apartado anterior, algunxs la definen como una “presentación femenina” y, en general, coinciden que es mayor en niñas a partir de los 10 años. Incluso, las profesionales a cargo del dispositivo de internación mencionan que la mayoría de lxs pacientes internadxs por esta problemática son mujeres.

“Psiq: (piensa) en general los intentos de suicidio son más propios de las mujeres. Si yo te pudiera hacer una estadística, tenemos más mujeres internadas que varones siempre, siempre” (Entrevista individual 7, psiquiatra, HA).

“Psi: (silencio) tal vez no es que haya una diferencia, sino que hay mayor cantidad de presentaciones de intento de suicidio con ideación de muerte o por ejemplo con conductas autolesivas en mujeres, mucho más. En general, tenemos más mujeres internadas con ese tipo de motivos” (Entrevista individual 7, psicóloga, HA).

Tal como mencionamos en el apartado anterior, muchxs profesionales piensan que es una problemática característica de las chicas de los hogares, junto a las “conductas disruptivas”. Los intentos de suicidio y las autolesiones en esta población se interpretan como síntomas característicos de las presentaciones por vía del acto o los TC, aunque en este caso, los episodios de "agresividad" e "impulsividad" de las niñas se dirigen hacia sí mismas. Además, algunxs mencionan que el aislamiento social y preventivo por la pandemia de COVID-19 fue un condicionante importante del sufrimiento psíquico de las niñas institucionalizadas.

“Psi: Muchas consultas de chicas de hogares con intentos de suicidio, depresión que la pandemia aumentó por el tema de quedarse encerrados y que los chicos dejaron de ir a centros de día” (Entrevista individual, 7, psicóloga, HA).

“Psi1: muchos intentos de autoeliminación

Psi4: muchísimo. Pibes en algún convenio con hogares entonces venían mucho muchísimo pibes de hogares con un montón de... violaciones

Psi3: además de la cuestión de salud mental, había que realizar... hoy por hoy incluso se realiza todo un abordaje social (asienten)” (Entrevista grupal 5, psicólogos, HB).

“Psi: es una exposición, una vulnerabilidad terrible la que tienen, comen vidrio, se cortan con lo primero que encuentran, no les importa nada. Son cuadros muy severos” (Entrevista individual 7, psicóloga, HA).

En otras oportunidades, refieren que son demandas de la población en general en las que intervienen muchos condicionantes. Mencionan que se tratan de “descompensaciones de cuadro de base” en estructuras psicóticas, trastornos psicopatológicos *border* o cuadros orgánicos ante un “mal tratamiento”. También, mencionan que se vinculan al consumo de sustancias, los duelos o las dificultades para dormir. Además, algunxs advierten que las autolesiones e intentos de suicidio son usuales en el marco de situaciones de violencia familiar y de dificultades en los lazos entre pares. Por último, unxs pocxs mencionan que se tratan de presentaciones que pueden estar presentes en los trastornos de la conducta alimentaria.

En general, lxs profesionales plantean diferencias de género en los intentos de suicidio que coinciden con los datos estadísticos establecidos por organizaciones internacionales de salud (UNICEF, 2019; Defensoría de la Provincia de Buenos Aires, 2020; Tajer, 2020).

En primer lugar, manifiestan que las mujeres cometen más intentos de suicidio, pero los varones son quienes lo consuman en mayor medida. En segundo lugar, refieren que los métodos que utilizan los varones son la precipitación desde edificio o intentos de ahorcamiento muy severos mientras que las mujeres utilizan la sobreingesta de

medicamentos o sustancias y los cortes. Consideran que los intentos de suicidio en los hombres son más "violentos" o reflejan una "mayor determinación".

“Psi: las presentaciones por vía de los cortes por lo general es una presentación más femenina. Quizás el varón llega por estar callado en la casa” (Entrevista 1, psicóloga, HA)

“Psi: para mí el tema de las conductas autolesivas está más en las niñas. Y si aparece en los niños son heavy, tipo un ahorcado o intentos de suicidio graves” (Entrevista 8, psicóloga, HA).

“Psi: son la mayoría chicas (...) en la población femenina. Sobre todo, lo que es las conductas autolesivas, los cortes o las ingestas de fármacos o de sustancias de otros tipos muy desreguladas. Hay bastantes ingresos por ejemplo con chicas intoxicadas, ya sea consumo de alcohol u otro tipo de sustancia que ingresan de ese modo” (Entrevista individual 9, psicóloga, HA).

“Psiq: yo creo que esto, lo de las autolesiones e ideación es más en mujeres. La otra vez, leyendo un libro de guardia para otra cosa, veía que habían sido en los dos últimos meses muchísimas, no muchísimas pero se notaba la diferencia entre mujeres y varones” (Entrevista grupal 3, psiquiatra, HA).

Señalan que es frecuente que “las presentaciones femeninas” no impliquen una intencionalidad suicida sino más bien el objetivo de aliviar malestares:

“Psi: cortes, pero no corte de las venas sino más superficial, como el efecto de calmar” (Entrevista individual 7, psicóloga, HA).

“Psiq: como esta cuestión de los cortes ‘me corto porque me alivia, porque es una manera de focalizar el dolor en una parte de mi cuerpo’ y no estamos hablando de un intento de suicidio” (Entrevista grupal 8, psiquiatra, HB).

Aquello que mencionan respecto de la finalidad también se establece en protocolos e informes de los organismos internacionales de la salud: la violencia autoinfligida no

siempre tiene un intento suicida, sino que hay situaciones en las que, más bien, actúa como un efecto de descarga y alivio de una tensión psíquica-emocional ante la dificultad o imposibilidad de expresarla de otra manera (UNICEF, 2019). Las autolesiones no suicidas se configuran como un intento del sujeto de localizar el dolor en una zona específica del cuerpo (UNICEF, 2019).

Es de destacar, como mencionamos en el apartado anterior, que, si bien identifican estas problemáticas como femeninas, no explicitan motivos específicos para dar cuenta de por qué sucede en mujeres. Ante la consulta por las distinciones se refieren, por una parte, a las autolesiones como *actings* propios de la histeria, que se diferencian del pasaje al acto propios de la psicosis.

“Psi: mira, en realidad, viste que hay como dos tipos de intento. El intento más de la neurosis que estaría más ligado a la histeria como *acting*, como una demostración de, es más propio de las nenas, eso clarísimo. Pero después tenemos muchos intentos de chicas y chicos que tienen que ver con cuadros de psicosis, con alucinaciones auditivas de "la voz le dice que se mate" y ahí ya pertenece más a la psicosis” (Entrevista individual 7, psicóloga, HA).

“Psi: mucho el intento pero... la sobreingesta más pensada desde el *acting*. En niñas más. El niño viene con la petequia, se colgó, o sea, el niño no es que me tomó ocho pastillas delante de mi mamá y hago el ruidito que hizo hace poco alguna... (Entrevista 8, psicóloga, HA)”

La categoría de *acting out* es utilizada en psicoanálisis para designar acciones de un carácter impulsivo, relativamente aislable del curso habitual de actividades, que adoptan a menudo formas de auto o heteroagresividad (Laplanche & Pontalis, 2013). Desde la perspectiva de lxs profesionales, se incluye dentro de las “presentaciones por vía del acto” o “presentaciones enloquecidas”, que hemos mencionado en el apartado anterior,

caracterizadas por comportamientos disruptivos e impulsivos de las niñas contra lxs otrxs y costra ellas mismas. Las cuales se sitúan en el terreno de la neurosis, principalmente de la neurosis histérica.

Autorxs provenientes del psicoanálisis lacaniano establecen que el *acting out* es “algo que se muestra” (Lacan, 2006, p. 28). Es el armado de la escena, es decir, el montaje inconsciente de ciertas situaciones en las cuales el sujeto realiza acciones tendientes a conmover, a los fines de constatar qué lugar ocupa en este deseo del Otro (Blanco, 2015; Martín & Machado, 2017). Esta idea está presente en la caracterización profesional de la intencionalidad del *acting* como “hacer ruido” o “demostrar” el sufrimiento psíquico a lxs adultxs a cargo.

Además, consideramos relevante lo mencionado por una profesional sobre las autolesiones y los trastornos de alimentación como “una marca” propia del ritual de pertenencia de la adolescencia actual:

“Psiqu: como las autolesiones, viste, como todo de ritual, de pertenencia al grupo y que aparecen entre los 10, 11 años en adelante. El trastorno de la alimentación de la... sí, cómo problemática de la alimentación sin ser una patología en sí misma, como esta cuestión de los cortes (...). Es algo así como una marca, como un tatuarse en conjunto viste los pibes se... son cosas que son rituales y que las hacen también en grupo. Como esas nuevas... por eso te digo, son formas de presentación del adolescente” (Entrevista grupal 8, psiquiatra, HB).

La identificación profesional sobre los intentos de suicidio y autolesiones como problemática no es un hecho aislado, sino que constituye una preocupación de la salud pública a nivel mundial. Estudios recientes han evidenciado un incremento sustancial del 60% en las tasas de suicidio durante las últimas cinco décadas (UNICEF, 2019; OMS, 2021), posicionando esta problemática como una de las principales causas de mortalidad

en el rango de edades comprendido entre los 10 y los 29 años en múltiples naciones. En el contexto argentino, se destaca un significativo aumento en la mortalidad por suicidio en el transcurso de los últimos 25 años que se ha triplicado en la población juvenil siendo la segunda causa de muerte en la franja etaria de 10 a 19 años (UNICEF, 2019).

Respecto al impacto de la pandemia por COVID-19, si bien aún no se encuentran datos que coincidan con el periodo indagación de campo posterior a las dos olas por COVID-19, Barrio, *et. al.*, (2023) señala que la tasa de suicidios en la provincia de Buenos Aires disminuyó en el año 2020 en comparación con años anteriores, hecho que coincide con lo reportado por otros estudios internacionales (Devitt, 2020; Pirkis *et al.*, 2021). Ahora bien, Bonano *et al.* (2022) indican un aumento de las tasas de consultas por lesiones autoinfligidas en servicios de urgencias en instituciones públicas durante el primer año de la pandemia, sobre todo en mujeres.

La magnitud de la problemática nos conduce a sostener la pregunta acerca de qué imaginarios se encuentran presentes tanto en la caracterización de los intentos y las autolesiones como una problemática mayormente femenina. Como mencionamos en el marco teórico, las categorizaciones profesionales no remiten únicamente a un acto técnico-disciplinar, sino que son fenómenos histórico-sociales en estrecho vínculo con las estrategias de poder a partir de las cuales organizamos las maneras de percibir, pensar y valorizar el mundo.

Elucidar las categorías con las cuales son nombradas y pensadas las niñas dentro del campo de la salud mental implica un doble movimiento. En primer lugar, implica reconocer la especificidad teórica de los conceptos propios de las disciplinas académicas y profesionales. En segundo lugar, requiere considerar que no son creaciones naturales

sino construcciones definidas por las ciencias humanas, es decir, propias de un determinado contexto histórico-social y de los proyectos políticos imperantes (Fernández, 2009).

En este sentido, consideramos que es posible advertir imaginarios profesionales que, aún en la actualidad, producen formas de pensar y valorar los malestares femeninos desde operadores epistemológicos propios de la Episteme de lo Mismo, basados en la invisibilización, esencialización y patologización de las desigualaciones de género. En este caso, la invisibilización no opera a través de la homologación con lo masculino, ya que, como vimos, la demanda se identifica como femenina. Más bien, opera mediante la abstracción del contexto histórico-social de la vida de las niñas, al ignorar cómo las inscripciones de género influyen en la producción del sufrimiento psíquico.

También, los imaginarios profesionales operan a partir de la psicologización o psicopatologización del sufrimiento psíquico. Siguiendo a Llobet (2014), la psicologización o psicopatologización del sufrimiento psíquico implica la traducción de la biografía de las niñas como casos, es decir, como un ejemplar de un conjunto que es lícito y eventualmente tratable desde las herramientas unidisciplinarias

Estas operatorias de invisibilización, esencialización y patologización de género podemos apreciarlas en el deslizamiento de sentido niñas/*actings*/histeria. Este deslizamiento se produce al caracterizar las autolesiones como presentaciones femeninas en las que se manifiestan *actings* propios de la histeria. A partir de los aportes de Fernández (2009), consideramos que los imaginarios profesionales sostienen la homologación Niña=Autolesión=Histeria, basada en la equivalencia de sentido que sostiene a la histeria como un atributo intrapsíquico de la feminidad. Sostener a los síntomas histéricos como un atributo inherente a ciertas niñas púberes ubica a las niñas dentro del universo de lo

patológico e invisibiliza causas histórico-sociales que participan en la provocaron los sufrimientos (Burin, 2012; Miranda, 2019). En este sentido, vemos que la enunciación de “lo social” o “lo cultural” se utiliza para delimitar una problemática que se define por su ajenidad. “Lo social” se incluye desde su exclusión, cómo elemento diverso al campo de incumbencia y accionar profesional de la salud mental.

De igual manera, consideramos relevante esbozar otro implícito problemático, característico de algunas lecturas psicoanalíticas: la valoración del sufrimiento psíquico en las mujeres—como en este caso el *acting out*—a través de metáforas teatrales (actuación, escena, montaje, demostración). Laplanche y Pontails (2013) establecen que la categoría *acting out* posee problemas terminológicos ya que se encuentra impregnada de significaciones pertenecientes al ámbito de la actuación (“*to act*”). En este punto, es notable observar un deslizamiento en las categorías que configuran el sentido de las problemáticas psicopatológicas, junto con una valoración profesional del malestar de las niñas como "una teatralización". Esto contrasta con la percepción de las expresiones de los varones, que se consideran como un accionar más veraz y "decidido". Este elemento de teatralización también insiste en el capítulo 6 en la caracterización del embarazo infantil.

En esta línea, Gilligan (2010) sostiene que la utilización de expresiones descalificadoras para referirse a las autolesiones de las niñas, como buscadoras de atención o manipuladoras, constituye un obstáculo para la comprensión de esta problemática. A partir de un estudio longitudinal de 11 años con niñas de distintos sectores socioeconómicos y geopolíticos, Gilligan (2010) establece que el recurso a las autolesiones por parte de las niñas da cuenta de que identifican a la violencia como un lenguaje bien comprendido en nuestras sociedades y que puede ser utilizado. En este

sentido, la autora sostiene que más que un ataque al ser o intento de autodestrucción, estas situaciones dan cuenta de un recurso individual, ante dificultades de expresión de la voz femenina, que representa una esperanza de relación con lxs otrxs (Gilligan, 2010). Es decir, esto que se suele pensar peyorativamente constituye un recurso que protege a las niñas mujeres ya que permite que elx otrx entre en escena.

Por otro lado, respecto a las autolesiones como marcas de rituales de pasaje adolescente, consideramos que esta caracterización incluye otros marcos de sentido distintos a los mencionados anteriormente, no obstante, no responde a la cuestión de por qué sería una característica de las niñas. En este sentido nos preguntamos ¿Es posible pensar vínculos entre la expresión de los malestares y los imaginarios actuales de género sobre las feminidades? ¿Qué tensiones psíquicas y emocionales se producen se descargan mediante las autolesiones? ¿Es posible encontrar similitudes? ¿Qué estatuto adquiere el cuerpo en estas “presentaciones”?

5.4 Niñas y sexualidad: ejercicio de la sexualidad precoz o autónoma

Algunxs profesionales destacan que la iniciación sexual de las niñas se produce a edades cada vez más tempranas. Consideran que se trata de una manifestación propia de las presentaciones por vía del acto -característica de las chicas de los hogares- en la que el ejercicio de la sexualidad es “descarnado” en tanto no se observa “un filtro, un velo o diques anímicos de la vergüenza” y tampoco la formulación de una “una inquietud o una duda” sobre la sexualidad:

“Psi; niñas de 10 años que quizás está la sexualidad super incorporada con los pares y en su discurso. Como que es algo cada vez más precoz, más que nada igual en las niñas. La latencia se ha disminuido (se ríe)” (Entrevista individual 1, psicóloga, HA).

“Psi: como que muchas veces no aparece, por ejemplo, todo esto que decimos en relación a los diques anímicos de la vergüenza. Todo eso no aparece, muchas veces en relación a esto que te decía de las presentaciones por vía del acto, aparece o la iniciación sexual super temprana sin mediar algo ahí, quizás esto, no aparece la duda por la elección de que compañero por qué, como algo del sexo sin simbólico, del actuar sin tener una posición tomada en relación a eso, pero tampoco muy interrogados en torno a definir una posición en el momento” (Entrevista individual 2, psicóloga, HA).

A su vez, resulta significativo lo mencionado por una profesional que admite cierta sorpresa al comparar su trayectoria de vida con la de las usuarias. Observa que, a diferencia de los sectores medios a los que ella pertenece, la iniciación sexual en los sectores populares es más temprana y parece llevar inevitablemente al desenlace de la maternidad.

“Psi: ‘no, lo que pasa es que mi hermana es una monja porque tiene 16 años y es virgen’ esa hermana quería estudiar. Había algo como que, si tenía que estudiar, tenía que dejar de lado su sexualidad. Pero ella, que sí iba por el lado más de la sexualidad, a los 15 había tenido su primera hija y relación sexual la había tenido a los 11. A mí me sorprendió la edad de ambas. Muchas veces cuando llega la abuela de un niño y le preguntas qué edad tenés y te dice 30 años y alguna sorpresa te lleva eso. No es que eso te hace intervenir, pero hay marcos sociales diferentes que si uno no los puede retirar de la intervención los hace moralizantes” (Entrevista individual 5, psicóloga, HA).

Al mismo tiempo, otrxs profesionales consideran que actualmente las niñas poseen una mayor autonomía en el ejercicio de la sexualidad, respecto a la posibilidad de pensarse y establecer vínculos sexoafectivos no heteronormados. Consideran que esto es una novedad propia de la “época”. A su vez, destacan que es efecto de la implementación de políticas públicas como la Educación Sexual Integral (ESI).

"Psic: y después esto de lo no binario que es ese proceso que tampoco encasillamos en una patología. En ese proceso de descubrimiento, de identificación de género, de sexualidad. Todo eso es 'no me enamoro de...' los pibes, ¿no? 'no me enamoro de alguien de un determinado sexo sino de la persona' dicen los chicos" (Entrevista grupal 8, psiquiatra, HB).

"Psi: calculo que a diferencia de nuestras generaciones es algo con lo que se van formando, está en el discurso entonces no aparece como preocupación" (Entrevista individual 1, psicóloga, HA).

"Psi: lo que sí por ahí, en niños de 10 a 12 años, lo que vengo escuchando es... pero ya en adolescentes más grandes incluso, es de 13, 14, es una relación con el otro sexo que no entiende de géneros. Niñas de 12 años que te digan 'bueno, porque estoy de novia' pero al otro día están de novio y al otro día están de novia. O sea, usan el a o por una convención cálculo, pero no tienen una relación tan determinada. Están con otra situación. Muchos de 11 o 12 años que te hablan muy relajadamente sobre eso. (...). No tienen una relación tan fija y determinista como los adultos que vivimos la sexualidad de otra manera" (Entrevista individual 14, psicóloga, HC).

A partir de lo desarrollado, podemos identificar la insistencia de dos imaginarios profesionales sobre la sexualidad de las niñas púberes. En primer lugar, situamos un imaginario propio del campo psi que establece la idea de sexualidad precoz o desregulada de las niñas. Esto implica, por un lado, la conceptualización de la iniciación sexual temprana como una manifestación impulsiva y disruptiva propia de las presentaciones por vías del acto, que insiste también en el campo de la sexualidad. Por otro lado, se considera esta iniciación como un salto de etapa del desarrollo normal psicosexual que conduce, en muchos casos, a la maternidad.

La apreciación profesional acerca de la sexualidad de las niñas es motivo actual de preocupación y debate en las disciplinas de la salud y el campo psi (Moreno & Barbán,

2021; Reyes Caballero & Caballero, 2024) Se considera que la hipersexualización infantil o erotización precoz es producto de la imposición de imágenes de niñas con cuerpos erotizados y adultizados por parte de la industria cultural, los medios de comunicación y las redes sociales. En este punto, la preocupación se centra en los efectos de esta exposición sobre la alteración de las etapas del desarrollo de las infancias, sobre todo de las niñas.

Estos elementos nos permiten situar dos apreciaciones. En principio, consideramos que, difícilmente esta situación pueda ser pensada desde una perspectiva que enfatiza de modo exclusivo la determinación intrapsíquica o psicopatológica. Sobre todo, a partir de lecturas que privilegian la constitución del psiquismo infantil basándose en la fantasmática parental, en el marco de la introducción en un simbólico ahistórico y de carácter universal.

En este sentido, podemos afirmar que los imaginarios sociales que definen a las niñas como precoces y maduras sexualmente no son nuevos. De hecho, este imaginario ha existido históricamente, caracterizando a las “pequeñas Lolitas” de sectores pobres en contraste con las niñas de sectores burgueses. Esta distinción se ha dado mucho antes de la aparición del mercado de la industria cultural y comunicacional.

Ahora bien, también podemos situar una segunda consideración respecto a los cambios en materia de sexualidad observados en las niñas en la actualidad. En este sentido, consideramos que, si bien es importante atender a los efectos que estos pueden acarrear en la salud mental de las niñas, se vuelve necesario revisar los parámetros modernos con los cuales se ha definido el devenir evolutivo y psicosexual de la infancia. Tal como establece Bleichmar (1998), el desarrollo psicosexual no es proceso innato y teleológico, sino que es una producción cultural e histórica que se produce en un complejo

movimiento de ensamblajes y resignificaciones, de articulaciones provenientes de diversos estratos de la vida psíquica, familiar y cultural.

González (2019) plantea que estos emergentes han sido trabajados en investigaciones sobre la sexualización de la cultura (Attwood, 2006; McNair, 2002). A partir de estos trabajos, se establece que la erotización de las niñas es indivisible de un proceso de pornificación de la cultura, propio de las sociedades occidentales actuales. La saturación sexual de las imágenes, discursos, productos y servicios propios de las industrias del sexo se han insertado en lo cotidiano, reconfigurando las sensibilidades, subjetividades y prácticas sexuales de niñas, adolescentes y adultxs (Favaro y De Miguel, 2016).

En esta línea, a modo de ejemplo, es posible observar que las tecnologías de la información y la comunicación han habilitado un nuevo modo de socialización y subjetivación infantil en la que lxs niñas son productoras de contenido sexual en internet (Gonzalez, 2019). Se producen prácticas y discursos que destacan, de manera inusitada, un intercambio sexual entre niñas y adolescentes. Estos intercambios ocurren por iniciativa propia, a través de la socialización de fotos o vídeos en perfiles de redes sociales, intercambios en chats proporcionados por juegos en línea, o mediante la práctica conocida como *sexting*. (Gonzalez, 2018)

De esta manera, siguiendo los desarrollos de Tajer (2020b) consideramos que a la hora de pensar estos cambios es necesario sostener una vigilancia epistemológica que, por un lado, evite psicopatologizar *per se* todo lo nuevo y, por otro lado, atienda a la posibilidad de identificar problemáticas psicopatológicas o sufrimientos psíquicos que lo nuevo puede traer.

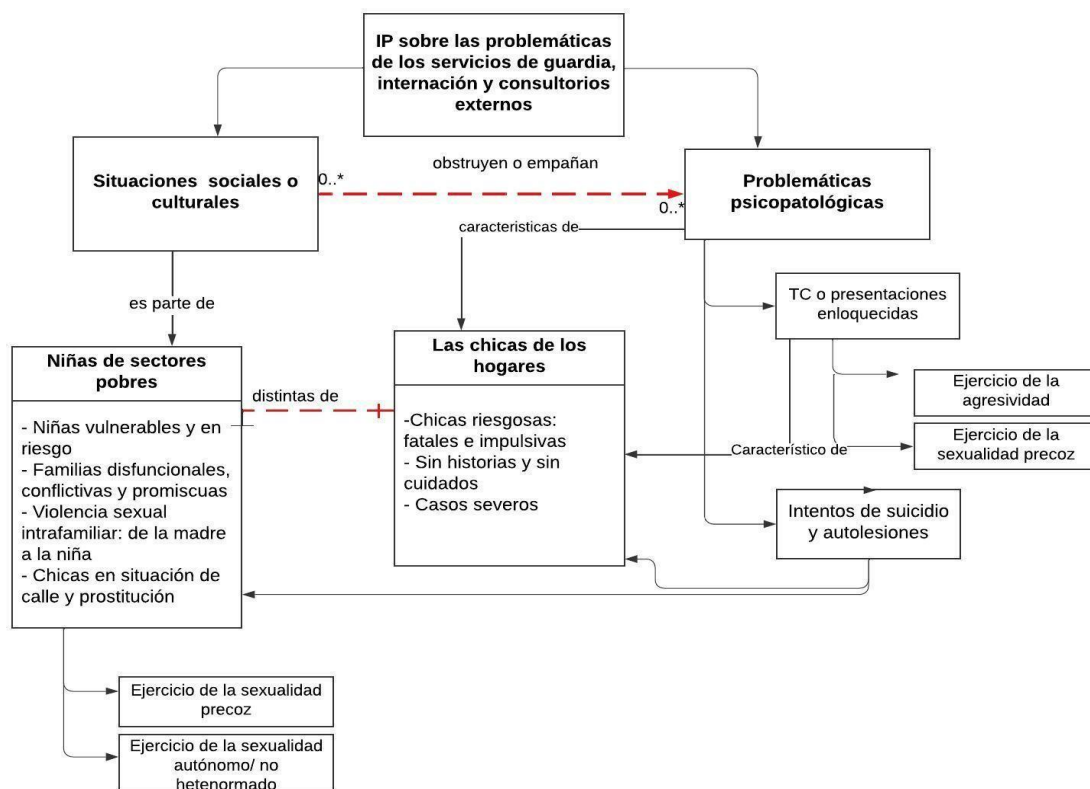
En segundo lugar, identificamos imaginarios profesionales que establecen el advenimiento de posicionamientos de género autónomos respecto a las prácticas sexuales y vinculares en las que la norma heterosexual deja de imponerse como patrón a seguir. Siguiendo a Fernández (2014) la autonomía de género implica la capacidad de discernir anhelos y actuar de acuerdo con los propios intereses y no a los de otros. Esta autonomía se encuentra en estrecha relación con la autonomía de los grupos sociales a los cuales se pertenece y de los espacios de poder que pueden instituir. En este punto podemos establecer la presencia de imaginarios profesionales instituyentes en el reconocimiento de posicionamientos subjetivos autónomos respecto a la posibilidad de vincularse desde marcos no heteronormados, que vinculan a un cambio social, normativo y político.

Los cambios histórico-sociales actuales en materia de sexualidad -tanto en los imaginarios como en legislaciones y políticas que la legitiman socialmente como la Ley de Identidad de Género (2012) y la ley ESI (2006)-, generan condiciones de posibilidad para que en determinados contextos emerjan modos de subjetivación en los que sea posible establecer marcos más igualitarios de las vivencias sexuales y afectivas entre pares (Tajer, 2020).

5.5 Comentarios finales del capítulo

A los fines de establecer una integración y puesta en relación de los distintos apartados podemos establecer ciertos IP sobre las problemáticas de niñas que llegan como demanda de consulta a los servicios de salud mental.

Gráfico 1. Síntesis de lo trabajado en el capítulo 5: Imaginarios profesionales (IP) sobre las niñas usuarias y sus problemáticas de salud mental en dispositivos de guardia, internación y consultorios externos



Fuente: elaboración propia

En primer lugar, en función de lo trabajado en el capítulo 5.1 se puede observar que, en la mayoría de las situaciones, lxs profesionales caracterizan las condiciones de vida de las niñas a partir de dos distinciones: por un lado, las situaciones sociales y culturales y, por otro lado, problemáticas clínicas y psicopatológicas. Las situaciones sociales y culturales refieren a la caracterización de las niñas y sus familias de sectores populares a partir de hacer énfasis en las dificultades de lxs adultxs, principalmente la madre, en el ejercicio de los cuidados de lxs niñxs. Las situaciones sociales comprenden realidades

familiares caracterizadas por la ausencia, desprotección, la disfuncionalidad, la promiscuidad sexual y las conflictivas. Mientras tanto, las situaciones culturales definen realidades familiares de familias migrantes de sectores populares en las que la crueldad parece ser mayor y estar naturalizada.

Desde esta perspectiva las niñas son definidas por su condición de vulnerabilidad: son niñas que están solas, en la calle o abandonadas. A su vez, se trata de niñas en situación de riesgo a sufrir las violencias y sus efectos, sobre todo la violencia sexual, tanto en el ámbito familiar (violencia sexual intrafamiliar) como en el ámbito público (prostitución y embarazo).

Por otro lado, dentro de las problemáticas psicológicas o psicopatológicas, en los dispositivos de guardia, internación y consultorios externos se jerarquizan dos problemáticas “femeninas”: TC o conductas disruptivas e intentos de suicidio y autolesiones. Lxs profesionales identifican que estas demandas son características de un tipo de usuaria particular: las chicas de los hogares. Las chicas de los hogares, también se consideran como chicas vulnerables y en soledad, pero riesgosas. Se trata de niñas adultas, fatales e impulsivas que presentan episodios de agresividad hacia lxs otrxs (pares y adultxs) y hacia sí mismas. En estas apreciaciones adquiere relevancia la idea de que son situaciones de desorganización o enloquecimiento. Asimismo, esta impulsividad también es significada en el terreno sexual, son niñas que se inician sexualmente de manera precoz, es decir, antes de los parámetros evolutivos esperados.

Así pues, identificamos que los imaginarios profesionales acerca las problemáticas de salud mental de las niñas que llegan a los servicios de salud sostienen formas de invisibilización, psicologización y psicopatologización de las desigualaciones de género y clase social respecto al sufrimiento psíquico. En efecto, si bien estas problemáticas son

definidas como femeninas, se omiten consideraciones que hacen a los patrones desiguales de género en la constitución psíquica, familiar y social de las niñas. Por el contrario, desde la perspectiva profesional, son los parámetros clínicos o psicopatológicos los que definen los atributos de la feminidad. Esto se destaca sobre todo en la interpretación de las presentaciones por las vías del acto como presentaciones femeninas y propias de las niñas de los hogares. Asimismo, en la operatoria de los imaginarios profesionales que sostienen la homologación Niña=Mujer=Autolesión=Histeria, es decir, que define a la histeria y sus síntomas como un atributo intrapsíquico de la feminidad. Además, en la problemática de las autolesiones identificamos valoraciones profesionales peyorativas basadas en la asociación entre la noción de *acting out* y ciertas apreciaciones del sentido común en las que las conductas de las niñas son leídas como teatralizaciones o actuaciones en la búsqueda de acaparar atención.

Respecto a la invisibilización y psicologización de las desigualaciones de clase social, consideramos que, si bien se mencionan situaciones propias de las familias de sectores populares y migrantes, estas son tomadas como hechos que exceden a las problemáticas de salud mental. o como aquello que empaña u obstaculiza diagnósticos psicopatológicos. Tal como mencionamos, “lo social” y “lo cultural” se incluye desde su exclusión, cómo elemento diverso al campo de incumbencia y accionar profesional de la salud mental.

Asimismo, podemos postular que los imaginarios profesionales reproducen una insistencia histórica al visibilizar únicamente a la familia y fundamentalmente a la madre como responsable de los cuidados o de los peligros de lxs niñas (Fernández, 2017). Estos imaginarios producen también ciertos afectos profesionales respecto a las condiciones de vida familiares que van del horror a la naturalización. En este punto, podemos sostener que, si bien la institución familiar tiene un lugar determinante en la producción de

cuidados de las infancias, recortar el rol que tienen el conjunto de instituciones en la producción del psiquismo durante la niñez puede conducir a una psicologización de lo social sostenida sobre el ideal de familia nuclear de sectores medios.

No obstante, también es importante resaltar la presencia de imaginarios profesionales instituyentes que identifican condiciones de mayor autonomía sexual en las niñas respecto a la posibilidad de vincularse desde marcos no heteronormativos. Esto nos permite valorar, tanto posibles cambios propios del advenimiento de formas autónomas de vivir la sexualidad por parte de las niñas usuarias, como el reconocimiento profesional de las diferencias en su positividad, en las cuales la distinción no instaura la desigualdad, sino que permite reconocer modos de subjetivación múltiples propio de ciertos momentos histórico-sociales.

CAPÍTULO 6: IMAGINARIOS PROFESIONALES EN LA IDENTIFICACIÓN DE LAS PROBLEMÁTICAS ANALIZADORAS DE LAS DESIGUALACIONES DE GÉNERO EN NIÑAS.

En el capítulo anterior desarrollamos los resultados acerca de los imaginarios profesionales sobre las niñas usuarias y sus problemáticas de salud mental en los dispositivos de guardia, internación y consultorios externos. En este capítulo nos detenemos en los imaginarios profesionales acerca de tres problemáticas sociales complejas (Carballeda, 2007) que consideramos analizadores sociales de las desigualaciones de género de las niñas: la violencia sexual (VS), el embarazo y la maternidad infantil y los trastornos de la conducta alimentaria (TCA). Las primeras dos constituyen ejes de indagación que se esbozaron durante el proceso de investigación mientras que la tercera es un emergente del trabajo de campo. A partir de estas, se busca responder al primer objetivo de investigación que se propone indagar la perspectiva de lxs profesionales de servicios de salud públicos sobre las problemáticas que se manifiestan como demandas de consulta.

La noción de analizador se refiere a una herramienta del análisis institucional que se utiliza para realizar lecturas e intervenciones sobre las instituciones a partir de volver explícitos ciertos elementos que permanecen velados (Lourau, 1975). El analizador es un elemento de la realidad social que manifiesta las contradicciones de un sistema permitiendo revelar la estructura de las instituciones (D'Agostino y Ruiz, 2018). Siguiendo a Lourau (2008), el analizador “des-objetiva”, deshace los estatutos y funciones, desinstitucionaliza, revela el instituyente aplastado bajo el instituido y desmaterializa las formas de la opresión revelando las fuerzas que se esconden en ella. Es decir, no solo permite enunciar y poner de manifiesto sentidos instituidos, sino que, a

partir de la visibilización, actúa como posibilidad de transformar y generar nuevos instituyentes (D'Agostino & Ruiz, 2018).

En este caso, utilizamos la categoría para conceptualizar la VS contra las niñas, el embarazo y la maternidad y los TCA como problemáticas sociales complejas (Carballeda, 2009; Kreis y D'Agostino, 2021). Consideramos que estas problemáticas son analizadoras de las desigualaciones de género en la infancia ya que en su producción son significativos los condicionantes propios del sistema patriarcal y adultocéntrico que, no obstante, suelen estar invisibilizados y/o naturalizados (Fernández 2014; Lourau 1975).

En este capítulo, a diferencia del anterior, hemos decidido elaborar nuestras interpretaciones y conclusiones en el subapartado de comentarios finales. Esta decisión tiene como objetivo facilitar la agilidad en la lectura al abordar las distintas problemáticas que tratamos. A continuación, nos detenemos en el desarrollo de los hallazgos vinculados a los imaginarios profesionales acerca de los TCA en niñas púberes usuarias.

6.1 Trastornos de la conducta alimentaria en niñas púberes mujeres: la otra pandemia

La mayoría de lxs profesionales identifica que los TCA⁹ son una demanda característica de las niñas y adolescentes mujeres. En especial refieren a la anorexia¹⁰ y la bulimia¹¹ o “presentaciones” y malestares vinculados a la imagen corporal.

Advierten que es una problemática que ha aumentado significativamente a raíz de la pandemia de COVID-19 y que se presenta en algunos servicios de manera masiva, derivada desde el sector público y privado; y a partir de la referencia de diversxs profesionales y dispositivos. Esto es especialmente mencionado por profesionales que

⁹ El DSM 5 (2014) define a los trastornos de la conducta alimentaria y de la ingesta de alimentos como perturbaciones persistentes en los hábitos alimentarios o en el comportamiento relacionado con la comida. Estas alteraciones afectan negativamente la cantidad o el tipo de alimentos consumidos, provocando un deterioro significativo en la salud física y en el funcionamiento psicosocial de la persona.

¹⁰ La anorexia se centra en la restricción de la alimentación. Este cuadro resulta enigmático ya que la negativa a ingerir alimentos se lleva al extremo, poniendo en riesgo la vida. La niña o adolescente que experimenta anorexia personifica el disciplinamiento del cuerpo conforme a los imaginarios sociales de belleza. Como resultado se acude a un empobrecimiento del yo debido a que la instancia psíquica se ve absorbida por la imagen corporal, dejando de lado aspectos como la emoción, la fantasía y el pensamiento (Frison, 2017; Sternbach, 2008).

¹¹ La bulimia se caracteriza por la realización de episodios de ingesta excesiva, seguidos por comportamientos compensatorios restrictivos como seguir una dieta estricta al día siguiente, el uso de diuréticos y, principalmente, provocar el vómito. Inicialmente, el vómito se percibe como una anulación de la ingesta, pero con el tiempo adquiere cierta autonomía (Frison, 2017). Por lo tanto, lo que predomina en este cuadro no es tanto el episodio de ingesta excesiva, sino la posibilidad de llevar a cabo el vómito. Un rasgo distintivo de quienes experimentan bulimia es su propensión para ocultar estas conductas, realizándolas en secreto como rituales. De esta manera, la persona queda atrapada en un ciclo repetitivo que termina por dominar su vida de manera compulsiva (Frison, 2017).

trabajan en un dispositivo interdisciplinario de TCA en uno de los hospitales (HA), el cual lleva años funcionando para abordar esta problemática

“Psi: llegan por todos lados, te mandan al teléfono ‘hola ¿qué tal? Por favor ¿puede ver a mi hija?’, por eso te digo, ahora brotan por debajo de la baldosa literal, no era metafórico. Vas caminando por el hospital y te paran ‘soy la hija de la hermana de la prima de no sé qué de la enfermera’, te llama el director, digamos, están llegando” (Entrevista individual 12, psicóloga, HA).

“Psi: tiene una cantidad de casos que te querés morir” [en referencia a las demandas que se reciben en el dispositivo de TCA]. (Entrevista individual 5, psicóloga, HA)

“Psiq: Hoy hablábamos de eso, de que los trastornos de conducta alimentaria como así también los cuadros también del orden depresivo se han incrementado un montón en los adolescentes por la situación de pandemia. Hemos tenido muchas. Yo trabajo también en el ámbito privado y de años anteriores eran contados los desórdenes de conducta alimentaria y hoy tenemos 4 o 5 activas, que es un montón” (Entrevista grupal 2, psiquiatra, HA).

Lxs profesionales manifiestan que el “camino más usual” a la consulta es por medio de la consulta pediátrica o ginecológica ante problemas como el descenso de peso y la alteración del ciclo menstrual; generalmente, como motivo de la preocupación familiar o, en algunos casos, ante el temor que le produce la amenorrea a la niña. Ahora bien, observan que las demandas masivas luego de la pandemia de COVID-19 llegan, en muchos casos, ante situaciones de complejidad mayor que incluyen condiciones físicas críticas como la deshidratación, por lo que muchas veces requiere internación.

“Psiq: yo hago interconsulta desde el año pasado y la verdad que el año pasado nada, no hemos tenido interconsultas y ahora tenemos varias. Yo te digo lo que nosotras hemos visto la mitad del año pasado y este y ahora sí vemos que hay muchas más consultas por mujeres de 14, 13, 15 años con trastornos de la conducta

alimentaria, en realidad, más anorexia nerviosa y grave porque por algo terminan requiriendo a la internación. En interconsulta tomamos pacientes internados entonces son todas que necesitan una sonda, bueno, todo el abordaje mismo de manera más constante y rigurosa y en muchos casos incluso medicación. (...) nosotras de años anteriores no me acuerdo de compañeros que lo hayan dicho y ahora sí estamos viendo y son varias y son esto, situaciones graves que incluso sí, nos llamó la atención”. (Entrevista grupal 3, psiquiatra, HA)

“N: a veces la derivación es inmediata porque quizás la complejidad es evidente y otras veces no, ya vienen con un trabajo previo que ese trabajo se da hasta que la continuidad de eso termina con algo complicado, que se necesita más un equipo para abordar. Va... me parece.

Psic: Sí sí, coincido, por ahí hay pacientes que se manejan por privado. El profesional atiende por privado y el psiquiatra, psicólogo, nutricionista se complejiza el cuadro y terminan internándose acá y se reevalúa si está para un dispositivo más como lo que ofrece el hospital o se puede seguir.” (Entrevista grupal 4, nutricionista y psiquiatra, HA).

Asimismo, algunxs profesionales mencionan que las niñas y adolescentes con TCA “tienen mucho contacto con salud mental”. Esto se debe a que es común que lxs profesionales de guardia sean llamadxs a evaluar el riesgo de cortes y autolesiones, o episodios de “desborde o irritabilidad” asociados a la culpa tras una ingesta en pacientes internadas.

A diferencia de lo que mencionamos en el capítulo anterior sobre las diferenciaciones en la nominación entre disciplinas, en este caso la utilización de la categoría de TCA aparece como un paraguas que nombra distintas problemáticas de la modalidad alimentaria vinculadas a la anorexia y a la bulimia. En otros pocos casos, lxs profesionales hacen referencia a ciertas “presentaciones de la época” o “neurosis actuales” en las que la imagen aparece como motivo de sufrimiento. En general, coinciden en las dificultades

para pensar la demanda masiva a los servicios luego de la pandemia por COVID-19 ya que, en algunos casos, parecería tratarse de una problemática distinta a las más tradicionales.

“N: De hecho también la primera pandemia terminamos de armar este dispositivo (...) porque toco de un trastorno de la conducta alimentaria, una anorexia específica que hay cosas que también surgieron en esas familias bajo el encierro, bajo las redes que quizás el desencadenante tiene que ver con la alimentación pero no como la problemática de la anorexia que capaz que...” (Entrevista grupal 4, nutricionista, HA).

“Psi: en algunos casos se dan trastornos de la conducta alimentaria y en otros casos vaya a saber qué será ¿no? pero es impresionante” (Entrevista individual 12, psicóloga, HA).

“N1: y sobre todo este último tiempo ¿no? fue que varió más. Por ahí antes la descripción de los libros y lo más así ¿pero tan no se vio no?

Psic: es parte estructural de la época y de las circunstancias que creo que a partir de la pandemia hubo una cuestión con la imagen corporal, las redes sociales y demás que empezó a verse más consistente. El año pasado era más una suerte de hipótesis. Esto generó esto. Bueno, ahora ya casi es... hay que escribirlo” (Entrevista grupal 4, nutricionista, psiquiatra, HA).

Entre estas diferencias, consideran que un cambio importante tiene que ver con la edad en la que aparecen los TCA, que se inicia cada vez más temprano:

“Psi: no te digo hace 10 años, pero hará 5, lo que vamos observando es que cada vez la presentación inicia antes. Antes era una presentación más típica de esa edad, de los 14/15 años y desde hace un tiempo lo que vamos observando es que cada vez hay presentaciones de niñas más chicas, 12, 10. (..) no es la misma presentación la anorexia de 14 que la anorexia de 10 (...) por más que la presentación se vaya siempre anticipando creo que al mismo tiempo deberíamos

pensar que va variando de presentación, que no sé si es exactamente la misma” (Entrevista individual 12, psicóloga, HA).

“N:(...) y hemos tenido más chiquitas también de 10, menos de 10 años hemos tenido también digo. Pero sí, la mayoría son entre 10 y 15” (Entrevista grupal 4, nutricionista, HA).

Lo referido por lxs profesionales respecto a la masividad de las consultas por TCA se condice con lo establecido en la literatura científica. En niñas y adolescentes, los TCA- sobre todo la anorexia nerviosa y la bulimia- han mostrado un aumento a nivel mundial luego de la pandemia por COVID-19, tanto en países desarrollados como en países en vías de desarrollo (Agostino *et al.*, 2021; Diaz *et al.*, 2022; Fernández-Rivas, 2021; Lobo, 2022; Rafferty *et al.*, 2024; Reed & Ort, 2022). En algunos casos, las investigaciones comparan el aumento exponencial de las demandas en salud con un "tsunami" o "brote" (Raffery, *et al.*, 2024) o bien con una pandemia colateral (Fernández-Rivas, 2021).

Asimismo, tal como señalan lxs profesionales, las investigaciones afirman que se produjo tanto un incremento de nuevos casos como un agravamiento de los ya existentes, los cuales llegan al sistema de salud en situaciones de urgencia que requieren internación (Agostino *et al.*, 2021; Fernández-Rivas, 2021; Lobo, 2022; Samatán-Ruiz & Ruiz-Lázaro, 2021). También, se observa una incidencia creciente de los TCA en pacientes niñas menores de 15 años, con una edad media de 13 años (Dueñas Disotuar *et al.*, 2015; Jordano *et al.*, 2023). En este punto, Dueñas Disotuar *et al.* (2015) establecen que la pubertad es un momento de especial vulnerabilidad para el inicio de TCA, así como de complicaciones físicas secundarias a la desnutrición.

En general, si bien existe un acuerdo en la comunidad académica y en los organismos internacionales acerca que las causas de los TCA no pueden pensarse aisladamente sino

que son multidimensionales (APA, 2014; OMS, 2021; Jordano *et al.*, 2023; Labora González, 2023), las distintas investigaciones señalan que a la hora de pensar los cambios actuales de esta problemática es necesario jerarquizar los condicionantes histórico-sociales que la pandemia trajo aparejadas en la salud de lxs niñxs y adolescentes. Por un lado, debido a que en los países que implementaron medidas de confinamiento, se produjo la interrupción de las actividades diarias de socialización de lxs niñxs; y con ello, se observó problemáticas como la alteración de los hábitos de sueño, cambios en la actividad física y la aparición de sentimientos de tristeza, preocupación excesiva y temor al contagio (Jordano *et al.*, 2023; Diaz *et al.*, 2022; Ñañes Silva *et al.*, 2022; Fernández-Rivas, 2021; UNICEF, 2021). Por otro lado, debido a la proliferación de discursos acerca de nuevas “tendencias” alimentarias y a los imperativos de belleza mediatizados por el uso de las tecnologías, que adquirieron mayor relevancia como medio para socializar ante el aislamiento (Diaz *et al.*, 2022; Jordano *et al.*, 2023; Lobo, 2022; Rodríguez Guarín *et al.*, 2023).

Al respecto, Lobo (2022) advierte un uso distinto de las tecnologías entre niñxs y adolescentes varones y mujeres durante el confinamiento. Mientras los varones utilizaron videojuegos manteniendo un tipo de comportamiento más evitativo, las mujeres permanecieron mayormente en redes sociales, en contacto con influencers que promueven cuerpos hegemónicos, rutinas de ejercicios y dietas “saludables” (Lobo, 2022).

En esta línea, algunxs profesionales se refieren a la incidencia de las condiciones de “época” y a la influencia de las redes sociales en la problemática, aunque difieren en sus apreciaciones. En algunos casos, consideran que la masividad actual de las consultas se vincula a un emergente de la clínica que no siempre refiere a un cuadro psicopatológico,

sino que es “una expresión” de la “adolescencia de la posmodernidad”. Manifiestan que en la actualidad existe una presión cultural sobre el cuerpo, distinta a la de otros momentos, vinculada a la actividad física excesiva y a la idea de alimentación saludable. Al respecto, destacan el rol de las redes sociales como *tik tok* en la producción de estas presiones. Asimismo, en otros casos, manifiestan que la adolescencia actual se caracteriza por “militancias” como el no consumo de animales (veganismo y vegetarianismo) que después terminan en TCA.

“Psic: yo creo que... cómo podría decirte. Hay una expresión digamos de la adolescencia hoy, del adolecer o el tránsito por la adolescencia se expresa de diferentes maneras. Con el tema del duelo del cuerpo infantil, de la aceptación del nuevo cuerpo y de los estereotipos que impone la sociedad aparecen muchos trastornos de la alimentación que se manifiestan sin ser... y ahí de nuevo vamos a los diagnósticos puros de la bulimia, la anorexia. No. Son diferentes expresiones en relación al cuerpo y a la alimentación que a su vez van de la mano con otras de las formas de presentación. Yo te diría, son formas de presentación hoy de la adolescencia el no binarismo, el tema del cuerpo, los temas de la alimentación viste pero como una militancia, te diría como un fundamentalismo del veganismo, del vegetarianismo que los chicos después terminan en trastornos de la alimentación, en bajo peso.” (Entrevista grupal 8, psiquiatra, HB).

“Psic: para mí va acompañado de ciertos elementos del contexto social. Yo me acuerdo de que cuando era más chica... Tengo 33. A los 18 o los 20 cuando estábamos en el colegio me acuerdo de que ahí veías un montón y que después hablando con otras personas me decían que sí, que hace unos años, más en los 90 se veía un montón más. Ahora para mí es otro cuadro, pero igual se ven porque ahora con todo lo que es *TikTok*. Aparte otra cosa que es re peligrosa para mí es el manejo de la información que tienen los chicos ahora. Todo lo que es internet, o sea, es una puerta de entrada gigante. Entonces, todos los videos y la gente se manejan todo lo que es por *instagram* y los chicos ven y consumen eso. (...). Toda

la cultura en relación a la actividad física, pero en exceso. A la alimentación, a que hay que comer saludable” (Entrevista individual 13, psiquiatra, HB).

Ahora bien, en otros casos manifiestan que, si bien las cuestiones “de las redes y la época” pueden estar presentes en los TCA, estos elementos no tienen una determinación causal:

“Psi: yo trabajo esta temática con una perspectiva y particularmente hago psicoanálisis. Entonces digo, nosotros tomamos el tema de los trastornos de la conducta alimentaria donde por supuesto hay una cuestión en relación a la imagen y el cuerpo pero lo que nosotros pensamos que se juega en relación a esa presentación es algo más ligado al deseo, es algo más ligado al goce, es algo más ligado a la relación al Otro, para aclararte de entrada que no es como uno lo toma como otras perspectivas que te pueden decir ‘bueno, lo que pasa es que las redes y la época’, que yo no te voy a decir que no están presentes porque en todos los discursos aparecen las redes *instagram*, las fotos, el celular pero yo no creo que esa sea la causa. Es decir, nosotros ubicamos la causa en otro lado” (Entrevista 12, psicóloga, HA).

“M: La anorexia tiene que ver con el vínculo con la madre, es producto de un conflicto con el vínculo con la madre ya que el caso se trata de un ‘estrango materno’. el triángulo que es el padre tiene que intervenir para terminar con esa relación estragante pero es un proceso psicoterapéutico y que el nutricionista y el médico apoyan el proceso biológico” (Observación 3, HB, médica y nutricionista).

Es de destacar que, si bien lxs profesionales mencionan a esta problemática como propia de niñas y adolescentes, no explicitan consideraciones referidas a la diferencias o desigualdades de género en las precisiones acerca del impacto de la época para las mujeres. Sí mencionan que existe un prejuicio acerca de las niñas y adolescentes con TCA basado en ser una “niña modelo”. En general, esta idea incluye una consideración de clase social. Es decir, se trata de niñas que sostienen un perfil de buena conducta en la familia

y de autoexigencia escolar propia de los sectores medios. Al respecto, una profesional destaca que es usual que entre profesionales se asocie la idea de la anorexia como una problemática exclusiva de las chicas de clase media de sectores urbanos, de manera que, ante presentaciones iguales, los trayectos institucionales que realizan las niñas son distintos:

“Psi: si una chica del nacional ingresa al hospital porque dejó de comer rápidamente suponen que es un trastorno de la conducta alimentaria, si una nena de un barrio vulnerable llega, lo sospechan más tarde, no lo piensan rápidamente. Nos ha pasado muchas veces de pacientes que están internadas hace un mes y la interconsulta llega un mes después y cuando vas y preguntas por qué te dicen ‘primero le estudiamos el estómago porque como decía que le dolía la panza y no comía por dolores de panza’ todas las que no quieren comer, el motivo es me duele la panza, me lleno rápido, no puedo tragar. En cambio, con otra que te dice ‘ay no puedo tragar’ ya es anorexia y no se estudia. Es un prejuicio, una definición de lo que ellos creen que es la anorexia, ligado a esa idea obviamente” (Entrevista individual 12, psicóloga, HA).

“G; o sea, no es cualquiera, la chica que vive, no sé, iba a decir en el campo y estaba mal lo que iba a decir porque, qué sé yo, la chica en el campo, pero digamos no es esa cosa de... lo dije porque generalmente es las mejores alumnas, las mejores... tienen un perfil de... pero bueno, ahí yo ya no llego. O sea, me doy cuenta” (Entrevista individual 4, ginecóloga, HA).

En este sentido, algunxs profesionales mencionan que a edades menores este perfil no es tan claro por lo que suelen aparecer dificultades en el diagnóstico. Por su parte, respecto a los varones, establecen que las demandas por situaciones de anorexia y bulimia son mucho menores y que se presentan, sobre todo, como un emergente posterior al haber sufrido obesidad. En algunas situaciones, consideran que la presencia menor de los

varones en los servicios no es indicador de que no sufran esta problemática, sino que está invisibilizada debido a que los imaginarios sociales lo ubican como femenina:

“Psi: que alguien deje de comer o coma menos y llegue a un equipo y a un psicólogo depende de un montón de cosas en el medio, sobre todo en los niños. El niño come poco o no come y la primera consulta es al médico, el médico puede derivar al gastroenterólogo, el gastroenterólogo puede poner a hacerse un montón de estudios. Capaz que con las mujeres hay un imaginario ligado a la anorexia, aunque no se entienda qué es la anorexia y que lo que le pasa a la nena no sea anorexia. (...) Y pensándolo de otra manera digamos yo tengo un montón de pacientes varones en tratamiento que comen poco y que en realidad son selectivos o se llenan muy rápido y es verdad que uno no va primero por el lado de la anorexia como diagnóstico. Vas por otro lado porque uno también forma parte de eso que circula, uno también lo... Digo creo que también hay una interpretación diferente de lo que les pasa y no va como por esa misma línea” (Entrevista individual 12, psicóloga, HA).

Algunos estudios señalan que la incidencia de la anorexia en varones está aumentando progresivamente (Díaz, *et. al*, 2022; Jordano *et al.*, 2023). No obstante, la proporción por sexo marca que la tendencia femenina se mantiene desde las primeras descripciones de los TCA en la década de los 70's (Jordano *et al.*, 2023). En este sentido, resulta llamativa la ausencia de consideraciones acerca de las desigualaciones de género como condicionante que podría estar presente en la producción de los malestares de las niñas.

6.2 Violencia sexual

En el capítulo 5.1. desarrollamos que lxs profesionales identifican a la VS¹² como un “riesgo” al que se suelen encontrar expuestas las niñas. En general, reconocen que la VS se produce en el ámbito familiar o comunitario aunque también mencionan a la calle como un lugar de posible exposición a situaciones de prostitución o embarazos. Asimismo, observan que es usual que, tanto las madres como las niñas usuarias, hayan sufrido VS y que, en muchos casos, las madres parecen “facilitar” la perpetuación de los abusos de sus hijas al no establecer formas de protección contra los varones de la familia o el barrio. En este apartado, nos proponemos profundizar en la perspectiva de lxs profesionales de servicios de salud públicos sobre la problemática de la VS contra las niñas en las demandas de consulta.

La mayoría identifica que la VS en la niñez constituye otra de las principales demandas en los servicios de salud hospitalarios, especialmente durante y luego de la emergencia sanitaria por la pandemia de COVID-19.

“Psi: Hoy en día estamos escuchando muchas problemáticas de abuso. (...). Muchos casos de violencia, abuso todo el tiempo. Los casos de abuso cada vez son más...” (Entrevista grupal 8, psicóloga, HB)

“TS1: atención tiene una lista de 380 pedidos y vos ves los motivos de consulta y casi más del 80 por ciento son de abuso...(se miran entre todxs con asombro).

¹² Para la presente tesis, decidimos optar por la categoría violencia sexual y no abuso sexual infantil ya que en tanto la incluimos dentro de la categorización propia de la violencia por motivos de género consideramos que es más pertinente hablar de violencias. Asimismo, coincidimos con Toporosi y Franco (2023) en que la categoría de abuso resulta una herramienta clave pero por momentos demasiado amplia en su acepción lo que la hace más difícil de precisar.

TS2: ¿eso es así?

TS1: si, mire hace poco. Ahora deben haber más incluso” (Entrevista grupal 7, trabajadores sociales, HB)

Algunxs profesionales señalan que, si bien el incremento de consultas aumentó con la pandemia, no es una situación nueva. En este punto, consideran que el Aislamiento Social y Obligatorio por COVID-19 visibilizó y agudizó un problema que ya existe:

“Psi: La pandemia ha traído aparejada un montón de problemáticas que se venían tapando y que por determinadas situaciones afloraron. Eso se ve un montón, eso se ve un montón. Que eso son las consecuencias que por ahí ha dejado en cada uno. Antes no se podía visualizar tanto, estaba como mucho más escondido (Entrevista grupal 8, psicóloga, HB)”

“P1: creció enormemente en cantidad cuantitativamente y por ahí en cuanto a las problemáticas esto que te decíamos situaciones de violencia y de abuso muchas.

P3: lo intrafamiliar se ha visto bastante conmocionado al punto de que la convivencia ha sido...

P1: el confinamiento.

P4: si, si bien no son situaciones nuevas porque son cuestiones que ya estaban, pero como dice él, pone en tensión el tema de la convivencia que ahí pone a jugar lo que cada aparato psíquico puede responder en esa situación. Capaz que pacientes que venían más o menos, pero organizados el tema de tener que...

P3: obligatoriamente estar conviviendo 24 horas dentro de la casa hizo que se deterioren los vínculos familiares” (Entrevista grupal 5, psicólogos, HB).

Lo referido por lxs profesionales se condice con lo establecido en la literatura científica. A partir del confinamiento por la pandemia de COVID-19, la VS contra lxs niñxs ha estado en el centro de las preocupaciones de los organismos nacionales e internacionales y se registran numerosas investigaciones sobre la temática tanto en países en vías de desarrollo como en países desarrollados (Ardila-Gómez *et al.*, 2021; Guijarro, 2021;

Hossain *et al.*, 2020; Maluenda Toro, 2022; Ministerio de Salud, 2021; Park & Walsh, 2022; Perman *et al.*, 2020; Vezzaro *et al.*, 2022). Al igual que en la problemática de TCA, las investigaciones se refieren al aumento de la VS como una nueva pandemia (Aprile *et al.*, 2020; Indart De Arza, 2023) o como un efecto colateral del confinamiento (Serra, 2022). No obstante, en otros casos, en línea a lo que señalan lxs profesionales, es considerada como la “punta del iceberg” de una situación de vulneración de derechos previa a la pandemia (UNICEF, 2020; Guijarro, 2021).

Lxs profesionales destacan el rol clave que ha tenido la institución escolar en la visibilización de la VS y el consiguiente aumento de las demandas en los servicios. Este emergente lo relacionan con el trabajo de la ESI en las escuelas. La ESI aparece como una herramienta que permite a las niñas identificar y poner en palabras la VS. Incluso, en algunos casos, permite también marcar límites a sus agresores.

“Psi: gracias a esto de atravesar, no de dar clases sino de atravesar con ESI la escolaridad los pibes dicen: ‘pasó tal cosa’. Es increíble. Cada vez más chicos lo plantean. (...) y se lo dicen a quien esté dispuesto a escuchar. Eso dentro de todo, no sé si es nuevo, pero antes estaba más en tabú me parece. Esas circunstancias tenían que atravesar más prejuicios, el niño tenía que atravesar más barreras antes de llegar a decirlo” (Entrevista 14, psicóloga, HC).

“TS: estamos viendo mucho el impacto de la ESI favorablemente de cómo las niñas pueden reconocer situaciones abusivas por haber escuchado en la escuela. Incluso cómo rápidamente... ahora hace poco estamos trabajando en una situación de una niña que el padre la toca, están los dos en la cama y ella le dice ‘papá esto no se hace, en la escuela me dijeron que no’ y ella rápidamente puede decirlo a su papá y a su mamá también y cómo quizás en otros momentos todo esto se confundía porque es muy confuso que tu papá te esté tocando” (Entrevista individual 2, trabajadora social, HA).

“G: Encontramos que en un 73% de los casos el motivo de sospecha es el relato de la niña. No eran indicadores físicos ni sospechas familiares sino el relato. Esto nos parece muy importante porque también da cuenta de que hay alguien que escuchó a esa niña o niño y pudo accionar de alguna forma y que hubo niñas, niños que pudieron contar lo que estaba pasando y en este sentido me parece muy importante resaltar el trabajo de la educación sexual integral porque últimamente estamos viendo cómo muchas niñas empiezan a conocer que hay cosas que no están bien. Hay cuestiones que quizás le venían haciendo ruido pero que encuentran el nombre de lo que significa que es un abuso y le han podido contar a su mamá o a alguien de la familia o de la misma escuela de lo que estaba pasando.” (Observación participante, ginecóloga, HA).

Asimismo, algunxs profesionales distinguen el lugar que han tenido los movimientos de mujeres y disidencias en la desnaturalización de las formas de violencia de género, sobre todo a partir de la denuncia de VS realizada por Thelma Fardin a Juan Darthes¹³, lo que llevó a que las niñas y las adolescentes recurran al sistema de salud.

“Psiqu: un día se aparece acá en la sala de espera. Le dice a la psicóloga ‘mira, las traje porque a mis primas también las abusó mi abuelo así que vinimos todas juntas a contar’. ¡se vino en patota con las primas!” (Entrevista grupal 8, psiquiatra, HB).

Estas apreciaciones coinciden con lo establecido por el Ministerio Público Tutelar (2020) de la Ciudad de Buenos Aires, que comprueba que la ESI en las escuelas ha sido clave en la detección de la VS sufrida por parte de niñxs y adolescentes. El análisis de las

¹³ En 2018 Thelma Fardin, junto al colectivo de Actrices Argentinas, hizo pública su denuncia contra el actor Juan Darthes por abuso sexual. Este hecho marcó un punto de inflexión en la lucha contra la violencia de género ya que luego de que Fardín rompió el silencio sobre la violencia sexual que sufrió como adolescente, se produjo una gran visibilización de las violencias por motivos de género al punto que las llamadas a la línea contra el abuso sexual infantil aumentaron en un 1200% y los llamados a la línea 144 aumentaron en un 123%.

declaraciones de lxs niñxs y adolescentes da cuenta de que los conocimientos adquiridos a partir de la ESI permiten resignificar y compartir en un espacio de confianza las conductas abusivas sufridas (Ministerio Público Tutelar, 2020). Asimismo, algunos estudios correspondientes al trabajo profesional en el campo de la salud señalan que el aumento de las consultas se debe también a la creciente visibilización y concientización de la VS por parte del movimiento feminista en los últimos años (Rubinstein *et al.*, 2022; Tajer, 2020a; Toporosi & Franco, 2023).

No obstante, observamos que, si bien muchxs profesionales reconocen que, acorde a las estadísticas¹⁴, la VS con la que trabajan suele ser mayormente en niñas y que en la mayoría de los casos es perpetradas por varones adultos del entorno familiar y/o comunitario, no consideran que en esta problemática están presente diferencias de género. La violencia por motivos de género es utilizada para mencionar situaciones de violencia entre adultxs, sobre todo referida a violencia física, que se ejerce en el marco de la pareja contra las madres de estas niñas.

¹⁴ El Estudio global elaborado por UNICEF (2020) se establece que la VS de niñxs está marcado por el género, ya que en torno al 90% de los autores son hombres y las niñas suelen presentar tasas de victimización entre 2 y 3 veces superiores a las de los niños. En Argentina, los datos obtenidos por el Programa Las Víctimas contra las Violencias (2020/2021) establecen que la mayoría de las niñxs y adolescentes que sufren violencia sexual son del género femenino, superando en número al género masculino casi cuatro veces. Esta discrepancia se hace más evidente a medida que aumenta la edad de la víctima. En un 74,2% de los casos, los agresores eran personas cercanas a la víctima (56,5% familiares y 17,7% conocidos no familiares), mientras que solo en el 25,8% de los casos las víctimas no conocían al agresor o no pudieron identificarlo. Dentro del ámbito familiar, se observa que el 44,4% de las víctimas menores fueron agredidas por su padre o padrastro (24% padre y 20,4% padrastro). Los tíos, abuelos y hermanos representan el 27,8%.

Como condicionantes intervinientes en la producción de estas violencias, resaltan aquellos que hacen al abuso de poder de lxs adultxs sobre lxs niñxs en el periodo vital de la infancia y la adolescencia. También, destacan- como ya señalamos en el capítulo 5.1- las “situaciones sociales y culturales” en las viven muchas familias que asisten a los servicios, lo que es nombrado como un condicionante que en muchos casos “favorece” la naturalización de las violencias.

Junto a estas percepciones, conviven la de otrxs profesionales de distintas disciplinas, quienes identifican que, más allá de la diversidad en el motivo de consulta, las niñas púberes con las que trabajan generalmente son o han sido víctimas de VS, de manera que la idea de género como diferencia desigualada comienza a resonar en los diálogos en las entrevistas.

“P4: yo creo que todas nuestras pacientes, todas (énfasis) hasta la que menos pensaba que atendíamos aparece alguna situación

P1: un episodio.

P3: sisi, un episodio seguro

P1: es impresionante eso” (Entrevista grupal 6, psicólogxs, HB).

“Psi: a mí me llama la atención la cantidad de pacientes con antecedentes de abusos, mucho. Te diría que todas han venido con alguna situación en algún momento. Realmente alarmante”. (Entrevista grupal 11, psicóloga, HE).

“P4: en pediatría había una familia que.... Ves, lo tenemos que pensar me parece más así

P3: sí, lo tenemos que pensar.

P4: porque todas las últimas admisiones creo que en todas todas todas...

P1: hay situaciones de abuso contra las niñas

P4: absolutamente todas” (Entrevista grupal 5, psicólogxs, HB).

Es significativo señalar que, a partir de estas discusiones, lxs profesionales empiezan a referirse a la VS contra las niñas como un “antecedente” en la atención. Es decir, la mayoría de las niñas con las que trabajan ya sea que lleguen al servicio por una demanda vinculada a VS o no, han sufrido esta problemática social, al punto de que parece un elemento más que hace a las situaciones de consulta. En este sentido, es relevante mencionar que, en muchas entrevistas individuales, lxs profesionales manifiestan al inicio que no creen tener mucho para decir sobre este tema, pero luego, durante la implementación de estas, logran reflexionar en relación con la propia práctica para advertir que la problemática sí es relevante.

Si bien nos detendremos en este tema en el capítulo 7.2, consideramos relevante mencionar que la VS es una problemática que produce múltiples y diversos sentires en lxs profesionales, que van del temor a la ira y la soledad. En este sentido, cabe destacar que en muchas ocasiones las entrevistas individuales y grupales operaron como un espacio de expresión del malestar y de interrogación respecto a las maneras de pensar y trabajar.

En lo dicho hasta aquí, podemos identificar la coexistencia de imaginarios profesionales en la concepción de la VS como problemática de salud mental de las niñas. Por un lado, advertimos imaginarios profesionales que omiten las desigualaciones de género como condicionante presente en la producción de la VS. A la hora de pensar esta problemática, lxs profesionales se centran sobre todo en las condiciones “sociales y culturales” (en línea a lo mencionado en el capítulo 5) de las niñas y su familia como situaciones determinantes en la producción. En otros casos, resulta llamativa la identificación por parte de lxs profesionales de formas de VS contra las niñas cuando se les invita a pensar la especificidad las diferencias de género. Ahora bien, es necesario mencionar que en ningún

caso se concibe a estas situaciones como formas específicas que hacen al ejercicio de la violencia por motivos de género, sino que continúa apareciendo la idea de que la misma es una problemática adulta.

6.3 Madres, no niñas: “o sos inocente o sos madre y fin”

En este apartado nos detendremos en las maneras de pensar y valorar profesionalmente sobre la demanda en salud mental por embarazos infantiles de niñas púberes entre 10 y 14 años¹⁵. Se trata de una problemática que, a diferencia de los TCA y la VS, no se presenta de manera recurrente en los servicios de los hospitales infantojuveniles¹⁶. En cambio, sí en los hospitales de adultos o de perfil materno infantil. De esta manera, nos detenemos en las particularidades de estas instituciones diferenciando las características de ambas a partir de dos subapartados.

¹⁵ El embarazo infantil se produce cuando una niña menor de 15 años gesta sin haberlo buscado, o cuando se le niega, dificulta, demora u obstaculiza la ILE (Chiarotti, 2016; Monteagudo, 2021). El embarazo puede originarse por VS o por una relación sexual consensuada en la que la niña no conocía las consecuencias, o aun teniéndolas presente, no pudo evitarlas. Esto se observa especialmente en situaciones de niñas que no reciben educación sexual, o aquellas que, a pesar de recibirla, enfrentan dificultades para acceder a métodos de prevención del embarazo y anticoncepción de emergencia (Chiarotti, 2016; Monteagudo, 2021). Se trata de un problema de salud pública y de derechos humanos que genera graves consecuencias físicas, psíquicas y sociales. Cualquier embarazo en estas circunstancias es de alto riesgo (Chiarotti, 2016; Gogna *et al.*, 2020).

¹⁶ Por el contrario, su tratamiento ha constituido un desafío que motivó la ampliación en el criterio de muestra (Ver capítulo 4.2 y 4.3).

6.3. a Demandas por embarazo y maternidad infantil en hospitales infantojuveniles

Consideramos relevante mencionar que, aunque las estadísticas sobre el embarazo en niñas entre 10 y 14 años en el país son significativas¹⁷, muchxs profesionales de hospitales infantojuveniles refieren no recibir consultas que involucren a niñas que cursen embarazos alegando que no es usual por ser una institución de niñxs.

“G: no tengo mucha experiencia para contarte porque no es la historia de este hospital como es un hospital de niños” (Entrevista individual 4, ginecóloga, HA)

“G: verdaderamente no hemos tenido y es en muchos años te puedo decir. No solo de ahora ni que... no hemos tenido” (Entrevista grupal, ginecóloga, HB).

En uno de los hospitales (HA), algunxs profesionales mencionan que las consultas llegan pero que cualquiera sea el motivo de ingreso, si se identifica que una niña cursa un embarazo o es madre, se la deriva a una institución para adultxs. En muchos casos, argumentan que esta decisión se debe a que los hospitales infantojuveniles no cuentan con tecnología o servicio de atención al embarazo.

“Psi: lo cierto es que acá en el hospital no se hace el abordaje de una adolescente embarazada porque está gineco, pero no tenemos la parte de obstetricia adolescente entonces rápidamente se tramita una derivación que en general es al

¹⁷ Lo significativo de esta cifra refiere tanto a la magnitud como a las consecuencias que los mismos tienen para la salud integral de las niñas. UNICEF (2019) establece que en Argentina cada 3 horas una niña de entre 10 y 14 años es forzada a gestar, parir y criar. Según las estadísticas más recientes (2021) de la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS), en 2019 1.938 niñas menores de 15 años tuvieron un hijo o una hija. Asimismo, en el primer cuatrimestre del 2021, 1200 niñas y adolescentes entre 10 y 14 años se comunicaron con la línea telefónica de Salud Sexual y Reproductiva del Ministerio de Salud la Nación para consultar por la interrupción legal del embarazo. El acceso a la ILE representó el principal motivo de consulta para personas con capacidad de gestar en este grupo de edad.

HD que cuenta con servicio de obstetricia” (Entrevista individual 9, psicóloga, HA).

“Psiq: sucede que el hospital no tiene servicio de obstetricia. Las ginecólogas hacen gineco nada más entonces cuando detectamos que viene una paciente, se interna por intento de suicidio, se tomó una caja de... lo que sea (con tono de cansancio), se interna. Se ve amenorrea, se empieza a sospechar que está embarazada, se deriva.” (Entrevista individual 11, psiquiatra, HA).

Sin embargo, otrxs consideran que estas derivaciones son una “resistencia institucional” ya que el embarazo y la maternidad en la infancia son un “impensable” para esta institución.

“Psi: y yo creo que hay un punto de resistencia institucional (se ríe). porque, qué sé yo, ¿podes atender el parto en otro lado? Hay un punto de resistencia que son los niños en embarazo (se ríe). No sé, no sé. A mí me parece un punto de resistencia institucional porque en términos quirúrgicos, de alta complejidad, si un niño nace puede ser por la prematurez de la niña, tiene un servicio de neonatología de los mejores de la provincia” (Entrevista individual 14, psicóloga, HC).

“TS; pareciera que al ser mamá dejan de ser, digo, niña en el sentido de lo normativo. Por ejemplo, una piba de 14 años embarazada o 13 años que ha sido mamá se deja de atender acá en el hospital, pasa a un hospital de adultos”. (Entrevista individual 4, trabajadora social, HA).

Esta idea del embarazo y maternidad como impensable también insiste en un relato de una demanda de interconsulta a salud mental en la cual una profesional psicóloga narra que las sus colegas pediatras interpretaban como “teatro” o “ficción” las manifestaciones de una niña que estaba sufriendo un aborto en el hospital.

“Psi: nos llaman porque en realidad las pediatras como que no, nada, decían que estaba fingiendo porque por momentos estaba bien... estaba abortando. No, no sabes yo cuando la vi. O sea, eran contracciones. Yo que ya parí... o sea, lo que yo

no podría creer es que las médicas... les digo 'disculpen, esta chica está pariendo' tenía momentos que estaba así (imitación corporal relajada) y te charlaba y momentos que se ponía como (imitación de dolor) ... y me acuerdo que... nada, ella lo negaba porque había sido un abuso de un hermano. Ella no dijo nada, pero qué hizo, la trajo a la guardia una hermana mayor que es la que le debe haber dado las pastillas, algo han hecho porque por algo no decían nada y me acuerdo de que le digo a la pediatra si no le podían hacer algún test o algo una subunidad beta. (...)Y al otro día me entero de que estaba embarazada. O sea, fue un aborto lo que hizo. Pero me acuerdo cuando se levanta para ir al baño, para hacer... no se si fue pis... sí, le hicieron hacer pis... ¡ah no para! primero le hacen hacer pis, se va al baño, cuando vuelve del baño, vuelve con el evatest partido, lo han querido partir ella y la hermana. Pero, así y todo, partido, se veían dos rayas. Le digo a la médica 'disculpame, acá hay dos rayas' no, fijate que es una, está partido'... para mí se veían las dos rayas porque estaba una bien y otra muy clarita, pero estaba. Si es negativo no aparece la otra. Yo eso lo sé por la vida, las médicas deberían sab.... bueno, no sé. Porque no le creían, decían como que era teatro y no sé qué” (Entrevista individual 8, psicóloga, HA).

Al mismo tiempo, una profesional de la misma institución asevera que, en algunos casos, las niñas que cursan embarazos eventualmente son atendidas, pero estas situaciones no suelen darse a conocer entre colegas debido a la presencia de actores religiosos en el hospital que podrían obstaculizar el procedimiento de ILE/IVE y estigmatizar a lxs profesionales que lo llevan a cabo.

“TS: hemos tenido situaciones donde hubo embarazos forzados y han podido acceder a la ILE. Fue todo siempre con mucha confidencialidad porque el tipo de institución en la que estamos. Acá hay religiosas. Entonces intentamos mantener eso para que no haya ningún tipo de obstáculo para el acceso” (Entrevista individual 2, trabajadora social, HA).

En efecto, a partir del registro de las observaciones participantes (Observación participante 1 y 2, HA), fue posible apreciar en el espacio edilicio la gran presencia de

simbología religiosa cristiana en altares, cuadros, dibujos y estatuas- mayormente son virgenes-acompañadas de lemas como “madre del corazón”. Asimismo, en el cotidiano es usual la presencia de monjas y espacios de referencia religiosa entre las que se destaca una gran capilla con diversas estatuillas y estampas femeninas.

En línea a lo que establecen Catoggio, *et al*, (2020), es posible sostener que la influencia de actorxs y organizaciones religiosas en la toma de decisiones en la salud pública no es un hecho aislado. Estas situaciones conducen, en muchos casos, a que las solicitudes de interrupción de ILE en niñas sean denegadas, más allá de que se trata de una práctica amparada por el marco normativo (Catoggio, *et al*, 2020).

Por ello, consideramos relevante mencionar que, en este hospital, al momento del trabajo de campo se estaba conformando un equipo de atención en ILE e IV. Ello debido a que, en la provincia de Buenos Aires, la sanción de la ley de IVE (2021)¹⁸ produjo la ejecución de lineamientos en políticas públicas a partir de las cuales se estableció la necesidad de que los hospitales infantojuveniles den respuesta a demandas de ILE e IVE en niñas menores de 15 años. Sobre este tema, lxs profesionales manifiestan que esto representa un desafío debido a las afectaciones a la hora de tener que realizar una ILE/IVE a niñas de esta edad, sobre todo para las ginecólogas. También, una profesional menciona la

¹⁸ De acuerdo con el artículo 4 de la Ley 27.610, las mujeres y personas con otras identidades de género con capacidad de gestar tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción voluntaria de su embarazo hasta la semana catorce (14), inclusive, del proceso gestacional sin explicitar los motivos de su decisión (IVE). Además, tienen derecho a decidir y acceder a la interrupción legal de su embarazo en las siguientes situaciones (ILE): a) Si el embarazo fuere resultado de una violación, con el requerimiento y la declaración jurada pertinente de la persona gestante ante el personal de salud interviniente. b) Si estuviera en peligro la vida o la salud de la persona gestante.

necesidad de que el equipo trabaje los imaginarios sobre lo que implica la ILE/IVE, el embarazo o la maternidad en la niñez, impensado hasta el momento para una institución infantil.

“G: tuvimos el primer caso ayer. Esto igual es algo que nosotros lo venimos manejando muy tranquilo porque es una primera experiencia (...) la vida siempre te da sorpresas. Con la IVE se nos unió una historia nuestra. Las 4 (ginecólogas) no somos todas iguales ni pensamos todas igual pero sí coincidimos que del IVE nos íbamos a hacer cargo todas porque si no alguna tenía que decir ‘yo no lo hago’. Por lo tanto, esto es absolutamente nuevo en mi vivencia personal porque una cosa es sentarte y decir ‘estoy de acuerdo’. Yo también he ido y vamos luchemos luchemos y otra cosa es sentarte y ser vos la que indica ese procedimiento, es diferente ¿Estás de acuerdo? sí, totalmente, pero es diferente. Pero bueno, impensado que un hospital de niños pudiera hacer esto (Entrevista individual 4, ginecóloga, HA).

“TS: recién ahora tenemos el primer caso de una interrupción legal del embarazo, voluntaria del embarazo, es una IVE que fue es a algo como wow que haya llegado la primera situación más en un equipo que recién se conforma, que si bien en esa conformación de la consejería es parte del equipo de abuso sexual infantil. (...) Es interesante cómo se está conformando el equipo con un montón de cuestiones que hay que rearmar, que tiene que ver con los propios imaginarios que uno tiene y representaciones con relación a lo que es una interrupción del embarazo y también mucho a desnaturalizar en relación a lo que es una niña madre o en esto de que hay niñas que se embarazan” (Entrevista individual 3, trabajadora social, HA).

Hasta aquí, podemos destacar la diversidad de respuestas que hemos observado ante la demanda de esta problemática, que incluyen el desconocimiento, la negación y la derivación, así como el cuestionamiento de estas acciones. También hemos notado la revelación de prácticas silenciadas y la identificación de desafíos relacionados con la implementación de políticas públicas en los hospitales infantiles.

6.3. b Demandas por embarazo y maternidad infantil en hospitales de adultos o materno infantiles

Por su parte, lxs profesionales de hospitales de adultxs o con perfil maternoinfantil mencionan que los embarazos en esta población sí suelen llegar a los servicios y a edades cada vez menores:

“P2: mira acá, esto que decíamos, hace unos cuantos años que vemos cómo va bajando la edad de insistencia de embarazo. Eso sí se constata todo el tiempo. Ehh... en el mayor de los casos vienen con sus parejas. (...) se deben haber corrido bastante los índices porque en ese momento nos dio una edad promedio de 16 años, pero hoy nosotros suponemos que debemos estar en los 14 años.

P1: o 12.

P2: sí. Habría que ver, había que ver. Tenemos muchas de 12.

P1: muchas niñas de 12” (Entrevista grupal, psicólogas, HE).

“Psi: generalmente la franja que tenemos es cada vez más baja digamos de pacientes. Cuando yo arranqué hace 10 años por ejemplo el promedio era más o menos de 17/18 años. Ahora tenemos un promedio de embarazo de 15, de 15 para abajo (Entrevista individual 17, psicóloga HD).

Esta información es de particular interés para el conocimiento del estado de situación ya que la producción de datos con relación a esta temática presenta serias dificultades por su baja frecuencia en comparación los embarazos en la adolescencia tardía (entre 15 y 18 años) y por el margen de error en su registro, ya que los embarazos infantiles suelen ser frecuentemente ocultados y presentan variaciones al interior del país (Escobar, 2019). Al respecto, consideramos relevante mencionar que la Dirección de Estadísticas e Información en Salud (DEIS) del Ministerio de Salud de la Nación de Argentina (2020)

confirmó que la tasa de fecundidad¹⁹ para esta población ha disminuido (de 1.1 a 0.7). Sin embargo, en comparación con la tasa de fecundidad en la adolescencia tardía, esta disminución ha sido menos pronunciada, manteniéndose relativamente estable.

Es posible identificar la perspectiva profesional de dos demandas bien diferenciadas. Por un lado, lxs profesionales de HD mencionan que trabajan con “casos graves” o de “excepción”, derivados por el Organismo Local de Niñez. La “gravedad” refiere a que son demandas de niñas que llegan por embarazos avanzados producto de la VS intrafamiliar. Estas situaciones a menudo están judicializadas o se presentan en condiciones en las que las niñas poseen una problemática psicopatológica o consumo problemático de sustancias.

Lxs profesionales de HD que reciben las derivaciones de “casos graves” manifiestan que se tratan de “situaciones limbo o situaciones grises” ya que les resulta muy difícil el trabajo por ser una población con la que no suelen trabajar ni para la cual está preparada la institución. En este sentido, es relevante mencionar lo que refiere una psicóloga respecto al cambio marcado en los sentires profesionales entre el trabajo con niñas de 11/12 años y con las que tienen 13/14. años. Para el caso de las más pequeñas, señala que a sus colegas la demanda y la atención por embarazo les resulta muy conmovedora y angustiante por la asociación con la violencia sexual.

¹⁹ La tasa específica de fecundidad en niñas y adolescentes se define como el número de nacimientos que ocurren durante un determinado año por cada 1000 mujeres de 10 a 19 años y permite medir el comportamiento de la fecundidad por edad, en este caso, de la frecuencia de hijas e hijos nacidos de niñas y adolescentes.

“Psi: son casos extremos que generan mucha conmoción. Se dispara como el imaginario del abuso, todos comentan de repente todos saben del caso, todo quieren saber y es muy difícil también poner un freno a esos temas institucionales porque hay que informar que es algo excepcional porque si no aparece la norma y nos cagan la estrategia, pero tampoco tanto detalle. Que la chica no se encuentre escuchando su historia por los pasillos (Entrevista individual 17, psicóloga HD).

Ahora bien, cuando las niñas son mayores de 13 es otro escenario: la idea de abuso sexual desaparece y se pasa de la conmoción a la naturalización, e incluso, a la culpabilización del embarazo.

“Psi: lo que es 14 y después a los 15 ya está como muy naturalizado y que a veces la sensación que tengo es que se olvidan de que tienen 14/15. Y esta es una maternidad... (baja la voz) complicada en cuanto el espanto (no se entiende) hay gente super piola pero hay gente que decís... al estilo de ‘bueno, si te gustó bancatela’ esos comentarios. (...) Hay un punto que es ‘¿te acordas que tiene 14?’ ‘¿te acordas que es chiquita?’ entonces ahí como que bajan 40 decibeles, que es un poco humanizar la situación, recordar la edad que tienen para ver si eso genera algún efecto de mayor alojamiento” (Entrevista individual 17, psicóloga HD).

Por otro lado, en los hospitales HC y HE (en menor proporción en HD), mencionan que es común que lleguen niñas acompañadas por parejas varones mayores de edad. Estas niñas se presentan en los servicios de tocoginecología con embarazos avanzados o en una situación próxima al parto, sin haber realizado controles previos. Lxs profesionales manifiestan que es la edad de las niñas lo que hace que lxs colegas de la misma institución consulten con profesionales de salud mental. En general, comparten que estas demandas, al comienzo, les generaban impacto, debido a que las niñas embarazadas se definen como “casadas”.

“P2: en el mayor de los casos vienen con sus parejas. Eso también es bastante impactante porque a los 12 años donde ya hay un armado de pareja modo oculto, yo creo que sería la mayor parte de los casos (la otra profesional asiente). (...)

P1: El primer impacto cuando hicimos este trabajo fue ‘mi marido’ ¿Vos te acordas? una chiquita de 13 años ‘¿cómo tu marido? ¿te casaste?’ como para entrar un poco ‘no, mi marido porque en realidad bueno vive ahora hace 3 meses’ ‘¿y cuánto hace que estas? uy hace mucho 3 meses, 2 meses, 1 mes’. ‘¿y desde cuándo? desde que me anoticié que estoy embarazada’. Entonces hubo que deconstruirse, cómo poder ingresar ahí en esa subjetividad con todas esas cuestiones” (Entrevista grupal, psicólogas, HE).

Este “primer impacto” mencionado por lxs profesionales es significativo a la luz de lo que señala FEIM (2024), que indica que a menudo se considera el casamiento precoz o las uniones infantiles como problemas ajenos y lejanos a nuestras latitudes. No obstante, el Fondo de Población de las Naciones Unidas (2017) establece que se trata de una problemática de gran pregnancia que no ha disminuido en la última década. Si no se implementan medidas estatales para su reducción, podría seguir en aumento.²⁰

Algunxs profesionales consideran que, en muchos casos, la causa de estas situaciones no son abusos o violaciones, aunque las parejas sean varones adultos con los que existe una gran diferencia de edad. Mencionan que orientarse a contemplar lo “subjetivo” implica hacer distinciones respecto a “lo legal”:

²⁰ El Fondo de Población de las Naciones Unidas (2024) establece que en América Latina 25% de las mujeres se unen antes de los 18 años. A nivel global, los matrimonios infantiles disminuyeron en la última década, excepto en esta región del mundo. El último censo nacional (2010) que registra estos datos establece que el 4,7% de las menores de 18 años están casadas o unidas a un varón mayores (Gogna y Binstock, 2020).

“Psi1: sí, pasa que me parece que hay que diferenciar. Una cosa es lo legal y otra cosa es lo subjetivo porque hay chiquitas de 12 años que todavía no tienen los recursos para poder entender qué pasó en esa situación y por ahí es a posteriori que aparece y se resignifica eso porque recién empezaron con su primera menstruación, recién tuvieron sus primeras relaciones, quedaron embarazadas. O sea, son una serie de cuestiones que se dieron todas juntas que ahí la posición subjetiva no es de ‘me violaron, me abusaron’. Tiene que pasar un tiempo para poder poner en palabras algo de eso. O sea, me parece que eso. Una cuestión es lo subjetivo y otra lo que uno debe hacer más del área legal (Entrevista grupal, psicólogas, HE).

Tal como adelantamos en el capítulo 5.1, aquí aparece la idea de que se tratan de situaciones en las que es necesario contemplar “lo cultural” a la hora de comprender estas problemáticas.

“Psi: me parece que es interesante pensarlo a partir del relativismo cultural y del contexto y del territorio donde esa subjetividad se construye, me parece que es interesante pensar en el territorio, en producción de subjetividad en relación al territorio. A veces queda como un lugar muy hegemónico, de mucho prejuicio. Lo que digo es qué interesante recorrer por ciertos lugares” (Entrevista individual 15, psicólogo, HC).

“Psi: habría que revisar porque sería interesante también pensar en las comunidades donde están insertos los servicios de salud y si eso modifica porque acá desde siempre, desde lo comunitario hemos tenido niñas en pareja que siempre eso nos ha impactado mucho. Acá estamos más en una zona de quintas donde bueno, me parece también pensar las cuestiones culturales porque hay también” (Entrevista grupal, psicólogas, HE).

“Psi: generalmente son todas argentinas, sí con padres paraguayos y peruanos, con las marcas que eso implica en la crianza de esas niñas reproduciendo un poco esa lógica de los padres o de las madres en general, pero son todas generalmente argentinas de sectores muy muy pobres con poco recurso familiar, con poco

recurso económico, muy sueltas y poco miradas y poco cuidadas en general” (Entrevista individual 17, psicóloga, HD).

La idea de “lo cultural” se asocia a que, en oposición a lo que se puede pensar respecto a una situación familiar propia de los sectores medios argentinos, se trata de experiencias de vida en la que las niñas deciden continuar el embarazo y tener hijxs, situación que suele ser bien recibida por lxs padres y las familias.

“Psi: la mayoría de los casos están muy contenidas por sus familias, sus familias están contentas por la llegada de ese bebé y que van a acompañar. Bueno, me parece que ahí entra todo lo cultural. Y después escuchas a los padres y te dicen que están contentos con la llegada del nieto. Tiene 12 años. No se escuchan padres diciendo ‘cómo no me avisaste antes que teníamos la opción de la interrupción’. Eso no se escucha (Entrevista grupal, psicólogas, HE).

“Psi: yo tengo un caso de una chica de 14 que sí, había buscado el embarazo un montón de tiempo, queda embarazada” (Entrevista individual 17, psicóloga, HD).

“Psi2: sí, eso y a veces te encontrás con situaciones donde las familias habilitan muy rápidamente que 12 años, embarazada, tiene su novio, bueno, rápidamente se tienen que ir a vivir solas. Hay algo de eso también” (Entrevista grupal, psicólogas, HE)

Ahora bien, al mismo tiempo, algunxs profesionales manifiestan que, a este desenlace, le antecede un periodo de ocultamiento o “subregistro”, tanto por parte de las niñas como por la familia y la escuela. Consideran que esto explica la llegada tarde al servicio.

“Psi2: La escuela no sabe, los padres no saben. Como que se espera hasta el último momento. Eso hemos tenido muchos casos. Qué decís ¿cómo? ¿no registraste el embarazo? hay como una línea ahí medio fina entre registro y no registro. Que paso ahí en esta chica con ese cuerpo. (...) Cuando las chicas se anotan de su embarazo lo ocultan por mucho tiempo por temor a los padres.

Psi1: tal cual

Psi2: y entonces cuando llegan a la consulta ya son embarazos muy avanzados
Psi1: eso es como un común denominador, que llegan a la consulta tardíamente.
Es más, muchas llegan a parir y los padres se anotician ahí. No es una o dos, a lo largo de los años tenemos varias que han parido o que han parido en el baño y la madre se sorprende, que no hay registro ni de la chica o un semiregistro de esta renegación. Pero la madre nada. Cambios corporales... nada” (Entrevista grupal, psicólogas, HE).

Es interesante notar que, en el intercambio de la entrevista grupal, advierten que también existe un subregistro de los primeros encuentros sexuales por parte de las niñas, que tienen como desenlace el embarazo.

“Psi2: Bueno, pero ahí da para pensar un montón de cosas. De cómo son esos primeros encuentros con la sexualidad. Ese es otro punto también ¿no? donde inmediatamente al primer encuentro sexual, embarazo” (Entrevista grupal, psicólogas, HE).

En este punto, advierten que la maternidad “taponar” rápidamente la pregunta por la sexualidad propia de la adolescencia. Esto es algo que insiste: para esta población no es posible pensar “la adolescencia de manual”.

“P2: y fijate que después queda anulado porque la maternidad viene inmediatamente a taponar toda cuestión de pregunta acerca de la sexualidad. No hay pregunta acerca de eso.

P1: sí, no hay nada

P2: no. Por eso, esto que decíamos inmediatamente el salto de niña a madre ¿qué lugar la sexualidad?

P1: no hay pregunta ahí por el deseo, por el placer, por nada. Eso queda totalmente taponado (...)

P2: hay un salto

P1: de niñas a madres

P2: la adolescencia barrida, no existe, no existe. La adolescencia de manual acá no la ves. Y aparte la posición como madres también ¿no? como rápidamente vas a la habitación y las encuentras amamantando y cuidando a sus bebés” (Entrevista grupal, psicólogas, HE).

Lxs profesionales consideran que esta situación no tiene que ver con una falta de información respecto a los métodos anticonceptivos o la ILE/IVE. Por el contrario, se trata de un recurso de las niñas para buscar un “sostén” ante el “empuje” del desamparo o la soledad. De manera que la maternidad opera como recurso para salir de la esfera familiar o de la calle.

“Psi: el embarazo en muchas es como la salida del hogar o de la calle” (Entrevista individual 17, psicóloga, HD).

“P2: Y a veces están solas porque las madres están trabajando, encargándose solitas de todo. Si, hay como cierto empuje también me parece.

P1: si, me parece que eso. Sisi, me parece que eso hay que contemplarlo.

P2: desde nuestra disciplina vemos un empuje. Porque en cada caso hay que ver en qué lugar viene la maternidad. Cuando uno ya no habla de abusos, violaciones, a qué lugar viene. Nosotros hemos pensado varias hipótesis, pero es muy difícil. Sino perdes el caso por caso, pero... bueno, muchas veces cómo esos embarazos, esos bebés vienen como a cierto sostén también, esto de tener un otro ahí que a veces no está. Es como un armado, ¿no? una ficción armada de que hay un otro” (Entrevista grupal, psicólogas, HE).

Resulta significativo considerar lo establecido por las profesionales con los datos de distintas investigaciones nacionales en esta temática (Binstock & Pantelides, 2005; Chiarotti, 2016; Gogna *et al.*, 2020; Greene, 2019). Gogna y Binstock (2020) establecen que es necesario jerarquizar el hecho de que quienes se convierten en madres antes de los quince años son las niñas más pobres. De este modo, el condicionante de clase, que podríamos aventurarnos a llamar “desamparo institucional y estatal” es un elemento muy

significativo en esta problemática. Asimismo, en línea a lo que afirman Chiarotti (2016) y Greene (2019), en ciertos sectores sociales existe una aceptación familiar y comunitaria a las uniones entre niñas y varones adultos. Ello debido a que el varón adulto es visto como protector y proveedor, lo que lo sitúa en roles de poder sobre las jóvenes asumiendo también el papel de iniciadores sexuales.

Asimismo, consideramos significativo el estudio de Gogna y Binstock (2020) que ha relevado la perspectiva de las adolescentes de distintos sectores del país que han sido madres antes de los 15. En el mismo, muchas adolescentes manifiestan que los embarazos se produjeron en marco de uniones tempranas con adultos mayores, en las que consideran que las relaciones sexuales han sido consentidas. No obstante, en su mayoría comentan que no conocían las consecuencias de la actividad sexual o no tuvieron las herramientas necesarias para prevenir un embarazo que mayoritariamente que las angustió y asustó. Asimismo, aquellas que manifestaron pensar en interrumpir esa gestación tampoco pudieron acceder a esta práctica (Gogna y Binstock, 2020).

Esto concuerda con la investigación de Chuliza y Timbela Tipan (2023), reseñada en el estado del arte, que señala que para las niñas púberes el embarazo representa una situación inesperada con repercusiones significativas en la salud mental. En muchos casos, este embarazo conlleva un estado de negación durante la gestación, lo que posteriormente dificulta enfrentar el rol maternal y mantener una buena salud mental.

Al respecto, lxs profesionales mencionan que estas situaciones de unión temprana, conlleva nuevas soledades y exposiciones a padecer violencia de género en la pareja.

“Psi: y esto meterse con una pareja con condiciones super complicadas, violencia te diría que en el 90 por ciento de los casos cuando están en pareja. Buscando como esa salida del hogar, como ese proyecto en una edad que decis, tenes 14

años. Obviamente sin escolaridad, la han abandonado. Sin proyecto más allá de la pareja y nada” (Entrevista individual 17, psicóloga, HD).

“Psi1: sus parejas trabajan, quedan solas con sus bebés, no hay un otro ahí que las apunte de decir "bueno, ciertos cuidados" (Entrevista grupal, psicólogas, HE).

Es interesante observar aquí la insistencia en el deslizamiento de sentido que homologa maternidad y adultez. Al igual que mencionamos en el capítulo anterior (5.2), se trata de niñas que no lo parecen, en este caso debido a la maternidad. Al parecer, la maternidad eclipsa la infancia y las convierte en “mini adultas”.

“Psi: generalmente lo que hacemos es dejarla a ella, a las nenas solas... me sale decirte la mamá, por eso te digo lo instituido, ¡son niñas! Madres es un título medio grande (...) es volver a ubicarse que tienen la edad que tienen. Una chiquita de 11 que vos la veías y ya sabía la fecha de parto, todo y parecía como un mini adulto” (Entrevista individual 17, psicóloga, HD).

“TS: las niñas que transitan por estos espacios no siempre son vistas de la misma... o sea, o desde la ingenuidad o desde el rol de madre diríamos, pero no hay como otras formas o la posibilidad de eso, de comprender, de saber que existen otras niñeces diríamos, otros trayectos de vida. Eso, o sos inocente o sos madre y fin” (Entrevista grupal 9, trabajadoras sociales, HC).

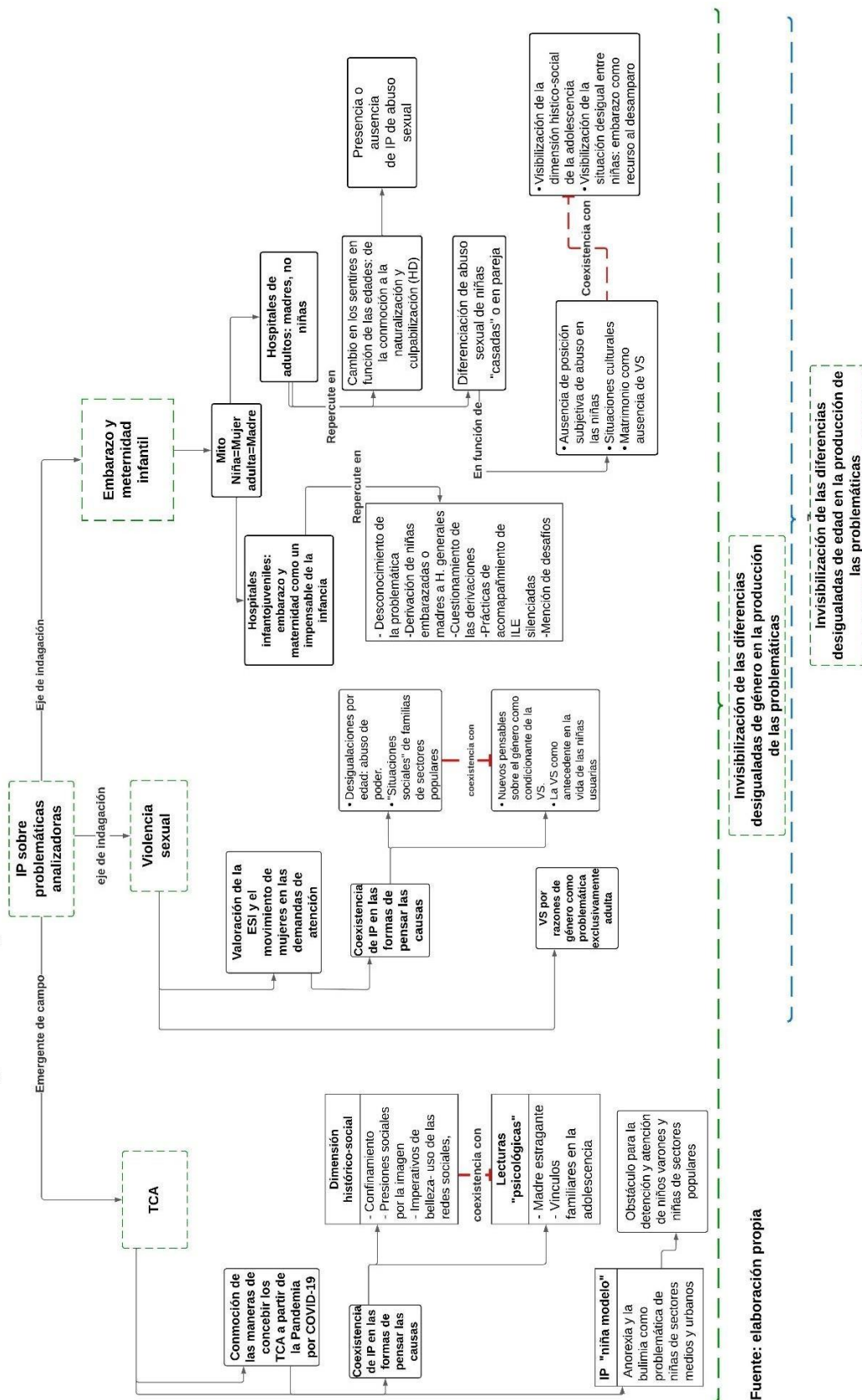
Consideramos que es pertinente advertir en las distintas perspectivas y acciones profesionales lo que Fernández (2009) define como mito Mujer=Madre. Fernández (2009) define a los mitos como la cristalización de ciertos imaginarios clave para el sostenimiento de las desigualaciones de poder basadas en el orden social de género. Asimismo, destaca que los mitos operan por “deslizamientos de sentido” que vuelven equivalentes cuestiones diferentes, como es el caso del mito Mujer=Madre que sostiene que la maternidad es la función a través de la cual se alcanzaría la realización como mujer. En este caso, se vuelve necesario incorporar una lectura interseccional respecto a los

efectos de los dispositivos de poder de género y edad en la operatoria de los imaginarios sociales. De esta manera, proponemos establecer la operatoria del mito Niña embarazada=Mujer adulta=Madre. La particularidad de la operatoria de este mito implica que el embarazo o la maternidad establece la presunción de adultez aun cuando se trata del periodo vital de la infancia.

6. Comentarios finales del capítulo

A los fines de establecer una integración y una reflexión en torno a lo trabajado en los distintos apartados, sostenemos en principio que los TCA, la VS y el embarazo y la maternidad infantil se tratan de problemáticas analizadoras en un doble aspecto. Por un lado, en tanto es posible advertir que los malestares son indisociables de las marcas que el sistema patriarcal y adultocéntrico produce sobre la salud mental de las niñas, aunque son dimensiones que suelen estar invisibilizadas y/o naturalizadas (Fernández 2014; Lourau 1975). Por otro lado, estas problemáticas han funcionado como analizadores al permitirnos observar los efectos de dichas naturalizaciones e invisibilizaciones en la perspectiva de lxs profesionales de los servicios de salud públicos, evidenciando así la ausencia de una perspectiva de género y generación en la manera de pensar y valorar las problemáticas y malestares que se manifiestan como demandas de consulta.

Gráfico 2. Síntesis de lo trabajado en el capítulo 6: Imaginarios profesionales (IP) sobre las problemáticas analizadoras de las desigualdades de género en niñas



Fuente: elaboración propia

En función de lo trabajado en el apartado 6.1, se puede observar que lxs profesionales advierten cambios en las demandas de TCA, no solo respecto a la mayor cantidad sino también a la mayor gravedad y cambio de cuadro en la presentación (cada vez a edades menores), lo que ha conmovido las maneras de pensar las causas intervinientes en esta problemática. Merece la pena destacar que, en la implementación de las entrevistas grupales e individuales, pudimos registrar formas de reflexión *in situ* sobre las coordenadas de producción de estos cambios.

Al respecto, observamos que, por un lado, emergen lecturas que comienzan a establecer la necesidad de pensar la dimensión histórico-social de este malestar. En este sentido, lxs profesionales identifican las repercusiones del aislamiento social, de las presiones culturales sobre la imagen a la que están expuestxs lxs niñxs y adolescentes y de los ideales de belleza imperantes (culto de la “alimentación saludable” y al ejercicio físico) que se mediatizan por las redes sociales. En línea a lo anterior, empiezan a pensar a los TCA como una “presentación de la adolescencia actual”, que no necesariamente implica la presencia de psicopatología. Por otro lado, aparecen lecturas “psicológicas” de este malestar que jerarquizan el rol de los vínculos familiares y la posición estragante de las madres en la producción del cuadro.

Asimismo, se observa la problematización profesional acerca de las dificultades que conlleva la asociación del perfil de las personas anoréxicas y bulímicas con ser una “niña modelo”. Ello debido a que esta consideración trae aparejada un sesgo de clase: las niñas modelos son mujeres de sectores medios urbanos. De manera que, aunque niñas pobres y varones pueden presentar síntomas de restricción similares, tienen recorridos de atención

diferentes ya que no suelen ser fácilmente detectadxs e incorporadxs en la atención de salud mental.

Ahora bien, es notable que los imaginarios profesionales reproducen la invisibilización de las diferencias desigualadas de género como condicionante que podría estar presente en la producción de estos malestares en las niñas mujeres usuarias. Al igual que en el capítulo 5, observamos la misma operatoria de sentido en las problemáticas: lxs profesionalxs mencionan de manera naturalizada que los TCA les suceden a las niñas, pero esta alusión a lo femenino no es problematizada, aunque sí, por ejemplo, las consideraciones que hacen a la clase social o a los cambios histórico-sociales de la pandemia por COVID-19.

Tal como desarrollamos en el capítulo, es relevante reconocer que los TCA no se tratan de una problemática exclusiva de las mujeres, sino que, por el contrario, es un malestar que en los últimos años se ha “democratizado” ya que se produce progresivamente en varones (Tajer, *et al.*, 2016; Díaz, *et. al.*, 2022; Jordano *et al.*, 2023). Ahora bien, desde una perspectiva de género consideramos que es necesario recuperar las formas diferenciales de su producción, de acuerdo con los imaginarios sociales diferenciales para cada género.

En este punto, desde otra lectura podemos afirmar que las problemáticas de la modalidad alimentaria vinculadas a la restricción continúan siendo un malestar de género de las feminidades que, lejos de desaparecer, se profundiza con consecuencias cada vez más letales para la salud mental y general de las niñas (Burín, 2012; Tajer, *et al.*, 2016; Fernández Rivas, 2021; Labora Gonzalez, 2023).

Dio Bleichmar (2000) sostiene -hace algunas décadas- la necesidad de que las apreciaciones acerca de la salud mental de las niñas incorporen el rol de los imaginarios sociales sobre la belleza en el establecimiento de referentes ideales para las niñas púberes. La apariencia del cuerpo femenino es su máximo sostén narcisista. La belleza y estética corporal constituyen el emblema máximo de la mujer. Es decir, cualquiera sea la naturaleza de la ansiedad desencadenada siempre le es posible a una niña apelar al recurso del perfeccionismo corporal a través de la búsqueda y mantenimiento de la delgadez como defensa narcisista universal de compensación ofrecida por los valores de la cultura actual (Dio Bleichmar, 2000).

Asimismo, desde el campo de la sociología, los estudios de Labora Gonzalez (2018, 2023) aportan a la discusión de los TCA, la necesidad de visibilizar la alimentación como un fenómeno social anclado en imaginarios sociales que producen formas de percibir, de valorar y de constituir las propias identidades. Desde la perspectiva del autor, los imaginarios sobre la alimentación en la actualidad producen la normativización de esta a partir de estrategias médicas y morales dietéticas (Labora Gonzalez, 2023). El imaginario de la alimentación dietética se ancla el modelo de delgadez como símbolo ideal de estatus social al que es posible alcanzar mediante hábitos y esfuerzo individual; a la par que significa la “gordura” como el resultado de una debilidad personal o una falta de voluntad de las personas. Para las mujeres, este imaginario se anuda con el imaginario sexual que impone criterios de belleza inalcanzables y que determinan no sólo su imagen sino incluso su identidad. Es decir, ser lo que pareces y lo que se muestra a través de la imagen física (Labora González *et al.*, 2021).

Lo establecido por Labora resulta significativo ya que a partir de allí podríamos sostener como hipótesis que si bien la pandemia por COVID-19 implicó la implementación de

medidas sanitarias que produjeron aislamiento físico con grandes repercusiones para la salud mental como hemos mencionado, también favoreció la cercanía a formas de discursos anclados en imaginarios dietéticos y sexuales con grandes repercusiones sobre las producciones de subjetividad de las niñas púberes usuarias.

En segundo lugar, en el apartado 6.2. observamos que lxs profesionales advierten que las demandas masivas por VS se han producido debido al confinamiento, pero, a su vez, resaltan el impacto que ha tenido la ESI y el movimiento de mujeres. En línea con ello, se observa que la masividad nacional e internacional del movimiento #NiUnaMenos, junto con la implementación de la ESI, sientan las bases para la identificación y resignificación de la violencia por parte de las propias niñas y adolescentes.

Respecto a este eje podemos identificar la coexistencia de imaginarios profesionales en la concepción de la VS. Por un lado, advertimos imaginarios profesionales que, si bien consideran condicionantes fundamentales como las desigualaciones de edad en la problemática, omiten las desigualaciones de género como elemento indisociable. En algunas oportunidades, tal como señalamos en el capítulo 5.1, se reitera la insistencia en la caracterización de las familias de sectores pobres-sobre todo las madres- como facilitadoras de la VS y con comportamientos de promiscuidad sexual.

En otros casos, resulta llamativa la identificación por parte de lxs profesionales de formas de la VS contra las niñas cuando se lxs invita a pensar la especificidad según el género. Al igual que en las demandas por TCA, observamos que cuando lxs profesionales pueden encontrarse en espacios para pensar, se motorizan inquietudes sobre la insistencia de ciertas particularidades en el caso de las niñas.

Ahora bien, es necesario mencionar que en ningún caso se concibe a estas situaciones como formas específicas que hacen al ejercicio de la violencia por motivos de género, sino que continúa apareciendo la idea de que la misma es una problemática adulta. Es decir, si bien en muchos casos identifican que la mayoría de las demandas que llegan a los servicios son de niñas mujeres que han sido agredidas por varones adultos del entorno familiar y comunitario bajo modalidades distintas a la de los varones, no se suelen considerar que las diferencias desiguales de género sean un motivo interviniente en la producción de la problemática.

Desde otras lecturas, es posible sostener que la violencia, lejos de ser un fenómeno aislado que involucra dos lugares víctima/victimario constituye una problemática histórico-social con coordenadas de producción específicas. Para que la violencia sexual exista, es necesaria una sociedad que previamente haya inferiorizado, discriminado y fragilizado al grupo social que es objeto de violencia (Fernández, 2014). Se trata de procesos que operan en coproducción de manera que es imposible aislar esta problemática de los condicionantes histórico-sociales que la producen. En efecto, al revisar los datos estadísticos de distintos países, podemos observar que la VS contra las niñas no es un problema exclusivo de un país o clase social particular. Por el contrario, ocurre en todas partes del mundo, independientemente de la situación económica de las familias o de su calidad de vida, y adquiere un porcentaje mayor a partir de la pubertad. (UNICEF, 2021, 2020; OPS, 2020).

De acuerdo con Fernández (2021) visibilizar las lógicas patriarcales presente en esta problemática nos permite tener otra lectura sobre la idea de “transmisión” generacional de la VS de madre a niña. La VS no es un problema aislado para las feminidades, sino que constituye un continuum en el curso de vida de las mujeres, que es perpetrado

generalmente por varones del entorno íntimo o cercano (Kreis, D'Agostino y Tajer, 2023). En este sentido, sin desconocer la responsabilidad de cuidado de las madres, es necesario visibilizar que los efectos psíquicos de la desigualación de género y la VS sufrida muchas veces constituyen también obstáculos para la visibilización y denuncia del delito contra la integridad sexual de sus hijas. Al respecto, consideramos que resulta significativo mencionar que, aún con estas dificultades, son generalmente las madres quienes acompañan y denuncian estas situaciones de sus hijas (Toporosi y Franco, 2023).

Por último, para el análisis del apartado 6.3 en el que introducimos los imaginarios profesionales del embarazo y maternidad infantil consideramos necesario explicitar un hallazgo del proceso de investigación: los imaginarios profesionales sobre esta problemática requieren considerar la operatoria del adultocentrismo en intersección con las marcas del sistema patriarcal y capitalista. Duarte Quapper (2012) define al adultocentrismo como un sistema de poder material y simbólico que delimita accesos y clausuras a ciertos bienes económicos, políticos y culturales a partir de la inferiorización de grupos de edades de la niñez, juventud y vejez. Desde los aportes de Fernández (2014), lo entendemos como otro dispositivo desigualador de poder basado en la cristalización de imaginarios que definen lo adulto como lo potente, lo valioso, lo productivo, lo capaz de decidir; mientras que la niñez y juventud son instancias de incompletud e inmadurez.

A partir de esto, podemos observar que las demandas en los hospitales por embarazo en niñas menores de 15 años interpelan y desnaturalizan las lógicas institucionales adultocéntricas que organizan y reglamentan los cursos de vida a partir de los cuales se establecen los grupos de edad de las instituciones. En este punto, sostenemos que la homologación de la maternidad y la adultez se produce de la mano de la esencialización de un ideal normativo de infancia que invisibiliza la diversidad de las niñeces presentes

en la sociedad. Por ello, desde la perspectiva de los imaginarios profesionales podríamos decir que se tratan de “madres, no niñas”.

Siguiendo los aportes de Lowenkron (2016), las usuarias son niñas que han perdido su condición infantil al lucir y actuar de manera disidente respecto a los imaginarios sociales centrales que definen la niñez. Para ser reconocida como niña y, por tanto, ser considerada y tratada como tal, no siempre basta con tener cierta edad, es preciso ‘parecer’ que se tiene la misma (Lowenkron, 2016). En este punto es que sostenemos a la maternidad y el embarazo como un impensable para estas instituciones en tanto priman SIS acerca de la infancia como una etapa caracterizada por la inocencia, pureza e ingenuidad. Retomando las palabras profesionales utilizadas en el título “o sos inocente o sos madre y fin”.

Asimismo, consideramos que es importante mencionar otro impensable asociado a esta situación que tiene que ver con el ejercicio de la sexualidad en la infancia, sobre todo en niñas mujeres. Esta misma operatoria puede identificarse en la diversidad de sentires profesionales que se producen en HD; en las que se sitúa un pasaje que va de victimización a la culpabilización del embarazo de las niñas, marcado por el registro de los sentires que van de la conmoción a la naturalización.

Esta escisión resulta alarmante cuando observamos el silenciamiento profesional de prácticas de implementación de ILE ante la amenaza de la intervención de actores religiosos en instituciones públicas laicas. Quizás a estas cuestiones que estamos considerando sobre el ejercicio de la sexualidad y la maternidad como impensables de la infancia, debemos agregar las implicancias del aborto en el mito Niña embarazada=Mujer adulta=Madre. El aborto desafía con su sola existencia, un mandato religioso y social ya que escinde sexualidad de reproducción y, con ello, cuestiona a la maternidad como canon deseado y normal para las mujeres (aún para las niñas).

En este punto, nos parece destacable la exigencia de inclusión de ILE/IVE en hospitales infantojuveniles por parte de las políticas públicas en salud. Como observamos en las entrevistas, esta inclusión implica ciertos desafíos para lxs profesionales, ya que deben deconstruir imaginarios instituidos sobre la infancia y la maternidad. Además, genera la necesidad de compartir sentires y acuerdos entre profesionales para realizar un acompañamiento integral.

Asimismo, en cuanto a la perspectiva de lxs profesionales que trabajan en hospitales para personas adultas, es importante destacar la adopción de una lectura compleja sobre las causas que originan la situación de vida de las niñas que asisten cursando embarazos o próximas a parir. En esta lectura, se jerarquiza la necesidad de ampliar los marcos de sentido al abordar la infancia, haciendo visible la dimensión histórico-social de la adolescencia. Es decir, se destaca que la adolescencia, lejos de ser una etapa evolutiva "normal", es una construcción histórico-social plural, en la que confluyen diversos componentes que generan distintos—y, en este caso, desiguales—modos de producción subjetiva.

También, nos parece relevante la visibilización profesional de desigualdades históricas de clase y género de las niñas usuarias que llegan a los servicios. En este sentido, consideramos que estos hallazgos permiten poner en relación la situación desigual de la infancia en el territorio argentino ya que, si bien se observan procesos de conquista de autonomía de género en el establecimiento de las relaciones sexoafectivas en niñas y adolescentes (ver capítulo 5.4); por otro lado, acudimos a procesos de vulneración múltiple e históricos en los que la iniciación sexual con un varón adulto representa aún en la actualidad un recurso frente al desamparo familiar y estatal. Un sostén que paradójicamente agudiza la situación de vulneración en la que las niñas se encuentran.

En este sentido, nos parece llamativa la insistencia en utilizar el argumento de "lo cultural" para caracterizar estas situaciones, considerándolas como prácticas propias de comunidades migrantes paraguayas, peruanas y bolivianas. La literatura científica que se aboca al estudio de las tensiones entre el respeto de los derechos de las tradiciones de las culturas étnicas y los derechos de las mujeres y las niñas, poseen un gran desarrollo en el campo del derecho y la antropología que excede los marcos de desarrollo de esta tesis.

No obstante, es conveniente señalar que se trata de una discusión en la que distintos autorxs (Bari, 2002; Pozze, 2017; Rodríguez Blanco, 2009) alertan sobre los riesgos políticos de caer en posturas relativistas. Como sostiene Pozze (2017), el argumento culturalista fija los códigos culturales como un elemento "intocable" que no es posible cuestionar, lo que implica desconocer, por un lado, la fluidez y plasticidad que los caracteriza y, por otro lado, la producción de relaciones de poder desigual en las comunidades. En esta línea, la autora sostiene que ello implica el recurso a un argumento esencialista de la cultura que naturaliza la subordinación de género y justifica la desigualdad (Pozze, 2017).

Otro elemento para destacar en la producción de este argumento se vincula con que, sin negar que es posible la emergencia de situaciones problemáticas propias de algunas comunidades respecto a otras, aquí la idea de lo cultural parece ubicar la causa en el "afuera", como si se pudieran pensar prácticas y organizaciones familiares "no culturales". En este punto, siguiendo a Poverene (2015), es posible advertir que estos sentidos sostienen una esencialización de las pertenencias nacionales, que representan como distinto lo que se niegan del propio país y, con ello, invisibiliza la diversidad cultural entre países y al interior de estos, incluyendo el propio territorio argentino.

Por último, sin desconocer la capacidad de agencia de las niñas sobre sus devenires vitales es importante problematizar la idea de “estar casada” como argumento que permitiría sostener la ausencia de la VS en la pareja. Tal como venimos mencionando, en contraposición a los imaginarios centrales, la VS contra las mujeres se produce mayormente en los espacios íntimos en el marco de relaciones afectivas que la mayoría de las veces son relaciones de pareja. En este punto, distintxs autorxs (Barcos, 2022; Binstock y Gogna, 2020; Binstock y Pantelides, 2005) señalan que, aunque no se puede afirmar que todos los embarazos infantiles son producto de la VS, es probable que ocurran en contextos de relaciones de poder desiguales. En estos contextos, las niñas no siempre tienen pleno conocimiento de a qué están consintiendo ni de las posibles consecuencias de sus actos.

CAPÍTULO 7: ENTRE LA CONCEPTUALIZACIÓN Y LAS PRÁCTICAS. TROPEZAR Y ENFRENTARSE CON EL GÉNERO EN LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL DE LAS NIÑAS

En el capítulo anterior desarrollamos los resultados acerca de los imaginarios profesionales sobre problemáticas analizadoras de las desigualaciones de género y edad en las niñas. Hasta aquí, en el capítulo 5 y 6 hemos situado la coexistencia de imaginarios profesionales en las maneras de pensar y valorar las problemáticas de las niñas usuarias. Por un lado, hemos precisado como común denominador que los imaginarios profesionales reproducen formas de invisibilización, psicologización y, en algunos casos, psicopatologización de las diferencias desigualadas de género en las formas de pensar y valorar las problemáticas de las niñas usuarias y sus causas. Aunque también hemos advertidos procesos de elucidación crítica de los condicionantes histórico-sociales de género, clase social y generación. En muchos casos, ante la disposición de espacios que favorecen condiciones para reflexionar sobre el quehacer cotidiano.

En este capítulo damos un paso más en línea a especificar las situaciones en las que lxs profesionales se refieren explícitamente al género como un condicionante presente en la identificación de las problemáticas en salud mental en niñxs. En efecto, lxs profesionales hablan de “conflictivas de género” en la infancia, aunque no se refieren a las niñas. A partir de aquí, abordamos los efectos que ello conlleva a la hora de identificar las diferencias desigualadas de género de las niñas cis y de establecer modalidades de abordaje en salud mental.

Este propósito se vincula con el objetivo específico número dos y tres de la tesis que consisten, por un lado, en analizar las representaciones y afectos profesionales sobre el

género en la identificación de las problemáticas de salud mental y en las modalidades de abordaje que se desprende de ellas. Por otro lado, en explorar las modalidades de abordaje de lxs profesionales de servicios de salud públicos de la ciudad de La Plata ante las demandas de consulta en salud mental en niñas.

7.1 Representaciones y valoraciones profesionales en torno al género: “Ahora es les”

Tal como mencionamos anteriormente, en este apartado nos orientamos a especificar los modos de objetivación del género en las formas de pensar y valorar las demandas de salud mental que llegan a los servicios. En este sentido, comenzamos por compartir un emergente que ha insistido en la implementación de numerosas entrevistas grupales e individuales basado en un deslizamiento de sentido que llamamos género=infancia trans*. Consiste en que lxs profesionales mencionan espontáneamente experiencias de atención vinculadas a las infancias trans* o circunstancias en las que lxs niñxs manifiestan inquietudes sobre el género asignado al nacer en situaciones en las que se interroga, no obstante, acerca de las niñas cis.

“Psi: me mencionaste otra cosa y yo dije ay tengo que hablar de eso... ah no, los chicos trans, eso te iba a decir. Tenemos un comité para problemáticas transgenero y hay un montón de consultas, si te interesa te puedo contactar con el equipo que trabaja y nos vino a dar una capacitación” (Entrevista individual 7, psicóloga, HA).

“Psi: Porque ahora viene ‘les’ mucho. Crisis de angustia en esta población ‘les’.

Entrevistadora: ¿no binaria decis?

P: eso, ¿sí? (consulta a la entrevistadora). Por ejemplo, ahora hay internado uno...(silencio) eeh, que es o crisis de angustia o un episodio psicótico que, bueno, enmascarado, como que lo empezás a entrevistar y está brotado” (Entrevista individual 8, psicóloga, HA).

“P1: ¿Sabes quién estoy pensando? (a sus compañerxs) la paciente que tuvo esto de... fue una paciente que tuvo ciertas variaciones en su percep... o sea, en la percepción sobre ella misma sobre su identidad. Y fue un caso interesante porque es bastante completo... no sé, si querés te lo puedo contar, pero... no sabía si... yo la sigo viendo a ella. (...) más que nada por lo de género porque fue un caso que fue re interesante para mí por empezar. También porque en un momento se quiso cambiar, de hecho, trabajamos un montón hasta el cambio de nombre, la llamé un tiempo por... o sea, lo llame un tiempo por el nombre como varón y después retrocedió y volvió a su identidad original y bueno... Ahora está bien y demás, pero bueno, es bueno el caso para...” (Entrevista grupal 5, psicólogxs, HB).

Como se puede observar en los *verbatim*, se trata de demandas que a lxs profesionales les resultan nuevas e “interesantes” y sobre las cuales, también, se expresan de manera titubeante y dubitativa. En muchos casos admiten que es un tema que “no manejan mucho”, en otros casos comentan que han recibido capacitación recientemente por parte de otros colegas. También, algunxs manifiestan tener experiencia al estar trabajando con muchas demandas.

En efecto, distintxs autorxs (Suess Schwend, 2020; Tajer, 2020b; Zaldua et al., 2015) señalan que la presencia de las infancias trans* en los dispositivos de salud ha interpelado las formas de pensar y de trabajar en la atención y los cuidados de la salud mental. Tajer (2020b) sostiene que las demandas por situaciones de padecimiento psíquico de las infancias trans* han desafiado los marcos teóricos de numerosos profesionales, quienes han comenzado a incorporar aportes conceptuales que priorizan la categoría de género, especialmente desde el campo de la filosofía y los estudios queer. Este proceso no ha sido solo una iniciativa individual, sino también el resultado de la visibilización promovida por políticas públicas, que han establecido recomendaciones y protocolos de atención

para la comunidad LGTBI+, así como la constitución de redes y comités provinciales que implementan buenas prácticas.

La emergencia de las infancias trans* en Argentina debe ser pensada a la luz de las nuevas prácticas sociales junto con legislaciones que las legitiman socialmente, como la Ley Nacional de Identidad de Género n°26743 (2012) (Tajer, 2020b). Estos cambios han facilitado la constitución de identidades en la infancia en las que la identidad de género y el sexo asignado al nacer no necesariamente coinciden. Ello no implica decir que la vivencias y sentires de estas infancias sea algo nuevo, sino que se ha producido una visibilización y reconocimiento público “más temprano” de lo que en otros momentos histórico-sociales aparecía “más tardíamente” porque se mantenía replegado en espacios privados (Tajer, 2020b).

Consideramos significativo mencionar que, en algunas oportunidades, lxs mismxs profesionales que manifiestan que el género u otros condicionantes histórico-sociales no tienen participación en la causa del sufrimiento psíquico de las niñas cis (por ejemplo, TCA o autolesiones), para este caso lo incluyen como un condicionante interviniente:

“Psiquiatra: En realidad es una angustia que... hace poco tiempo, hace algunos años apareció mucho la conflictiva con el género. Uno de los pacientes que está internado es un varón trans. A veces es ese motivo el que los trae, a veces es otro y hay que tratar de acompañarlo conflictiva o no conflictivamente.

Entrevistadora: ¿con la identidad de género decis?

Psiquiatra: sí, ese es el motivo que está. En general, no es el motivo que los trae a internarse pero a veces dicen ‘no, porque mi mamá no me acepta’ o ‘no me entienden’ entonces aparece como un componente” (Entrevista individual 11, psiquiatra, HA).

“Bueno... ya que lo planteaste, no es a lo que yo más me dedico pero tenes un cruce de ejes interesantisimo todo lo que es la presentación más ligada a lo que yo le llamo la transexualidad pero no se, yo no se mucho de eso, no me quiero equivocar, han habido casos de... a ver, te lo digo, yo en la teoría eso me falta así que te lo digo como me sale... bueno, yo te lo digo así, está mal dicho pero bueno... chicas que quieren ser chico, no se dice así, tiene más especificidad teórica pero no la manejo (...)... no se dice así, sé que conceptualmente está mal pero la vía para el cambio corporal es dejar de comer. Entonces han habido casos de presentaciones donde está toda la cuestión ligada al cambio de género y el dejar de comer está más en relación a dejar de menstruar, a cambiar el cuerpo y que se achiquen los pechos y las formas femeninas. Entonces ahí se te cruzan dos de los ejes que vos planteas, no es de lo más habitual. Yo diría, en el recorte de los trastornos de la conducta alimentaria, de esos casos hay dos o sea pocos. Ahora, al revés, si vos tomas como población las problemáticas de la sexualidad, es más frecuente en ese universo los problemas de la mm. No sé si se entiende” (Entrevista individual 12, psicóloga, HA).

Esta idea de género=infancia trans* también resuena en la interpretación profesional de las demandas de las políticas públicas a los servicios para que se proclamen “especialistas en género”:

“Psiqu: querían que nos pusiéramos como referentes en la red de atención en género. El HB sería uno más especialista en género. ‘No’ le digo yo, nosotros somos un área y llega lo que llega. Si vienen pibes en un proceso trans bueno, no tenemos laboratorio, no tenemos endocrinólogo y quiere hacer una hormonización, nosotros veremos el caso a caso, se trabajará con el sujeto”(Entrevista grupal 8, psiquiatra, HB).

A partir de lo anterior, consideramos que los aportes de Butler (2011) en el campo de la filosofía y Millet (2020) en el campo de la salud resultan significativos para dilucidar la operatoria de los imaginarios profesionales.

Desde los aportes de Butler (2018), podemos advertir que lo que es nombrado género es aquello que hace estallar la matriz heterosexual de inteligibilidad. La matriz por la que se rigen los imaginarios profesionales opera a partir de volver inteligible solo aquellos géneros que mantienen relaciones de coherencia y continuidad entre sexo, género, práctica sexual, deseo y expresión de género. Por ejemplo, si se nace macho, entonces se es varón, por consiguiente, se luce de manera masculina y se desea a mujeres; o bien, si se nace hembra, entonces se es mujer, por consiguiente, se luce de manera femenina y se desea a varones (Butler, 2007). De esta manera, las infancias en las que identidad de género y sexo adjudicado al nacer no coinciden, quedan por fuera de los marcos de sentido instituidos. Son extranjería.

En esta línea, Millet (2020) establece que estas operaciones de sentido se dan en el marco del cisexismo en el sistema de salud. Las infancias trans* cuestionan la lógica cisexista que organiza las maneras de pensar y valorar las identidades de género en las instituciones de salud. El cisexismo es un sistema complejo basado en exclusiones simbólicas y materiales que se erige sobre la suposición de que las personas cis son más naturales y legítimas que las personas trans*. En contextos cisexistas, las vidas de aquellas personas que se identifican con el género asignado al nacer tienden a ser vistas como parámetro normativo, en oposición a la existencia de las personas trans (Radi, 2020).

En efecto, es posible identificar que, para el caso de las niñas cis, la identidad de género o las desigualaciones asociadas a la feminidad no suelen ser cuestionadas. No obstante, podemos advertir que, aunque no sea nombrada, la idea de género aparece de dos maneras en relación con las niñas cis: por un lado, como diferencia biológica homologada al sexo, a partir de una distinción y descripción estadística o epidemiológica entre varones y mujeres; por otro, como una categoría sociológica distinta e indiferente a consideraciones

subjetivas o psicopatológicas, que se torna visible cuando se produce una ruptura con la 'naturaleza'."

En el primer caso, se observa que, al establecer las diferencias, se apela a la idea de sexo como un atributo biológico inmutable y predeterminado. Lxs profesionales hablan de diferencias epidemiológicas estableciendo la frecuencia y distribución de problemáticas en salud mental entre niñas y niños sin realizar una apreciación respecto a posibles consideraciones sobre estos datos. Se refieren a las diferencias entre varones y mujeres en función de la "cantidad" o de la "prevalencia" de ciertos problemas de salud mental en la población infantil de manera naturalizada.

"Psiqu: eeehhh no es una variable tan tajante, pero hay una tendencia, en las mujeres se presentan mucho los cortes y en la ingesta de pastilla y en los varones aparece pero suele aparecer mucho más agresivo. Los intentos de ahorcamiento que hemos visto creo que tienen prevalencia en varones... ninguno falleció, pero estuvieron internados... sí. Los episodios psicóticos tienen un poquito más de prevalencia en varones, cuando son en mujeres, son más severos. Y después no, tenemos crisis de angustia medio parejo... hace poco tiempo, hace algunos años apareció mucho la conflictiva con el género. Uno de los pacientes que está internado es un varón trans" (Entrevista individual 11, psiquiatra, HA).

"Psi: En cuanto a guardia son esas las problemáticas, o sea, todo lo que tiene que ver con intento de suicidio o conductas autolesivas, ideación de muerte, sobreingesta. (...) En niñas más.

Entrevistadora: y eso ustedes ¿cómo lo piensan?

Psi: yo no lo pienso (se ríe) eso está en el protocolo de actuación y ahí marcan la diferencia entre el varón y la mujer y es cierto que el varón es más violento, lo explican ellos así, esto no es que es una idea mía. Como que siempre el método es más violento en los varones y es verdad" (Entrevista individual 8, psicóloga, HA).

“N2: si, la mayoría de las consultas son mujeres. Hemos tenido varones pero la mayoría son mujeres... (...) (silencio) si, los varones son así contados con...

Entrevistadora: ¿las diferencias tienen que ver con la cantidad?

N2: el número” (Entrevista grupal 4, nutricionistas, HA).

En este sentido, resulta significativo advertir que problemáticas como la VS y los TCA o ciertas apreciaciones psicopatológicas como la histeria suelen ser habladas en femenino con una generalidad naturalizada, aunque en algunos casos esta naturalización es advertida durante la implementación de las entrevistas.

“G: todo estamos en pos de esta niña” (Entrevista individual 4, ginecóloga, HA)

“TS: cómo está esa niña, cómo sigue, cómo es su situación actual (...) en un 73% de los casos el motivo de sospecha es el relato de la niña” (observación 2, psicóloga, trabajadora social, HA)

“Psi: se entrevista a la niña, adolescente, digo niña/adolescente porque mayormente la población que asiste al hospital por una situación de abuso son mujeres. Eso no significa que no haya niños que son abusados, pero te puedo asegurar que un 98 por ciento son niñas” (Entrevista individual 3, trabajadora social, HA)

“Psi: voy a decir deshidratados a propósito incluyendo a los varones. Iba a decir deshidratadas, siempre hablo en femenino” (Entrevista individual 7, psicóloga, HA).

Esto mismo se advirtió en la observación de una ponencia que hizo un grupo de profesionales (Observación 1, HA). Hacia el final del encuentro lxs participantes les consultaron a las ginecólogas por la detección de signos físicos de la VS en niños varones ya que la exposición se basó en describir y analizar situaciones de niñas y adolescentes mujeres cisgénero, aunque sin explicitar esa singularidad.

En el segundo caso, la idea de género en relación con las niñas cis es considerada como un elemento exterior, propio de “lo social”, y como algo que no es relevante para el trabajo en salud mental ya que representa una generalidad que no tiene un papel en lo subjetivo o lo psicopatológico. Estas apreciaciones insisten sobre todo en el caso de lxs psicólogxs.

“Psi: hay bastantes ingresos por ejemplo con chicas intoxicadas, ya sea consumo de alcohol u otro tipo de sustancia que ingresan de ese modo y nosotros terminamos haciendo un abordaje y nos encontramos con que esto, hay muchas cosas en lo cotidiano que se han ido desorganizando y se produce como la caída del sujeto y en realidad esa ingesta es la gotita que rebalsó el vaso, pero ya venían complicadas.

Entrevistadora: Claro, ¿y cómo piensan esas diferencias?

Psi: ¿pensar qué?

Entrevistadora: la diferencia entre niños y niñas

Psi: no termino de entender la pregunta

Entrevistadora: si la piensan de alguna manera particular...

P: no, como algo del sujeto en realidad, como algo que le va sucediendo. Tal vez hay algunas cuestiones en relación con lo femenino por ahí sociales que se juegan, tal vez como una presión un poco más fuerte en relación a la imagen, algunas cuestiones que... pero no en todos los casos tienen pregnancia, es como muy singular. No sé si lo podemos reducir a una estadística porque también subyace la estructura clínica de cada paciente” (Entrevista individual 9, psicóloga, HA).

“Psi: ahí está la cuestión, que es la percepción. La percepción depende mucho de dónde lo mire (se ríe). Cuando vos me preguntaste dije bueno, desde cómo uno conciba lo que es género, uno percibe. Entonces si estás predispuesta a percibirlo lo percibís. Y si estoy dispuesta a percibir otra cosa también la percibís. Por lo que uno piensa que es el género, la posición sexuada, el lugar, eso para alguien. Todas esas cuestiones, que la posición sexuada tiene que coincidir con el género (se ríe). La verdad que no lo puedo ver así y si lo vería sería un forzamiento pensarlo de esa manera pienso yo. Uno ve el uno por uno y no siempre el género está planteado como una cuestión (Entrevista individual 14, psicóloga, HC).

Los imaginarios profesionales que hemos situados en torno a la identificación de las problemáticas de las niñas cis, a saber, de la biologización a la sociologización, no son ajenos, sino que inherentes a las disputas teóricas y políticas históricas del campo de la salud mental.

En cuanto a la biologización, estudios del campo de la epidemiología, la psiquiatría y la psicología (Ausburger, 2002; Montero *et al.*, 2004; Ramos-Lira, 2014; Tajer, 2012) alertan sobre las repercusiones conceptuales y políticas de homologar el género al sexo biológico en el estudio epidemiológico de la salud mental, el sufrimiento psíquico y las problemáticas psicopatológicas de las mujeres. En este punto, establecen que concebir las diferencias entre varones y mujeres como atributos "naturales" que emanan de la biología y fisiología corporal, invisibiliza las desigualdades presentes en el proceso de salud y atención (Ramos-Lira, 2014; Tajer, 2012).

Por su parte, respecto a la sociologización del género, es posible identificar en el campo psicológico argentino el desarrollo de disputas teóricas que buscan enfrentar posiciones entre los estudios de género y el psicoanálisis. En efecto, la categoría "género" es resistida actualmente en ciertos sectores de la comunidad psicoanalítica debido al supuesto de que la temática identitaria y de las relaciones de poder entre los géneros no es propia del campo (Lorusso & Reid, 2020; Tajer, 2020b). Por lo tanto, la noción de género es utilizada como categoría sociológica, entendiendo a la misma como un elemento separado e indiferente en las consideraciones acerca de la estructuración del psiquismo.

De todas maneras, consideramos que lo establecido por los profesionales en los *verbatim* alerta -en parte- sobre la importancia de no caer en lecturas reduccionistas sobre el rol de género como único o principal condicionante presente en el proceso de salud mental de

las niñas. Las desigualaciones de género patriarcal no explican *per se* todas las problemáticas y vivencias de las niñas (Tajer, 2020b). Ahora bien, desde otras lecturas es posible sugerir que la reproducción de conceptos “universales” que naturalizan las desigualaciones de género, deviene un problema epistemológico y político ya que corre el riesgo de anudarse a formas de disciplinamiento social si no se elucidan (Tajer, 2020).

Un planteo afín a estas consideraciones lo realiza Castel (2006) cuando acuña el término “psicoanalismo” para referirse al problema ético que enfrenta lxs psicoanalistas al continuar sosteniendo la invisibilidad de la dimensión del poder en sus postulados acerca de la sexualidad y sufrimiento psíquico. Esta ceguera en la lectura de las relaciones de poder invisibiliza también el lugar que se ocupa como efectores claves para el sostenimiento de los dispositivos de poder desigualador, Esta apreciación se vincula al hecho de que, como señalamos anteriormente, quienes mayoritariamente sostienen la concepción sociológica del género son profesionales psicólogxs con una formación académica psicoanalítica.

De acuerdo con los aportes Fernández (2019) desarrollados en los lineamientos teóricos, la operatoria género=infancias trans* permite sostener que los imaginarios profesionales sobre las niñas cis continúan organizados a partir de la Episteme de lo Mismo al producir la naturalización de las diferencias y desigualaciones de género. De esta manera, los imaginarios profesionales sobre la feminidad esencializan el precipitado histórico-social de las desigualdades, al remitirlos a una distinción biológica o una atribución social ajena a las formas de salud mental y sufrimiento psíquico.

En el próximo apartado nos detenemos en un segundo aspecto que hace a la materialización de acciones profesionales instituyentes en la atención de las

problemáticas sociales complejas que señalamos como analizadoras de las desigualaciones de género. A saber, la VS, el embarazo y maternidad infantil.

7.2 Invencciones cotidianas en la atención de la VS y el embarazo y maternidad infantil

En el apartado anterior nos centramos en las maneras de conceptualizar profesional sobre el rol del género en las problemáticas de salud mental de las niñas usuarias. Hasta aquí advertimos que, salvo algunas excepciones, las narrativas se organizan a partir de imaginarios profesionales instituidos que sostienen formas de poder basadas en la esencialización y naturalización de la feminidad. En este apartado agregaremos otros elementos al considerar la coexistencia de estas narrativas con la presencia de acciones profesionales instituyentes en la atención de las problemáticas sociales complejas, que señalamos como analizadoras de las desigualaciones de género (la VS, el embarazo y maternidad infantil).

Para ello, partimos de lo establecido en el marco teórico respecto a la puntualización de acciones que De Certeau (1990) llama invencciones culturales de índole práctico y táctico. Consideramos que es posible advertir núcleos de resistencia cotidiana que operan en tensión con el marco social instituido patriarcal y adultocéntrico en el abordaje de estas problemáticas analizadoras de las niñas. Aquí cobra especial valor el registro del sentir profesional ya que se tratan de situaciones que generan una multiplicidad de afectos, es decir, que conmueven, producen temor, angustia y reticencias en el marco de tensiones y conflictos entre profesionales y otros referentes institucionales.

7.2. a Entre el temor, la ira y la soledad en el trabajo con la VS: “Yo contra esto no puedo”

En el capítulo 6 señalamos que la VS constituye una demanda de atención en salud mental masiva en los servicios hospitalarios. Ahora bien, es curioso que, pese a esto, lxs profesionales manifiestan que no se trata de una problemática que se recepciona fácilmente, sino que, por el contrario, opera al modo de “papa caliente”. Es decir, es usual que se derive ya que lxs profesionales tienen temores y reticencias a trabajar con esta problemática.

“A: por lo general lo que pasa es que llega una situación de ASI y empiezan a dar vueltas por todo el hospital.

TS1: se asustan. Un miedo (lo dicen varixs).

A: enseguida empiezan ‘tiene un papel, tiene un papel’ (se ríen) y nadie se sienta a leer cuál es ese documento (Entrevista grupal 5, trabajadorxs sociales y abogado, HB).

“P2: la carpeta de abuso un poco...

P1: la patean

P2: sí, como si la pudieran prender fuego o esquivar, sería ideal” (Entrevista grupal 1, psicólogas, HA).

Lxs profesionales que integran dispositivos de atención y que cuentan con trayectoria refieren que la conformación de equipos en esta temática ha sido resultado de fuertes disputas al interior de los hospitales. En muchos casos, su constitución fue iniciativa de profesionales que han trabajado *ad honorem* durante años o que se han organizado a partir de conciliar sus cargos con una actividad en principio militante.

“G: trabaje 4 años gratis cosa impensada en el hoy porque nadie iría 4 años gratis. Ni siquiera genera admiración porque es como ‘¿sos tarado?’ (se ríe). Bueno, pero era muy en ese momento porque no conseguía en un hospital y bueno ahí se generó

la unidad, con lo cual todo fue empezar a aprender todo lo que me vas a empezar a preguntar. (...) En el caso específicamente de la ginecología infantojuvenil nosotros o yo ponele observaba, yo tenía escrito por todos lados que el abordaje tenía que ser interdisciplinario. Sin embargo, no era fácil que en un hospital de niños se lograra el abordaje interdisciplinario porque es un tema con aristas legales, es un tema que merece mucho compromiso y bueno, no todo el mundo que está en un hospital público tiene el mismo compromiso. Bueno, entonces fue muy muy difícil conformar el grupo (...). En el hospital todos me decían que sí pero cuando iba a las distintas... Cuando iba a cada uno era ‘eeee no, hasta que sensibilice’” (Entrevista individual 4, ginecóloga, HA).

En este punto, es posible advertir que en distintos hospitales hace años que, fruto de estas disputas, se han conformado modalidades de abordaje de la VS, ya sea a partir de la constitución de grupos interdisciplinarios específicos o a partir de iniciativas de poner en circulación estrategias de abordaje integral entre servicios. Al respecto, lxs profesionales que integran estos dispositivos manifiestan que trabajar de manera interdisciplinaria representa un logro y un desafío constante ya que las situaciones demandan discusiones y formación, pero también representan lugares de alojo de las ansiedades y afectaciones de lxs propixs profesionales. En este sentido, lxs equipos destacan el aporte de lxs trabajadorxs sociales y abogadx en lxs equipos para el abordaje integral.

“Psi3: puedes contar con la posibilidad de intervenir con trabajo social porque además los casos que vienen, así como muy plagados de situaciones sociales, sociales en el punto de que a veces uno tiene que saber cuál es la situación concreta del ingreso familiar, cuál es la situación concreta de la vivienda, cosas que a veces son necesarias para ver si ese chico puede seguir estando en esa vivienda o se tiene que ir. Todas esas cuestiones las trabajamos con trabajo social.

G: legales también. Eso es una gran pata.

Psi4: porque está la abogada, que ya la conociste. (...) el desafío es tener armado el equipo. La buena comunicación con el equipo” (Entrevista grupal 5, psicólogos y ginecóloga, HB).

“TS: sí, por eso es algo que a mí me re gusta de este equipo, que todo el tiempo... ‘pero ¿cómo lo digo? ¿Lo tengo que decir? ¿no lo digo? ¿cómo lo planteo? si me dice esto, si me dice aquello’ y bueno, aparecen todas estas cosas que son sumamente ricas y que son preguntas totalmente válidas que deberían existir en cada situación porque si hay algo real es que siempre partimos de clasificaciones, de definición de problemas como totalmente instalados y muy difícilmente tenemos la capacidad de preguntar sobre aquello que nos viene dado como tal. Y en este sentido, una parte de decir, este es el tema, bueno, empecemos, lo desmenuzamos por todos lados y con muchos miedos también porque a muchas se les pone en juego la cuestión de lo legal” (Entrevista individual 3, trabajadora social, HA).

Es relevante mencionar que, a lo largo de las entrevistas, lxs profesionales manifiestan estar realizando encuentros interhospitalarios de capacitación y de consulta en la elaboración de estrategias interdisciplinarias de esta problemática. Incluso, una de las observaciones participantes realizadas (Observación 1, HA) fue un evento organizado por un equipo que aborda interdisciplinariamente la violencia sexual infantojuvenil, que tenía el objetivo de dar a conocer experiencias y brindar herramientas para colegas que trabajen esta problemática.

Asimismo, una profesional relata una experiencia de trabajo interdisciplinar en VS en la que considera que fue clave la mirada integral de la salud del médicox pediatra que recibió a la niña, para luego trabajar en conjunto sobre la visibilización de la VS sufrida por esta niña, junto con su madre.

“Psic: un caso que lo presentamos, lo estudiamos, lo charlamos, de una nena que viene a la consulta por un problema respiratorio, que la trae una tía que es la

madrina, a la consulta en pediatría. El pediatra, un tipo de mucha experiencia que ahora ya se jubiló, le llama la atención porque la nena dice que como le dolía mucho la cabeza se había tomado ella por su cuenta un par de fármacos "me tome todo el frasquito de paracetamol porque me dolía mucho la cabeza" y le pregunta "¿cómo es eso? ¿lo pensaste?" "no y después me tomé no sé qué, también porque no se me pasaba". Bueno ahí al tipo le pareció que algo raro había y la citó a la madre para hacer el control del proceso respiratorio. Bueno, que se yo, ponele que tenía broncoespasmo. (...) bueno ahí surge que la nena plantea que había tenido una discusión también con la mamá que no es un motivo de consulta. Por eso te digo, el motivo de consulta es broncoespasmo, porque la mamá le había encontrado en el celular una foto de ella desnuda que se estaba intercambiando con otra persona que parecía ser mayor. Entonces la madre la re mata a palos por haber hecho eso y si bien la trae a la consulta con el pediatra, quiere una consulta con la ginecóloga porque lo que ella quiere averiguar es si la hija es virgen. La nena dice 'yo ya le dije a mi mamá que yo no soy virgen porque el abuelo me violó cuando tenía 7'. (...) Ahí hubo que hacer todo un laburo para desnaturalizar el abuso, se trabajó un montón con esa nena y todo. Y bueno, se pudo avanzar, pudimos hacer un año después una denuncia, una presentación, la evaluación, el cuerpo técnico, todo eso tardó (Entrevista grupal 8, psiquiatra, HB).

Lxs profesionales manifiestan que estas acciones están en tensión con las resistencias que convierten a quienes abordan la problemática en especialistas a quienes se les "pasa la pelota". Como resultado, estos profesionales reciben derivaciones de manera aislada tanto del sistema público (intra e interhospitalarias) como del ámbito privado.

"P1: Después de que lo atendió 4 años y el paciente le dice que fue abusado lo derivan al hospital, como si las papas quemaran. Entonces, es tremendo. El psicólogo privado lo manda para acá cuando aparece algo de abuso, (no se entiende) no llega a cubrir el temor del analista, viene para acá.

P2: También, como pasó el otro día, 'está bien la nena, no necesita tratamiento' sabe mucho pero en realidad la nena si necesita tratamiento. Entonces digo, hay

como una falta de compromiso con respecto a estos temas que la verdad asusta” (Entrevista grupal 1, psicólogas, HA).

“A: yo creo que muchas veces es eso, que la intervención es ‘bueno, le pasamos la pelota al servicio social’

TS: esa es otra (risas)

TS: y la pregunta que nos viene a nosotros es ‘¿quién hace la denuncia?’ nono

A: el abordaje es conjuntivo interdisciplinario porque necesitamos que vos nos digas cómo seguir también en ese tratamiento o en ese acompañamiento entonces eso.

TS: claro” (Entrevista grupal 7, trabajadores sociales, HB).

“G: es más difícil entrar, no me refiero al grupo, porque el grupo está abierto a quien quiera entrar el tema es que no quieren. Queremos que entre gastro y no quieren, infecto no quiere, o sea, yo te estoy diciendo después de tantos años me tomo un naproxeno, pero te la tenes que bancar. Me voy por las ramas” (Entrevista individual 4, ginecóloga, HA).

En línea a lo que señalan autorxs de distintos campos disciplinares, la VS es una problemática social compleja que desafía los enfoques unidisciplinarios y sectoriales (Giberti, 2009; Faraone, et al. 2015; Mistral, 2012; Toporosi y Franco, 2023). Asimismo, requiere de formación específica y de un trabajo de elucidación de los imaginarios sociales que definen, por ejemplo, a la familia como espacio privilegiado de afecto y cuidado y a la VS como un hecho aislado realizado por varones con problemas psicopatológicos o criminales (Capriati *et al.*, 2020; Frías, 2003). Capriati *et al.* (2020) señalan que la VS es una problemática que genera una confusión y un rechazo incomparable respecto a otras. Asimismo, autorxs como Frías (2003) y Toporosi y Franco (2023) advierten que el trabajo con la VS tiene graves repercusiones para la salud mental de lxs profesionales. Esto, ya que implica el encuentro con el horror y lo siniestro, lo que

muchas veces conduce a la paralización, a la desorientación o a intervenciones inadecuadas que terminan por producir la revictimización de lxs niñxs.

De hecho, lxs profesionales que trabajan con estas situaciones manifiestan que estar en contacto con los efectos de la VS sobre las niñas les genera mucho malestar, no solo por conocer las experiencias vividas sino también por tener que trabajar con colegas que realizan intervenciones revictimizantes. Esta afectación se observa especialmente en las formas de narrar. Es significativo mencionar que, en las entrevistas, ante la generación de un espacio de escucha, lxs profesionales hablan sin parar, todxs a la vez, levantan la voz y expresan mucho disgusto en el relato de situaciones de VS.

“G: hay días de grupo, te lo digo en serio por ejemplo con la que entró recién me decía ‘¿hoy es naproxeno o migral?’ y no es joda, lo tomaba porque ya no aguantaba más porque además te reunís y son el paciente quinto que le tocó, que dijo, que le chupó, viste. Bueno cuando yo empecé me superaba, una vez me senté en el cordón, era más grande que vos pero ponele unos treinta y pico, me senté en el cordón llorando y dije me voy, yo esto no aguanto más...después también que tus pares hablen el mismo idioma eh, porque en un tema tan delicado como este si alguien dijo una frase que te choca o de juzgar o de hablar más que de escuchar porque tenes que tener muy buen rapport con el que tenes al lado, tenes que tener un grupo interdisciplinario que tiene que tener un denominador común, ¿me entendes? si vos ahora me decis ‘bueeno esta madre’, yo digo no, no nos estamos entendiendo Manuela. Imaginate trabajando con alguien que tengas que atender lo mismo” (Entrevista individual 4, ginecóloga, HA).

“Psi: yo no puedo hacer pasar por alto que te llega un caso de abuso y que la psicóloga le pregunta ‘che ¿te gustó?’, o sea, la pobre nena, o sea, re vulnerado su derecho desde el primer momento. No fue lo único que le preguntó, le preguntó de todo. O sea, tiene que ver con eso que es un montón. Como no están capacitados para tomar esos casos. Si no estás capacitado ¿para qué estás? ¿para qué vas a ir?” (Entrevista grupal 8, psicóloga, HB)

“Psi1: los derechos del niño vistos como se piensan hoy en día tampoco hacen mucho que están. La palabra, qué sé yo, la otra vez nos pasó ‘y bueno, pero solo la toqueteo’ ah claro entonces no es abuso porque solo la toqueteo (...) Por eso es importante escuchar al niño (...) ¿vos no quieres venir a trabajar con nosotras?” (Entrevista grupal 1, psicólogas, HA)

Asimismo, algunxs profesionales expresan malestar por la impotencia que implica trabajar en estas situaciones y sus múltiples obstáculos para realizar un abordaje integral con otras instituciones y la comunidad. En primer lugar, debido a que, en la mayoría de los casos, los abusadores suelen ser varones de los entornos familiares y/o referentes comunitarios con lugares de poder. Por esta razón, es usual que la visibilización de la violencia sexual produzca, paradójicamente, la exclusión familiar y comunitaria de la niña.

“TS: ella en las entrevistas me decía ‘¿por qué me tuve que ir yo y no ellos? ¿por qué tuve que dejar mi casa, mi escuela, mis amigos?’ (...) una exclusión del hogar no se podía hacer porque la dueña de su casa, la tía, no quería echar a su sobrino y bueno, como que distintas situaciones que terminan siendo injustas” (Entrevista individual 2, trabajadora social, HA).

“Psi: hace poquito me pasó, el año pasado que estábamos en pandemia, la mamá con una nena que era más grande, no se si no tenía 10, 11 años. También, tremendo. Se tuvieron que ir de La Plata directamente por el acoso de la ex pareja de la señora que era violento con ella, violento con la nena y a pesar de denuncias y un montón de cosas que se movió esta señora, el tipo con tobillera y todo se les seguía acercando. Se fueron de La Plata directamente, se fueron lejos. Entonces digamos eso te juega re contra en contra. Por ejemplo, la nena tenía pesadillas, que la iban a matar, escuchaba ruidos, pero claro eran cosas que le pasaban en la realidad también entonces cuando se iba a dormir soñaba con eso (Entrevista individual 19, psicóloga, HE).

“TS: la mayoría de los hombres son los que proveen económicamente a las familias o sucede mucho esto de en los barrios son los dueños de las casas o organizan ahí la batuta con relación a quién ocupa cada casilla y eso atraviesa un montón la situación al momento de hacer la denuncia, al momento de... porque después también hay represalias a nivel barrial en ese sentido. Y quedan como muy expuestas a todos esos riesgos también que obviamente desde acá no se puede...” (Entrevista grupal 9, trabajadoras sociales, HC).

En segundo lugar, debido a que generalmente las personas con las que las niñas cuentan son sus madres, quienes muchas veces presentan dificultades para el acompañamiento de estas situaciones. Sobre este aspecto, muchxs profesionales manifiestan enojo ya que consideran que las madres naturalizan los abusos, como hemos desarrollado en el capítulo 5.1. En otras ocasiones, lxs profesionales destacan que muchas madres son juzgadas sin comprender la complejidad de su situación. Subrayan la importancia de visibilizar que, a pesar de las dificultades, suelen ser las únicas que están presentes en el proceso. Por ello, consideran fundamental abordar esta complejidad de manera integral.

“G: nosotras, lo que hemos aprendido es trata de involucrar a la madre que acompaña, después veremos qué tipo de madre o lo demás, pero hoy es la madre que acompaña y la trae, lo cual es super importante y entender como un equipo de trabajo en donde mami en el rol de mami, la doctora de ginecología, que todo estamos en pos de esta niña viendo en qué situación estamos para poder ayudarla y no esta cosa del dedo acusar a ver quién pudo haber sido el abusador. Es contado los casos en los que abusó la madre. Raro, muy raro. A veces sí hay un ocultamiento o un ocultamiento inconsciente, llamalo como vos quieras desde la psicología, yo sé que me estás entendiendo, de no quiero verlo porque no lo puedo ver”. (Entrevista individual 4, ginecóloga, HA),

“A: es sumamente difícil para la persona adulta y para la niña también porque muchas veces se está denunciando a su papá, a su hermano, a su tío, a su vecino o con quien ella particularmente tiene un vínculo porque realmente hay un vínculo

y por eso existen las situaciones de abuso porque eso es lo que genera el ejercicio del poder. Tiene ese vínculo afectivo para que la situación abusiva se efectivice. Y lo que hacemos es acompañar todo ese proceso en conjunto con las compañeras de salud mental muchas veces es más traumática para la persona adulta que para esa niña. Que no significa que no lo sea. Por ahí no puede ser en ese momento y puede surgir más adelante” (Entrevista grupal 7. abogada, HB).

En tercer lugar, los profesionales expresan su malestar por las dificultades que enfrentan para acceder a la justicia, debido a un enfoque inadecuado y patriarcal por parte de los poderes judiciales y otros organismos del Estado. En efecto, señalan que ante situaciones de VS, los agresores no siempre son condenados y si lo son, es después de un largo de tiempo ya que el proceso judicial demora meses, incluso años. Al respecto, expresan que estas situaciones les duelen y que lxs “superan”.

“P4: esos circuitos, tal vez todo esto llevo, no sé, 12 meses, 1 año pero sí pasa por eso tal vez sostenerlo en el tiempo me parece que a veces es más difícil porque está dentro de la familia y porque el tipo sigue suelto, no va a la cárcel porque se haga la denuncia o va después, que se yo. (...)

P1: y el tiempo de la justicia

P4: los tiempos de la justicia

P4:si, la realidad es que a nivel justicia por ahí uno espera más (se ríe)

P1: esperamos más” (Entrevista grupal 5, psicólogxs, HB).

“Psi: a mí lo que más me preocupa es la poca respuesta que existe a nivel legal, judicial, para decirlo de alguna manera, para englobarlo en algún lado. La cuestión de que muchas veces el agresor sigue permaneciendo en la casa o sigue permaneciendo cerca o a pesar de tener restricciones las rompe, a pesar de tener tobillera se aparece, que las víctimas no... la lentitud con la que responden y me parece que eso entorpece mucho porque uno intenta ir como armando algo o trabajando algo que permanentemente se ve obstaculizado u obstruido por la realidad misma. Para mí ese es el escollo, pero más importante y es enorme porque

está permanentemente, es algo que vos decis ‘no puede ser’. (...). viste porque a veces te encontras con cosas que decis ‘no, yo contra esto no puedo’ (Entrevista individual 19, psicóloga, HE)

Lo expresado por los profesionales es registrado como común denominador por otros estudios (Mistral, 2012; Faraone, et al, 2015; Borda, 2024). En el trabajo con la VS es usual que lxs trabajadorxs sientan impotencia sobre el alcance de sus intervenciones y soledad ante la ausencia de respuestas. También, es usual que haya dificultades en el establecimiento de redes interinstitucionales a donde acudir y una falta de involucramiento de ciertos sectores, específicamente del Poder Judicial. Distintxs autorxs (Rozanski, 2003; Rodriguez, 2012; Toporosi y Franco, 2023) señalan que, en muchas ocasiones, el sistema judicial tiene lógicas de funcionamiento institucional que producen un efecto paradójico. En lugar de proteger, mediar y sancionar situaciones de vulneración de derechos, incurre en acciones de violencia institucional mediante intervenciones revictimizantes, adultocéntricas y patriarcales hacia las niñas.

En lo dicho hasta aquí, consideramos relevante mencionar la multiplicidad de afectos profesionales en el trabajo con la VS en la niñez: conmueve, produce reticencias, enojos, impotencia y malestar; de la mano de un conjunto de tensiones en la materialización de modalidades de abordaje. De esta manera, las acciones cotidianas dirigidas a lograr un abordaje interdisciplinario e intersectorial se desarrollan en disputa con prácticas profesionales que tienden a la especialización y el aislamiento.

En este punto, consideramos que, si bien en pocos casos lxs profesionales conceptualizan estas dificultades como parte de los efectos de la organización de poder de género, se “tropiezan y enfrentan” con ellos constantemente en la práctica. Es decir, lxs profesionales señalan muchas limitaciones en el trabajo en las que es posible rastrear las

huellas del poder patriarcal. En primer lugar, en la conformación de las familias y comunidades, se destacan obstáculos relacionados con la concentración del poder económico y simbólico en manos de los varones dentro de los hogares y los barrios. También surgen dificultades en el proceso de acompañamiento de las madres a sus hijas, dado que, en muchos casos, las madres comparten con ellas sus propias experiencias de desigualdades y violencias perpetradas por varones de su entorno familiar de confianza.

En segundo lugar, los efectos de las relaciones de poder de género se reflejan en las intervenciones de algunos colegas que llevan a cabo prácticas revictimizantes debido a la falta de una perspectiva de género en su enfoque y en su manera de abordar esta problemática. Por último, se enfrentan con dificultades relacionadas con el poder judicial en la protección de las niñas y sus madres una vez que se inician las denuncias.

7.2 .b Profesionales y prácticas de atención “piola”: tensiones y dilemas en el abordaje del embarazo y la maternidad infantil

En este apartado nos dedicaremos a situar modalidades de abordaje en salud mental ante demandas de embarazo y maternidad infantil en niñas menores de 15 años. Tal como señalamos en el capítulo 6, se trata de una problemática que representa un impensable en los imaginarios profesionales de hospitales infanto juveniles, aunque se observa que la sanción de la Ley IVE ha exigido a los servicios la incorporación de dispositivos de ILE y motorizado el trabajo en esta temática. Asimismo, representa un inconveniente para los hospitales generales de adultxs ya que se producen deslizamientos de sentido que homologan maternidad a adultez. Por lo tanto, las niñas suelen ser tratadas como “miniadultas”, invisibilizando así la condición de niñez.

En esta problemática, la inscripción de los equipos de hospitales generales y de adultos adquiere distintas significaciones. Al igual que en el apartado anterior, lxs profesionales de hospitales que trabajan en dispositivos de consejería en IVE e ILE mencionan que la constitución y sostenimiento de los equipos es el resultado de una iniciativa y lucha de profesionales. Estxs se han organizado para mantener la atención, lo que, en algunos casos, ha permitido la conquista de puestos de personal y un trabajo de reconocimiento formal. Simultáneamente, en otros dispositivos como la maternidad aparece la idea de que se trata de un espacio ‘de excepción’ ya que las demandas de embarazo en niñas rompen con el encuadre de un hospital de adultxs. Al mismo tiempo, lxs profesionales se definen como equipos que resisten al desmantelamiento. Esto, debido a la falta de renovación de personal luego de las jubilaciones, lo que hace que deban seguir trabajando con las mismas demandas, aunque sean menos.

Es importante mencionar las dificultades que hemos tenido para acceder a realizar las entrevistas con lxs profesionales que trabajan esta problemática, en particular, de las áreas de ginecología y obstetricia (Observación 5, HE). Asimismo, vale la pena destacar que, en algunas situaciones, la administración de las entrevistas con lxs profesionales que accedieron a realizarlas se produjo en espacios alejados del servicio. Se observó una actitud de reserva respecto a otros profesionales que se encontraban cerca, especialmente cuando se mencionaban experiencias de implementación de ILE e IVE con niña (Observación 6, HD).

Estas observaciones del proceso de investigación pueden pensarse a la luz de la distinción que hacen lxs profesionales entrevistadxs entre colegas “piolas” y otros que no lo son.

“Psi: viste, como todas esas cosas que hay que trabajar. A veces con gente piola que puede escuchar las cuestiones clínicas que uno tiene para compartir y las

sugerencias que uno hace en ese punto de cómo transmitir algunas cosas y demás y a veces.... no es posible y bueno. (...) (Entrevista individual 16, psicóloga, HD).

“Psi: y siempre trabajamos con la gente de trabajo social, es bastante en articulación y con los médicos con los que se puede (se ríe), hablando de la cuestión institucional, ¿no? Hay gente muy piola y gente con la que sabemos que no se puede trabajar básicamente (Entrevista individual 18, psicóloga, HD).

Desde la perspectiva de lxs profesionales entrevistadxs, podríamos inferir que la cualidad de “piola” se corresponde, por un lado, con la predisposición a realizar acompañamiento e implementación de la ILE e IVE. Mientras que lxs profesionales “no piolas” serían aquellxs que se proclaman objetores de conciencia o aquellxs que, sin definirse como tal, demoran la intervención de interrupción, lo que hace que las niñas terminen pariendo. Por otro lado, podríamos decir que el trabajo “piola” con las niñas implica “preservarlas de lo instituido arrasador” en los hospitales de adultxs. Es decir, estar presente en todo el proceso para recordarles a sus colegas que son niñas y no adultas y así resguardar de la exposición a prácticas violentas. Objetivo que no siempre es logrado, por lo que a lo largo de la entrevista una profesional menciona en varias oportunidades, con frustración, el tener que luchar contra “la norma” en las prácticas de seguimiento del embarazo y del parto.

“Psi: con esta chiquita que había dicho que no quería quedarse con el bebé, le dice ‘es tu derecho tener que ir a verlo, tenés que ir a verlo’ y ella claro era muy sugestionable y dijo ‘bueno, lo quiero ir a ver’ entonces eran 10 de la noche. El enfermero me dijo que podía ir a verlo, pero bueno estábamos viendo si quería y podíamos ir juntas, pero bueno, quería ir a verlo. No le iba a decir no. Bueno, así que, hablando con el acompañante, hablando con la psicóloga de guardia así que la acompañó ella. Es eso. Viene y se instala la norma y es aaaaaay (expresión)”. (Entrevista individual 17. psicóloga, HD)

“Psi: esto que se reproduce automáticamente bueno ‘¿le querés dar el pecho?’ , se lo meten, mucha violencia porque se trabaja con otro tipo de población y cuando hay cuestiones excepcionales que hay que poner una pausa, ver si la niña realmente quiere maternar, si la niña quiere amamantar... pum se lo enchufaron y vos le habías dicho a todo el mundo que no y de repente está el enfermero que le enchufa el bebé en la teta y es como... esas cosas muy instituidas que nos cuenta. Es como el laburo más complicado” (Entrevista individual 17. psicóloga, HD)

En esta línea, algunxs profesionales mencionan que, muchas veces, han observado un ‘empuje a la maternidad’ para las niñas, no solo por parte de la familia (como se menciona en el capítulo 6), sino también por parte de sus colegas. En este punto, un elemento destacado es que, en general, consideran que la sanción de la Ley IVE (2021) ha representado un antes y un después para la legitimación de su trabajo y para la consolidación de modalidades de abordaje interdisciplinarias.

“P2: porque te encontrabas con eso. Empuje a la maternidad

P1: empuje a la maternidad

P2: a la adultez desde la familia y desde la institución entonces bueno había que romper con eso que no era sencillo.

P1: y cuando había alguna idea de la interrupción en ese momento bueno saltaban todos los objetores de conciencia y eso hacía que se vaya postergando, vayan pasando las semanas y no se pueda consumir. Entonces hemos tenido casos así. (Entrevista grupal 10, psicólogas, HE).

“Psi: yo lo que más noto... no sé si tuvimos... sí tenemos a ver, la tranquilidad de que hay un aval legal institucional que antes éramos resto, nos han dicho de todo lo que te imagines y era todo muy cuesta arriba, era ir a hablar, ir a explicar, ir a... ahora hay algo de eso que está más aceitado (...) Y una cuestión para mí crucial que tiene esta ley es que plantea que en caso de que el servicio sea objetor tiene que tener la derivación y antes eso no. Decían que no y listo. Y ahora bueno, si vos decis que no tenes que resolver. Antes estábamos nosotras, eso implicaba

empezar a llamar y a.. pero bueno, esas cosas me parece que sí han sido cruciales” (Entrevista individual 16, psicóloga, HD).

Lo mencionado hasta aquí por los profesionales se alinea con otros estudios locales que advierten que la constitución de equipos que trabajan derechos sexuales y (no) reproductivos suele gestarse desde un accionar militante. Estos equipos se enlazan con redes de colegas y agrupaciones feministas fuera del sistema de salud para acompañar abortos seguros y efectivos, incluso en la clandestinidad (Anzorena, 2024; Tiseyra *et al.*, 2023; Zucconi, 2022). En este contexto, Anzorena (2024) agrega que estos dispositivos han sido históricamente estigmatizados dentro de los hospitales, especialmente desde el campo de la obstetricia. Por lo tanto, es común que lxs profesionales sufran aislamiento o malos tratos por parte de sus colegas (Anzorena, 2024).

En este sentido, Zuconni (2022) señala que la sanción de la Ley IVE (2021) tuvo un impacto positivo en la conformación de los servicios ya que permitió sumar profesionales, fortalecer estrategias de trabajo interinstitucional, visibilizar y legitimar el cúmulo de experiencias realizadas.

En unos de los hospitales (HE), lxs profesionales manifiestan que, fruto de estas disputas, han conseguido que en los servicios de obstetricia se permita el ingreso de unx adultx que acompañe el parto de las niñas. Es significativo mencionar que, mientras en los hospitales infantojuveniles es una condición que las niñas acudan con adultxs para la asistencia, en estas ocasiones solía estar terminantemente prohibido.

“P2: hicimos todo un trabajo institucional con obstetricia sobre todo porque eran tratadas de la misma manera una chiquita de 12 años que venía a parir que una mujer de 40. Bueno, eso fue todo un proceso que nos llevó bastante tiempo que se le empezara a dar como otro lugar a las niñas madres, al acompañamiento porque bueno ahora hay una ley, pero antes de esa ley había que tironear con los servicios

para que se permitiera la entrada de la familia a la sala de parto, a que se quedara durante todo el día acompañando la habitación. Eso no estaba antes y no estamos hablando de tantos años atrás. Que previo al parto se pudiera acompañar a las chicas a la sala de parto a ver de qué se trataba, cómo era el lugar, con quiénes se iba a encontrar ahí, cómo era el sillón donde iba a estar al momento de parir.

P1: todo eso

P2: fueron unos cuantos años

P1: unos cuantos. De trabajar ahí en la sala de parto” (Entrevista grupal 10, psicólogas, HE).

En otro de los hospitales (HD), lxs profesionales mencionan que han conseguido buenos resultados de trabajo, como la incorporación de ginecólogxs y de obstetras a su equipo de consejería, a partir de generar diálogos que prioricen la escucha de sus colegas y eviten la confrontación. También, mencionan que ha sido necesario que como equipo “acepten las imposibilidades”. Esto es, el hecho de que, como mencionamos al inicio, hay profesionales “piolas” con lxs que se puede trabajar y otros que no.

“Psi: yo siempre digo como para no caer en la impotencia que te deja con una sensación horrible y que realmente si estás en esa posición no podés trabajar entonces es aceptar las imposibilidades. Hicimos todo lo posible, hay un punto que ya... podemos seguir militando cada vez para que eso cambie, pero en este momento las cosas son así. Es aceptar eso (...) Jamás confrontamos (baja muchísimo la voz) aunque nos hayan dicho las barbaridades de las que te imagines jamás entramos en una cosa confrontativa o de exigir "que lo tenés que". No, siempre escuchando la parte de verdad que podía llegar a tener lo que... tratando de ubicar si había algo que angustiaba y ese modo violento era una estrategia defensiva, a veces soportando que era una cuestión violenta y bueno teníamos que respirar hondo y hacer con eso porque era parte del asunto. Eso lo logró tener reuniones con la gente, se nombraron como parte del equipo y le dio una oportunidad a entre gente más jóven que sí está dispuesta a hacer interrupciones

pero que los servicios son tan violentos que costaba decir que sí” (Entrevista individual 16, psicóloga, HD).

Consideramos importante destacar que, a pesar de las conquistas realizadas, lxs profesionales subrayan con gran insistencia una problemática que interpela y genera interrogantes y dilemas éticos: el trabajo con el consentimiento de las niñas al decidir si continuar o interrumpir un embarazo.

Según lo establecido por la normativa (Ley IVE, 2021), para las niñas y adolescentes menores de 15 años, un embarazo implica un riesgo aumentado para su salud física y mental. Por ello, la interrupción del embarazo se enmarca en la causal salud y tienen siempre derecho a la ILE. Siguiendo lo establecido por el Código Civil y Comercial de la Nación (2014), hasta los 13 años las niñas pueden acceder a las prácticas de ILE/IVE con la asistencia de unx adultx que ejerza formal o informalmente roles de cuidado. Estxs deben participar en la toma de decisiones y deben firmar también el consentimiento informado. A partir de lxs 13 hasta los 16, las niñas y adolescentes pueden acceder a la IVE/ILE sin necesidad de asistencia. Sólo en los casos en que por algún motivo particular la realización de la IVE/ILE implique un peligro grave para su salud o su vida, deben estar asistidxs por adultxs que ejerzan roles de cuidado o sean personas allegadxs. Es necesario resaltar que, al hablar de la asistencia de lxs adultxs, la normativa no se refiere a una sustitución de la voluntad, sino a un acompañamiento en la decisión de las niñas, en el marco de su adquisición de autonomía progresiva.

Lxs profesionales plantean distintos escenarios de dificultades entre los que podemos diferenciar, por un lado, niñas víctimas de la VS que manifiestan querer continuar con el embarazo y ser madres. Por otro lado, niñas que manifiestan querer interrumpir, pero cuya

intervención no suele hacerse debido a las “presiones” de las madres o referentes institucionales y a las demoras de intervención del Organismo Local de Niñez.

En el primer caso es posible diferenciar dos escenarios. Por un lado, lxs profesionales manifiestan que, en muchos casos, las niñas embarazadas que llegan tienen problemas psicopatológicos o una discapacidad intelectual grave, lo que plantea grandes dificultades. Al respecto, una profesional relata una experiencia en la cual una niña con estas características manifestaba querer continuar con el embarazo, aunque su madre no estaba de acuerdo. En este punto, la profesional expresa que estas situaciones son muy “impactantes y dificultosas”. Asimismo, considera que son situaciones que presentan un dilema ético basado en la necesidad de valorar la voz de esa niña, sin perder de vista las consecuencias de continuar un embarazo en estas circunstancias.

“Psi: para mí era como obvio que tenía que interrumpir, pero yo tenía una nena de 13 años que decía ‘yo no quiero’ y era el único punto en el que ella se afirmaba, se separaba del discurso materno, no quedaba pegada a los otros y me parecía muy violento decir bueno ‘sí, sí’. (...) hay un niño que sí, uno tiene que escuchar su palabra porque es lo que dice la ley y porque además éticamente es lo que corresponde, pero a veces es un niño que no llega a vislumbrar todas las consecuencias que su palabra va a tener y en ese caso los padres y los tutores también tienen su peso. En el caso este la piba tenía una psicosis que la dejaba siempre en una posición de objeto tremenda, un retraso que no le permitía... me decía ‘sí quiero ser mamá’, pero no podía armar nada. Yo le preguntaba qué te imaginas, qué piensas, qué... no hablaba entonces fue... en un momento la mamá me dice que ella escribe cartitas, yo le pido que me traiga cartitas entonces en las cartitas aparecían algunas cuestiones. En un momento, por ejemplo, pone que ella no sabe por qué quiere tenerlo, pero no le gustaría ver un bebé tirado en el piso, que es como ella imaginarizaba la cuestión del aborto. Bueno, trabajando con la escuela y demás me entero de que esta nenita iba a un comedor donde había una organización provida entonces seguramente esas ideas que ella tenía eran de esa

organización (...), fue todo un trabajo ahí conseguir un referente familiar que era un tío que para ella era como un padre, que habló con ella y que le dijo que las niñas no tenían que ser madres, que le explicó algunas cosas. Después de hablar con ese tío, del laburo que se hizo en la escuela esas dos semanas, ella logra decir que no. Bueno, después me mandaba cartitas con dibujos verdes” (Entrevista individual 16, psicóloga, HD).

Finalmente, tal como se observa en el *verbatim*, la profesional relata que la niña decide consentir la interrupción luego de un abordaje en el que se trabaja con ella, con la escuela y con la familia, lo que permitió vislumbrar qué significación tenía el embarazo para esa niña y que discursos estaban operando en la aparente decisión de continuar, destacando la organización de agrupaciones provida. Lxs profesionales manifiestan que este tipo de estrategias requiere de tiempo para trabajar, lo cual es la excepción más que la regla. Como señalamos en el capítulo 6.3, las niñas llegan a los servicios con embarazos avanzados o próximas a partir. En este sentido, mencionan, en segundo lugar, otro escenario problemático: niñas con embarazos producto de VS intrafamiliar que deciden continuar ya que tienen una mirada “idílica” del embarazo y manifiestan un “enamoramamiento” de sus agresores. Idilio que, luego, próximas a parir, empieza a desmoronarse:

“Psi: al principio y después sobre todo lo que está bueno y empieza a pasar... al principio sisisi. Siempre la pregunta es qué pasó, si estaba la opción de interrumpir el embarazo. Sobre todo, cuando son casos de abuso a esta cosa muy infantilizada, muy idílica de lo que es un embarazo y sobre todo cuando son con abusadores intrafamiliares que hay una cuestión hasta de enamoramamiento ¿no? entonces es la situación ideal como de voy a tener con... muy edípica ¿no? con el padre. Pero claro después al final del embarazo que empiezan las molestias, los dolores. (...) Entonces se empieza a registrar lo real del cuerpo y lo que implica un embarazo y es ahí donde empieza a abrirse un poco más, a angustiarse un poco más porque,

nada, se viene a pique esa fantasía que se habían hecho de lo que era tener un niño que después obviamente el puerperio también es complicado porque salen con sonda, que los puntos, que le tiran, las tetas, bueno, un horror” (Entrevista individual 17. psicóloga, HD).

En otras situaciones, lxs profesionales observan que el desafío es llegar a tiempo a realizar la interrupción del embarazo, lo que no siempre es logrado debido a las “presiones” de las madres para continuar y al “*delay*” del Organismo Local de Niñez para garantizar el acceso de la niña a las consultorías.

“Psi: en este caso la mamá, después de dos entrevistas, dice que finalmente decidieron que no va a interrumpir. Cuestión que la había hecho mirar a la nena videos de abortos clandestinos y obviamente la nena viene aterrada y asustadísima diciendo que no lo quería hacer. Bueno, todo un laburo para enmarcar que en el hospital es distinto y lo que yo finalmente, clínicamente, termino escuchando en la entrevista es que esa madre tenía un problema uterino, que no iba a poder tener más hijos y que un poco este hijo venía a ser... de hecho ella decía ‘si ella lo tiene yo lo voy a cuidar’ y había como un desliz en que ‘va a ser mi hijo’ y era como bueno, si la nena decide tenerlo va ser su... bueno, toda una cuestión ahí. Finalmente, la madre no la trae más así que rápidamente se da intervención a niñez para que... y con los tiempos que intervino Niñez esa nena terminó en maternidad teniendo su bebé” (Entrevista individual 18, psicóloga, HD).

“Psi: también requerimos del consentimiento de las madres que a veces... lejos de querer que interrumpan quieren que tengan ese embarazo o que como la otra mujer tienen algunas dificultades para cuidar a esas hijas que ha derivado en que terminen en esa situación y entonces es difícil instalar en tan poco tiempo, porque también esta práctica tiene algo del tiempo biológico que tenemos que tener en cuenta. No es que tenemos todo el tiempo para trabajar, hay un marco. Un límite. Y bueno, a veces se puede, como lo que te comentaba y a veces no. Más el delay que tienen para intervenir otros dispositivos que bueno, a veces están estallados y tienen delay (Entrevista individual 16, psicóloga, HD).

Esta problemática también es señalada por distintas investigaciones realizadas en el campo de las políticas públicas (Escobar *et al.*, 2019; Romero *et al.*, 2023). A pesar de lo establecido por los marcos normativos, la imposición de lxs adulxs y referentes institucionales allegadxs, sumada a las dificultades de respuesta intersectorial, termina por obstaculizar el trabajo con el consentimiento ante situaciones de ILE/IVE y con ello, obstaculiza procesos de autonomía progresiva de las niñas.

En lo desarrollado hasta aquí, consideramos que es posible apreciar la puesta en juego modalidades de abordaje que representan invenciones cotidianas de resistencia en tensión con prácticas patriarcales y adultocéntricas. Al igual que en el apartado anterior, lxs profesionales no explicitan la puesta en juego de una perspectiva de género y generación en sus prácticas, no obstante, aparece la caracterización de colegas y de formas de trabajo como “piolas”, en las que podemos rastrear las huellas de una perspectiva de abordaje en salud mental integral. Asimismo, consideramos importante jerarquizar los emergentes problemáticos actuales sobre el trabajo con el consentimiento en las infancias que continúa siendo una problemática que genera interrogantes, interpela y visibiliza los límites interinstitucionales en el acceso a un abordaje en salud que respete el derecho de las niñas, en particular, a interrumpir el embarazo y, en general, a decidir sobre cuidado de su cuerpo y su salud.

7.3. Comentarios finales del capítulo

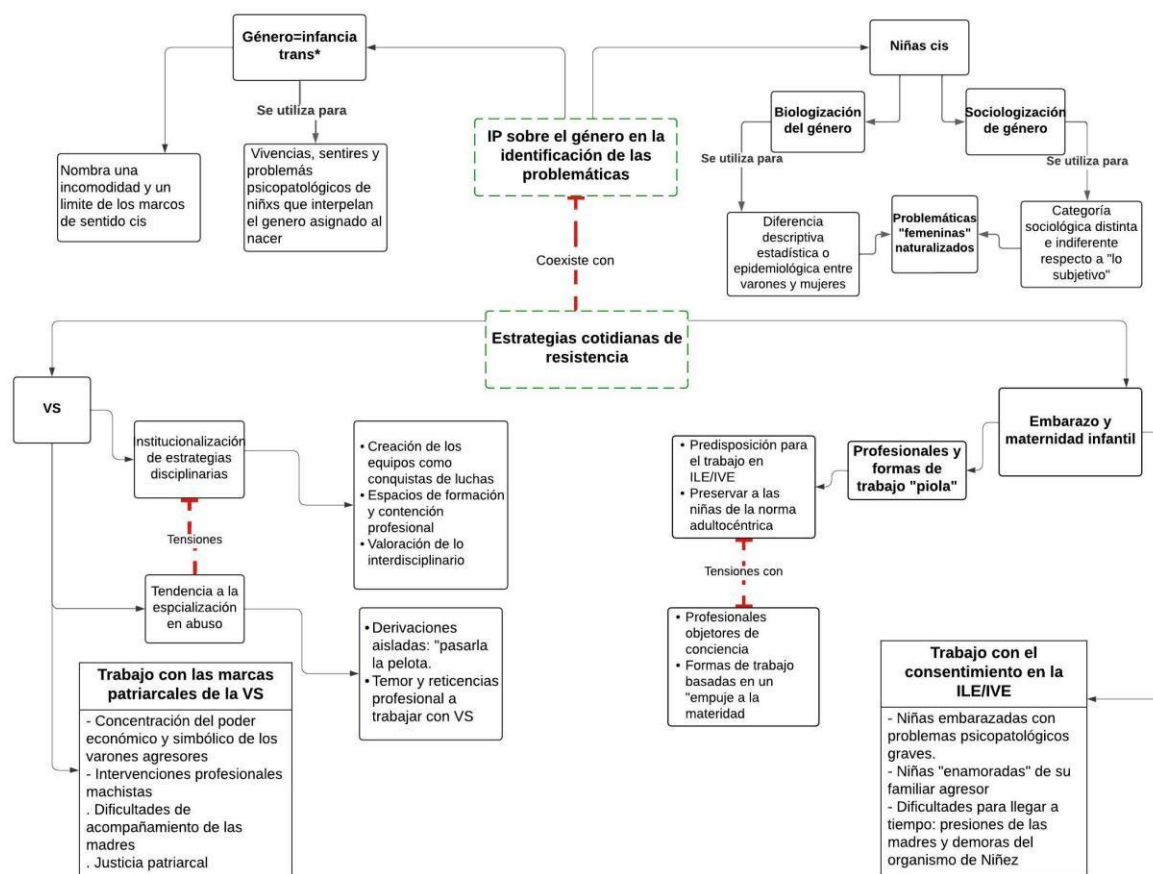
En el gráfico n°3 hemos realizado una integración y puesta en relación de los distintos apartados. El objetivo del capítulo ha sido elucidar la coexistencia de maneras de conceptualizar y accionar disidentes respecto al rol del género en la identificación de los problemas y el establecimiento de las modalidades de abordaje. Se observa que si bien muchxs profesionales no conceptualizan ni valoran las diferencias de poder de género

como un condicionante presente en la delimitación de las problemáticas de las niñas usuarias, en las vicisitudes de las prácticas de trabajo cotidiana “se tropiezan y enfrentan” constantemente con los efectos de la organización de poder patriarcal y adultocéntrica, cristalizadas en instituciones del Estado como la justicia, en las intervenciones de sus colegas, en la organización de las comunidades y en las conformaciones familiares.

En este punto, podemos advertir que el diseño de estrategias de salud mental interdisciplinarias para abordar la violencia sexual, el embarazo y la maternidad infantil enfrenta necesariamente a formas de sufrimiento psíquico en las niñas, producido por las condiciones arbitrarias de poder adultocéntrico y patriarcal. Tal como señalan lxs profesionales, estas situaciones exceden las competencias de un solo servicio, ya que requieren un abordaje integral e intersectorial basado en un paradigma que contemple los derechos de las niñas, tanto por su condición de infancia como de feminidad. En este sentido, podemos observar que la falta de una perspectiva de género y generación en las estrategias de salud mental y de protección de las niñas, de no abordarse adecuadamente, termina reproduciendo los ‘tropiezos’ y perpetuando prácticas que vulneran los derechos de las niñas.

Asimismo, en muchos casos, hemos identificado cómo la militancia de lxs profesionales ha producido conquistas de políticas públicas que permiten alojar estas problemáticas, aunque en constante disputa con las inercias institucionales adultocéntricas y patriarcales. En este punto, se observa que sostienen y trabajan en disputa de sentidos y accionares con colegas, con familiares de las niñas, con las comunidades y con otras instituciones como la justicia y el organismo local de niñez.

Gráfico 3. Imaginarios profesionales sobre género en la identificación de las problemáticas de las niñas usuarias y modalidades de abordaje.



Fuente de elaboración: propia

En el apartado 7.1 nos centramos en situar las operatorias de los imaginarios profesionales en las maneras de conceptualizar y valorar profesional acerca del género. Aquí advertimos, en primer lugar, que los imaginarios operan a partir de la homologación género=infancia trans*. Es decir, en general lxs profesionales utilizan la noción de género para mencionar padecimientos mentales de niñxs trans* y para referirse al trabajo con niñxs que manifiestan vivencias y sentires que interpelan el género asignado al nacer. Ahora bien, en segundo lugar, para el caso de las niñas cis observamos que lxs imaginarios profesionales operan biologizando y sociologizando el género a la hora de considerar las

problemáticas y malestares de las niñas. En el primer caso, a partir de considerar al género como un dato biológico que permite pensar la distribución y las tendencias epidemiológicas de problemáticas de salud mental entre niños y niñas. En el segundo caso, a partir de situar al género como un factor exterior que se incluye desde su exclusión, como algo que no compete al trabajo con la dimensión subjetiva en salud mental.

En esta línea, hemos incorporado discusiones entre estos resultados con autorxs provenientes del campo de los estudios queer, de la epidemiología de género y del campo del psicoanálisis y los estudios de género a los fines de dilucidar las matrices de sentido que organizan las conceptualizaciones profesionales acerca del género. En este punto, advertimos en primer lugar, que la idea de género emerge como una manera de nombrar las vivencias y el sufrimiento psíquico de aquellas infancias que conmueven las formas tradicionales de concebir las identidades de género heteronormativas y cissexistas. Asimismo, en la conceptualización del género a la hora de pensar las problemáticas de las niñas cis observamos la persistencia de la operatoria de la Episteme de Lo Mismo que esencializa y naturaliza los atributos históricos desiguales asociados a la feminidad.

En el apartado 7.2 nos centramos en situar la coexistencia de las conceptualizaciones y valoraciones mencionadas con la presencia de acciones profesionales instituyentes en el trabajo con la VS y el embarazo y maternidad infantil.

En primer lugar, en el subapartado 7.2.a desarrollamos las tensiones existentes en la institucionalización de modalidades de abordaje interdisciplinar de la VS. Advertimos, por un lado, que la conformación de dispositivos de atención interdisciplinar en esta problemática tiene en común ser espacios de conquista de lxs profesionales en la lucha por dar respuestas de salud integrales. Lxs profesionales que integran estos equipos o circuitos de atención valoran los espacios de formación en la temática (intra e

interhospitalaria), de encuentro y de contención de las afectaciones cotidianas en el trabajo con la VS contra niñxs. Asimismo, algunxs profesionales destacan el rol imprescindible de lxs trabajadores sociales y abogadxs en los equipos. Por último, se menciona y valora el cambio positivo que implica que lxs médicos pediatras tengan una perspectiva integral a la hora de trabajar en la atención de la salud para la detección de la VS en la infancia.

En este aspecto, es posible apreciar las repercusiones favorables de la institucionalización de una perspectiva integral en salud mental, en la que se priorizan estrategias que ponen el foco en el sufrimiento psíquico de las niñas, esbozando modalidades de abordaje que atienden a la intersección de saberes y formas de intervenir interdisciplinarios. También, consideramos relevante la identificación de los equipos interdisciplinarios como espacios de contención para trabajar las afectaciones que se producen en atención de la VS.

Ahora bien, tal como introdujimos en el desarrollo, lxs profesionales sitúan que estas iniciativas se encuentran en tensión con otras que definen a los equipos como “especialistas” a los cuales derivar esta demanda de manera aislada. Siguiendo a Calmels (2021) es posible situar que esta tendencia a la especialización excede el abordaje de una problemática particular ya que es uno de los grandes problemas actuales del sistema de salud, junto a la fragmentación y la segmentación. En este punto, observamos que la invisibilización de la complejidad de la VS producto de la operatoria de la especialización en la formación profesional y en las formas de organización de las especialidades son determinantes en la producción de los temores, los aislamientos, los enojos y los sentires de impotencia en el abordaje de la problemática.

Asimismo, lxs profesionales identifican ciertos emergentes problemáticos propios del abordaje de esta problemática en la que consideramos que es posible rastrear las huellas del poder patriarcal, aunque lxs profesionales no siempre lo consideren desde esa perspectiva. En principio, señalan como obstáculo los procesos de exclusión comunitaria y familiar a los que se encuentran sometidas las niñas luego de visibilizar que un varón, generalmente referente económico, es agresor de VS. En segundo lugar, mencionan obstáculos vinculados a la revictimización que realizan muchos colegas profesionales, basados en la culpabilización de las niñas del delito contra la integridad que sufrieron. Por último, sitúan como obstáculo la operatoria ineficiente y burocrática del sistema judicial.

El primer emergente permite poner en escena que la agresión de la VS no es un acontecimiento aislado, sino que está sostenida por el despliegue de impunidad socio institucionales que permiten el ejercicio de la crueldad hacia las infancias. Tal como sostiene Fernández (2021), la VS intrafamiliar es una modalidad extrema de crueldad perpetrada generalmente por varones posicionados socialmente como amos impunes que pueden tener el derecho a tomar el cuerpo de lxs niñxs para su satisfacción sexual genital adulta (Fernández, 2021). Como afirma Segato (2016), si bien la violencia se realiza por medios sexuales, la finalidad de esta no es del orden de lo sexual sino del abuso extremo de poder o de dominación, propia de los modelos de masculinidad hegemónicos.

En segundo lugar, la presencia de intervenciones revictimizantes y patriarcales por parte de los efectores de las instituciones (tanto en el ámbito de la salud como en el judicial) que deberían estar encargados de proteger, mediar y sancionar situaciones de vulneración de derechos nos enfrenta a pensar otra de las encerronas presentes en las situaciones de violencia sexual contra las niñas: la violencia institucional. Rozanski (2003) sostiene que,

a diferencia de otros delitos, el delito de contra la integridad sexual es al único que somete a la víctima a un doble estándar que consiste en tener que dar comprobación constantemente de inocencia ya que se sospecha de la veracidad de los dichos. Aquí es cuando podemos pensar también la operatoria del mito de Lolita que coloca a las niñas como las responsables de la violencia que ya que se las considera pequeñas seductoras que provocan a los varones.

Estas dificultades señaladas también se pueden dilucidar a la luz de los datos en materia de políticas públicas implementadas en el país. En efecto, si bien Argentina no cuenta con un sistema estadístico exhaustivo que refleje el alcance de la violencia sexual contra las infancias, distintos estudios (Ministerio Público Fiscal, 2019; Out of the Shadows Index, 2019) la sitúan entre los países latinoamericanos con peor desempeño en el compromiso por la implementación de políticas integrales para erradicar la VS en la infancia, lo que abarca servicios de apoyo y recuperación en salud y los procesos judiciales. Respecto al acceso a la justicia se estima que se denuncian sólo el 10 por ciento de los casos y de ellos se esclarecen solo el 1 o dos por ciento. O sea, de cada 1000 abusos, se denuncian 100 y se condena 1. Y este proceso tarda en promedio casi 7 años para que haya sentencia firme en los casos de abuso sexual, el doble que cualquier otro tipo de delito penal (OOTS, 2019)

Por último, en el subapartado 7.2.b nos abocamos a analizar las modalidades de abordaje en salud mental ante demandas de embarazo y maternidad infantil en niñas menores de 15 años en hospitales de adultxs. Aquí identificamos modalidades de abordaje que representan invenciones cotidianas de resistencia en tensión con prácticas patriarcales y adultocéntricas. Lxs profesionales entrevistadxs mencionan que su trabajo implica preservar a las niñas de la “norma arrasadora” que se reproduce en prácticas que sostienen

un “empuje a la maternidad”. Prácticas que en el capítulo 6.3 caracterizamos como formas de intervenir basadas en el mito niña embarazada=Mujer adulta=Madre. Ante esto, resulta llamativa la identificación y caracterización de colegas “piola” con los cuales se agrupan para generar procesos de atención que visibilicen y respeten la condición de infancia de estas niñas.

En este caso también observamos la insistencia de ciertos emergentes problemáticos, fundamentalmente, en lo que hace al trabajo con el consentimiento de las niñas para la implementación de prácticas de ILE/IVE. Estas situaciones conducen a interrogarnos sobre qué entendemos por consentimiento. Desde el pensamiento liberal, el consentimiento se define como la capacidad de ejercer libremente la propia voluntad. Por lo tanto, la capacidad de ‘consentimiento’ se basa en la idea de autonomía individual, que tiene como prerequisite el autodominio, es decir, presupone un ‘self’ libre de libre de coerciones o limitaciones, capaz de gobernarse racionalmente a sí mismo (Lowenkron, 2016).

Ahora bien, en contextos de asimetría del poder, donde se presentan relaciones de opresión y dominación, esta noción de consentimiento presenta limitaciones (Lowenkron, 2016). La capacidad de establecer consentimiento basado en una posición autónoma en las niñas depende no solo de una voluntad individual sino también del grupo social al que forma parte por su condición de clase, de edad y de género (Fernández, 2014). De manera que en situaciones en las que las niñas permanecen en vínculos claramente marcados por asimetrías de poder patriarcales y adultocéntricas es muy importante profundizar en qué coordenadas se produce la toma de decisiones sobre su cuerpo acorde al desarrollo de sus planes y proyectos de vida.

Lo anterior resulta significativo también para pensar lo referido por lxs profesionales respecto a las niñas que se encuentran “enamoradas” de sus padres o padrastros agresores y en un embarazo “idílico”. Desde los aportes de los estudios de género y el psicoanálisis, se vuelve necesario jerarquizar los efectos psíquicos de la VS intrafamiliar. En este punto, son relevantes los aportes de psicoanalistas que sitúan efectos de la VS vinculados a las dificultades que tienen las niñas de poder alejarse de sus agresores y a la puesta en juego de mecanismos psíquicos de aislamiento y renegación de la VS con la presencia de novelizaciones románticas (Dio Bleichmar, 1997; Fernández, 2019; Toporosi y Franco, 2023). Estas manifestaciones, con su complejidad inherente, deben ser consideradas como parte de las repercusiones de la VS en el psiquismo de las niñas, evitando lecturas simplistas que apunten a ver allí procesos de toma de decisión autónoma individual.

CAPÍTULO 8: ALCANCES Y DESAFÍOS PARA EL DERECHO A LA ATENCIÓN EN SALUD MENTAL DE LAS NIÑAS USUARIAS

En este capítulo nos dedicaremos a realizar un trabajo de integración de los capítulos de resultados precedentes junto con nuevos elementos a los fines de responder al cuarto objetivo específico de la tesis que se propone explorar obstáculos y/o facilitadores para el derecho a la atención en salud mental en niñas a partir de los imaginarios profesionales en los servicios de salud públicos de la ciudad de La Plata.

A los fines del capítulo retomamos la categoría de derecho a la atención en salud mental trabajada en los lineamientos teóricos (ver cap. 3). Ello implica, en principio, posicionarnos desde una concepción compleja e integral de la salud mental. La salud mental es un proceso cuyas condiciones de producción depende de intervenciones de profesionales del sistema de salud, pero también de la vigencia y garantía de los derechos humanos de la población (LNSM, 2010). En particular, el derecho a la atención en salud mental implica la implementación de modalidades de abordaje interdisciplinarios, interinstitucionales e intersectoriales basadas en el ejercicio de los derechos humanos desde un enfoque integral (LNSM, 2010; Stolkiner y Comes, 2012; Barcala, 2019; Kreis y Tajer, 2022). En el marco de la presente tesis, jerarquizamos también la necesidad de situar la perspectiva de géneros en la producción de estrategias en salud mental en la infancia y la pubertad.

Para ello, partimos de tres ejes temáticos a la luz de los cuales situamos facilitadores y obstáculos en el ejercicio del derecho a la atención. Cabe aclarar que cuando hablamos de facilitadores y obstáculos, la intención no es realizar una puntualización escindida entre elementos “malos” o “buenos” sino elucidar ciertos núcleos problemáticos presentes en la atención a partir de los cuales pueden situarse alcances y desafíos.

En el primer eje temático, analizamos los alcances y desafíos para el derecho a la atención de la salud mental de las niñas a partir de situar la constitución del tiempo en las instituciones hospitalarias y su vínculo con las condiciones de trabajo de lxs profesionales. En el segundo eje temático, situamos obstáculos y facilitadores vinculados al rol de los paradigmas de salud mental que operan en la organización de los imaginarios profesionales. Por último, en el tercer eje nos centramos en situar alcances y desafíos desde la perspectiva de género en salud mental.

8.1 Los tiempos de la atención y su vínculo con las condiciones de trabajo de lxs profesionales

La indagación de los imaginarios profesionales nos invita a centrar el análisis en las naturalizaciones e implícitos presentes en las maneras de pensar, de valorar y de trabajar en la atención de la salud mental; en la que se conjugan los sistemas de creencias y las certezas teóricas y técnicas de un oficio en un determinado momento histórico-social (Tajer, 2020). En este sentido, el primer eje temático a partir del cual advertimos la presencia de alcances y desafíos para el derecho a la atención de la salud mental de las niñas se centra en la constitución del tiempo en las instituciones hospitalarias y su vínculo con las condiciones de trabajo de lxs profesionales.

La dimensión temporal de las instituciones de salud es un tema relevante en algunos estudios. En general, los mismos destacan las experiencias de espera de lxs usuarixs y la burocratización o rutinización de la atención pública, estableciendo vínculos con las condiciones de vida de lxs usuarixs y el ejercicio asimétrico del poder en la relación médico-paciente. Frankenberg (1992) se refiere a la “cultura de la espera” de las demandas de atención en salud, destacando que la flexibilidad en el manejo del tiempo es proporcional al estatus y la autoridad de los distintos actores. En la misma línea García *et*

al. (2017) mencionan que la “carrera del paciente de hospital público” es una trayectoria impuesta por las lógicas burocráticas de la atención, que se caracteriza por esperas interminables y solicitudes de turnos, en un ciclo que se inicia y reinicia permanentemente. Por su parte, Auyero (2012) plantea que la experiencia de esperar en las instituciones estatales debe pensarse como un refuerzo de la subordinación de clase entre los "pobres urbanos". Estos individuos aprenden a convertirse en "pacientes del Estado" debido a la producción y reproducción de la incertidumbre y la arbitrariedad, condiciones que ya existen en su vida cotidiana.

Esta situación de espera de los usuarios también fue posible de apreciar. A modo de ejemplo, mencionamos que en una de las observaciones (Observación 2, HA) fue significativo advertir que, al detenernos a contemplar los equipamientos y los carteles del servicio de salud mental, se armaban espontáneamente filas de espera detrás nuestro.

Ahora bien, a los fines del trabajo nos interesa situar otras temporalidades -que llamamos “entre el correr y el demorarse”- vinculadas al ritmo en el cual se organizan y despliegan las narrativas y las acciones profesionales en las formas de habitar los hospitales. Desde los aportes de Castoriadis (2010), el tiempo social debe pensarse en términos de la diferencia entre el tiempo identitario y el tiempo imaginario. Castoriadis (2010) establece que cada sociedad posee un tiempo identitario, cuya base es el tiempo calendario. Este proporciona referencias y puntos de duración compartidos y públicos, es cuantificable y se define principalmente por su repetición, recurrencia y equivalencia (Ponce, 2016). A su vez, cada sociedad crea su propio tiempo imaginario, el cual rompe la uniformidad de los fenómenos periódicos, otorgando significado a la secuencia numérica del tiempo calendario (Castoriadis, 2010; Ponce, 2016). Los modos singulares en los que se encarna y significa el tiempo en las instituciones hospitalarias de salud tiene un rol importante en

las formas regulares y naturalizadas de habitarlas, sobre todo en los ritmos en los que se despliegan las representaciones, las afectaciones y las acciones.

Lxs profesionales se refieren a su trabajo como “la atención y el correr” (Entrevista individual 5, psicóloga, HA), el “estar a las corridas” (Entrevista grupal 6, trabajadorxs sociales, psiquiatra y psicóloga, HB), “la vorágine del laburo” (Entrevista individual 19, psicóloga, HE) o el “estar a mil” (Entrevista individual 15, psicólogo, HC). Esta insistencia vinculada a la aceleración la hemos podido observar no solo en lo que dicen sino en cómo dicen. Es decir, en las maneras en las que lxs profesionales se refieren a problemáticas de salud mental de las niñas usuarias y a las modalidades de abordaje. En efecto, como hemos indicado en el capítulo 5, en muchas oportunidades, lxs profesionales se limitan a nominar, enumerar y describir de manera veloz las problemáticas con las que trabajan, sin profundizar en consideraciones o valoraciones sobre su trabajo.

Esta aceleración no solo se observa en el plano de las narrativas, sino que también fue posible de apreciar en las formas que tienen de habitar las instituciones. En muchas oportunidades observamos una escena que se reitera en los diferentes hospitales: lxs profesionales recorren los pasillos de los hospitales a paso acelerado sosteniendo diálogos con la observadora, aunque con “interrupciones” constantes producto del encuentro con colegas, lxs cuales se muestran siempre dispuestxs a comentar o consultar brevemente sobre situaciones de trabajo. Por este motivo, para las entrevistas, algunxs profesionales buscaron espacios “tranquilos” aunque, en muchas situaciones, se produjeron las mismas interrupciones por la presencia de colegas o de usuarixs que ingresaban a los espacios. O bien, porque lxs profesionales (sobre todo lxs jefes de los dispositivos) mencionaron tener que responder llamadas o mensajes “urgentes” de sus teléfonos celulares.

Ahora bien, en otros casos, observamos la introducción de una temporalidad distinta a la del correr, que llamamos de demora. En efecto, a lo largo del desarrollo de los resultados hemos observado en reiteradas ocasiones que, en la implementación de las entrevistas, lxs profesionales se detienen a pensar ante las preguntas y reflexionan *in situ*. En las entrevistas individuales, algunxs plantean que el escucharse a sí mismxs les permite desnaturalizar y repensar las problemáticas con las que trabajan, como advertimos en el capítulo 5 y 6. En otros casos, lxs profesionales sostienen un periodo de silencio ante las preguntas o manifiestan que no tienen mucho para decir sobre los temas a indagar, pero luego, durante la implementación de estas, logran reflexionar sobre la propia práctica (aspecto que observamos en el capítulo 6). Asimismo, en las entrevistas grupales, hemos podido advertir momentos de encuentro en el que lxs profesionales manifiestan sus preocupaciones, disienten, acuerdan y reflexionan sobre las problemáticas con las que trabajaban y sobre las experiencias de atención (tal como se puede apreciar en el capítulo 6 y 7).

En este punto, también es relevante mencionar que, muchas veces, lxs profesionales encontraron en las entrevistas espacios en los que expresar el malestar y, en algunos casos, manifestaron la necesidad de que se dieran a conocer tanto las fortalezas como las dificultades con las que contaban para trabajar sobre las temáticas indagadas.

Ahora bien, en ciertas ocasiones notamos que, luego de estos encuentros, al volver al hospital, lxs profesionales no nos reconocieron y volvieron a preguntar quiénes éramos y qué trabajo estábamos realizando. Esto mismo sucedió en la coordinación para la implementación de las técnicas de investigación, en las que fue usual que lxs profesionales mostraran interés a la hora de realizar el primer contacto, pero luego, al

momento de la entrevista o de la visita, pidieran que se les volviera a recordar el objetivo del encuentro.

La constitución de los ritmos institucionales puede pensarse, por un lado, a la luz de lo que Lewcowicz (2006) denomina el paradigma de la fluidez. En estas maneras de habitar las instituciones, parece que la sucesión temporal ocurre a una velocidad desacompasada y dispersa en la que los eventos se suceden rápidamente, a menudo sin permitir una reflexión profunda o una conexión duradera. Es decir, un instante sustituye al anterior, de manera que en la fugaz presencia del segundo queda abolida la eficacia del primero, sin una inscripción que otorgue sentido al devenir temporal (Lewcowicz, 2006).

Por otro lado, observamos que esta temporalidad fluida se interrumpe cuando se generan las condiciones para introducir una demora frente a la prisa cotidiana. Aunque, en algunos casos, se trate de momentos aislados que, después de las entrevistas, parecen perderse en la vorágine de los ritmos acelerados. Los aportes psicoanalíticos en el ámbito de las instituciones públicas han destacado la necesidad de que el dispositivo clínico introduzca una pausa frente a la exigencia de respuestas rápidas y eficaces que caracteriza a la atención hospitalaria (Navarro Villanueva *et al.*, 2005; Sotelo & Fazio, 2019). En este caso, los desarrollos hacen énfasis en que el dispositivo analítico debe instaurar un tiempo de comprender que permita la emergencia de un sujeto del inconsciente, mediante el despliegue del relato (Sotelo y Fazio, 2019). Consideramos que estos aportes son significativos, para situar la emergencia de otras temporalidades y ritmos institucionales cuando lxs profesionales se detienen en las entrevistas, lo que posibilita la apertura de nuevos pensables sobre las problemáticas con las que trabajan y las maneras instituidas de atender a las mismas.

La constitución de las temporalidades basadas en el correr está estrechamente relacionada con las condiciones de posibilidad que instauran las dinámicas de trabajo, en particular, vinculadas a la precarización laboral y el sobretrabajo. En las entrevistas y conversaciones informales de las observaciones, es común que lxs profesionales se refieran a las limitaciones de los “recursos” para el diseño e implementación modalidades de abordaje en salud mental. Con ello, en general, se refieren a que, luego de la pandemia, hay una demanda masiva de consultas, que en muchos casos llegan de manera agravada o que son distintas a las que llegaban anteriormente (como señalamos en el capítulo 5 y 6 respecto a las autolesiones, la VS y los TCA); ante la cual faltan profesionales y dispositivos para el armado y consolidación de redes de atención en salud mental interdisciplinarias, interinstitucionales e intersectoriales.

En este sentido, advierten que hay una gran precarización laboral para aquellxs que se encuentran trabajando en la prevención y protección de la salud mental de las infancias, sobre todo en el primer nivel de atención en salud y en el sistema de promoción y protección de la niñez. A su vez, señalan que, en los hospitales, las dificultades a las que se acude son: el desgranamiento de los equipos por falta de sustitución de quienes se jubilan, la ausencia de concursos y nombramientos o la fluctuación de estos según los gobiernos y la escasez de profesionales medicxs que se especialicen y trabajen en psiquiatría infanto-juvenil.

Asimismo, lxs profesionales mencionan que los servicios de salud también se sobrecargan ya que los hospitales continúan siendo los mayores espacios de referencia tanto en el ámbito público como en el privado. En cuanto al ámbito privado, tal como señalamos en el capítulo 5, 6 y 7, se observa que los hospitales reciben demandas cuando “las papas queman”. Es decir, cuando lxs profesionales de consultorio o de clínicas privadas se

atemorizan o encuentran dificultades para continuar los tratamientos, como vimos en el caso de la atención de los TCA, la VS y los intentos de suicidio.

Por lo tanto, establecen que el “estar a mil” responde a la sobrecarga de trabajo que viven debido a que hay una asimetría muy grande entre el volumen de consultas por motivos de salud mental y la oferta de atención infantojuvenil. En esta línea, es posible establecer que estos ritmos de “vorágine” de la atención se vinculan también con las varias inscripciones laborales que suelen tener lxs profesionales que trabajan en los dispositivos. Al respecto, algunxs mencionan que, acorde a la organización de las políticas públicas, trabajan “un ratito en cada lado apagando incendios”.

Psig: o sea que es alguien que está nombrada en salud y va a colaborar con ustedes (se refiere al organismo local de niñez)

Psi: claro

Psig: ya empezamos (leve golpe de los brazos en la mesa)

Psi: bueno...

Psig: no, pero ¿por qué te digo? ‘vos que estás en tal hospital, andá 5 minutitos a tal lado a hacer tal cosa’, ‘vos andá 5 minutitos’.

Psi: pero vinieron

Psig: no se puede sostener eso a la larga porque perteneces a otro lugar, porque estás de planta nombrada en otro lado. Viste estos emparches. Es una discusión estúpida, pero es por eso. Es gente que pertenece a otro lugar, a otro ministerio, a otra situación que vienen a apagar el incendio un ratito y vuelven a su lugar de origen y no se sostiene porque cumplen funciones en otro lugar, hora y día. No es... eso no sirve para nada. Eso es lo que digo porque pasa todo el tiempo. Esas cosas a largo plazo no se sostienen, no funcionan. No podés estar con lo que implica salud y la atención, por ejemplo, en este hospital que no paramos que vayamos nosotros a dirección de niñez a un consultorio arriba a atender dos horitas (Entrevista grupal 8, psiquiatra y psicóloga, HB).

Este enfoque en las políticas públicas se conoce como la estrategia del bombero (D. Tajer, comunicación personal, 13 de agosto de 2024). Tal como mencionan lxs profesionales en el *verbatim*, implica el traslado de personal para responder a situaciones de crisis o emergencia, quienes, después de un tiempo, regresan a sus áreas habituales de trabajo. Esto dificulta la continuidad de las labores y la consolidación de estrategias interinstitucionales.

Además, algunos profesionales comentan, desde el humor, la indignación o la ironía, sobre las múltiples asignaciones de tareas que tienen dentro de los hospitales. Esto se debe a que, con frecuencia, son lxs mismos profesionales quienes deben asumir responsabilidades adicionales en respuesta a la creación de nuevas políticas públicas o a las demandas de otros servicios hospitalarios.:

“Psiqu: estar un poquito en cada lado, te cumple un ratito, ‘¿quieres que te la mire un ratito?’ ‘te la miro un ratito’. Es así. (...) ella está acá 5 minutos y ahora se va al Servicio de prevención entonces atiende medio paciente conmigo porque tiene que estar conmigo y atiende media capacitación del servicio de prevención y no hace ni una cosa ni la otra. Pero está nombrada para eso. Cuando ella podría haber sido nombrada para reforzar este sistema y dentro de este sistema todos como equipo interdisciplinario, psicólogos, psiquiatras, trabajador social tenemos funciones de prevención, de promoción, de asistencia. No. Hay que inventar un equipo que haga promoción, ¿dentro de un hospital que ya está armado y formado y que tiene equipos? es ridículo ¿entendes? (Entrevista grupal 8, psiquiatra y psicóloga, HB).

“Psi 1; pero acá funciona hace muy poquito se está como armando inclusive lo que sería el comité para trabajar el tema de IVE, ILE del cual también formo parte (...) ¿cómo se trabaja? En forma interdisciplinaria y oh casualidad somos las mismas las que estamos en el dispositivo de abuso (risas)

Psi 2: claro

Psi1: esa es la interdisciplina (risas). Es así” (Entrevista grupal 1, psicólogas, HA).

“Psi: va... yo siempre le digo a la gente de mi equipo que lo que tienen es ganas de trabajar (con tono irónico y cansado) (Entrevista individual 5, psicóloga, HA).

La necesidad de ampliación de la red de dispositivos de atención de la salud mental en la infancia es reconocida en el Plan Provincial de Salud Mental (2022/2027). Allí también se reconoce un marcado déficit en la cantidad de profesionales dedicadxs y/o formadxs en la atención de niñxs en la provincia. En efecto, es recién a partir del 2019 que se inician líneas de acción de políticas públicas en salud mental para esta población.

Al respecto, distintos estudios advierten que estas condiciones suelen conllevar malestar y padecimiento para lxs profesionales. Giménez *et al.*, (2018) y Menéndez *et al.* (2018) coinciden en que lxs profesionales de instituciones públicas de diversos países -entre los que se encuentra Argentina- suelen registrar mayores grados de agotamiento emocional y despersonalización²¹. Asimismo, Tajer (2021) establece que es necesario visibilizar que el cuidado constituye una dimensión fundamental del orden social, asignada generalmente a las mujeres, de manera que las mismas forman parte mayoritaria en el ejercicio de estas tareas en el ámbito de atención en salud. En este sentido, Lenta *et al.* (2020) afirman que la reconfiguración del tiempo y el espacio durante la pandemia de COVID-19 ha resultado en una sobrecarga y un mayor desgaste para las trabajadoras de

²¹ El agotamiento emocional y la despersonalización son dos dimensiones principales del burnout. El agotamiento emocional se refiere a la sensación de estar emocionalmente exhausto y sobrecargado debido a las demandas laborales, resultando en una disminución de energía y recursos emocionales. La despersonalización, por su parte, implica una actitud negativa y cínica hacia los receptores del servicio, donde los individuos comienzan a tratar a los demás de manera impersonal y deshumanizada (Giménez, *et al.*, 2018).

la salud, agudizados por su situación de género. Las condiciones laborales, frecuentemente inadecuadas y precarias, junto con la vulnerabilidad psicosocial de la población que utiliza el sistema público de salud, se agravaron durante la pandemia, lo que incrementó la carga de trabajo y el desgaste de los equipos de salud (Lenta *et al.*, 2021). Estos desarrollos son significativos ya que como podemos observar en la muestra de la investigación, la mayoría de lxs profesionales con lxs que se trabajan son mujeres cis.

En esta línea, lxs profesionales manifiestan sentir soledad, agotamiento y desesperanza ante las dificultades del sistema de salud y del sistema de promoción y protección integral de las infancias. Estas dificultades se presentan en la consolidación de estrategias de atención interinstitucionales e intersectoriales para abordar las problemáticas sociales complejas con las que trabajan.

“Psic: ese es el sistema, es muy complejo y los que hacemos asistencia que recibimos al paciente ahí sentado, que recibimos y necesitamos un montón de recursos y de redes que funcionen y todo lo demás estamos re contra solos porque no tenemos eso. Nadie nos acompaña y sostiene a los que acompañamos y sostenemos a ese tipo de problemáticas (Entrevista grupal 8, psiquiatra, HB)

“Psi: si, agotados estamos, por eso necesitamos vacaciones, estamos agotados ya (se ríe)” (Entrevista individual 15, psicólogo, HC)

“Psi: donde yo hice la residencia la mayoría eran psicólogos que hacía 20 años que estaban calentando la silla, que no te motivaban en lo más mínimo. En cambio, acá hay muchas ganas de hacer y de ofrecer un mejor servicio a la comunidad, no sé cómo llamarlo. Pero en general siempre es re angustiante o desesperante o te da impotencia o.... todos los sentimientos en general son feos, de angustia” (Entrevista individual 8, psicóloga, HA)

En resumen, en primer lugar, podemos situar como obstáculo fundamental para el derecho a la atención en salud mental de las niñas, las condiciones de trabajo de lxs profesionales del sistema de salud público vinculadas a la precarización y la sobrecarga de tarea. Estas condiciones -en parte- producen formas de habitar las instituciones basada en el correr y atender desde una lógica de la urgencia, ante la ausencia de profesionales y equipos necesarios para responder a las demandas actuales en salud mental en la infancia y adolescencia. Asimismo, este obstáculo se observa no solo al interior de los hospitales, sino que da cuenta de la falta de disponibilidad y de consolidación de redes interinstitucionales e intersectoriales para abordar de manera integral las problemáticas de salud mental que llegan a los servicios.

En esta línea, Ulloa (2011) advierte que se debe considerar un síntoma que las instituciones más pobres sean las que deban atender a los sectores empobrecidos. Bajo estas condiciones, lxs profesionales corren el riesgo de quedar presxs de un sufrimiento social mortecino que el autor llama cultura de mortificación. La cultura de mortificación se produce cuando se rigidizan e inmovilizan las maneras de pensar, de sentir y de trabajar, bajo el argumento de que es imposible el cambio de las condiciones de trabajo y de existencia de lxs usuarios con lxs que trabajan. Desde la perspectiva mortecina, lxs trabajadores experimentan que todo está hecho, que son hechura de la cultura, pero no sus hacedoras y hacedores.

De esta manera, podemos establecer que las dificultades de lxs profesionales para elaborar estrategias de atención que atiendan a la complejidad de las problemáticas actuales se vincula, en parte, a las coordenadas de producción de su trabajo actual basadas en la metodología de apagar incendios y de la sobretarea, lo que dificulta la posibilidad de

detenerse y encontrarse para favorecer la elucidación crítica del proceso de atención en salud mental.

En este sentido, hemos podido apreciar los alcances en pos del ejercicio del derecho a la salud en las niñas en el hecho de que no ha desaparecido la producción de pensamiento ni el suficiente valor para resistir. Al respecto, tal como mencionamos, cuando se crean las condiciones para introducir otras temporalidades, como en el caso de las entrevistas, lxs profesionales se detienen a pensar las problemáticas con las que trabajan, lo que permite la interrogación, el diálogo y la apertura de nuevos pensables sobre las problemáticas y malestares de las niñas con las que trabajan. Asimismo, observamos que las entrevistas operan como espacios de escucha de los malestares y dificultades con las que cuentan cotidianamente para afrontar el armado de redes interdisciplinarias, interinstitucionales e intersectoriales de la atención en salud mental.

A su vez, en el capítulo 7 situamos la invención cotidiana de resistencias profesionales que han conquistado espacios que permiten alojar problemáticas sociales complejas como la VS y el embarazo y maternidad infantil, sosteniendo disputas constantes con las inercias institucionales adultocéntricas y patriarcales.

8.2 Acerca de los paradigmas de salud que organizan los imaginarios profesionales

En el apartado anterior situamos alcances y desafíos para el derecho a la atención en salud mental de las niñas a partir de situar el rol de la constitución de los tiempos en la atención y su vínculo con las condiciones de trabajo de lxs profesionales. En este apartado nos

centramos en situar obstáculos y facilitadores en línea a los paradigmas²² que organizan imaginarios profesionales sobre la salud mental de las niñas púberes.

En efecto, el ejercicio del derecho a la atención en salud mental no requiere solo de cambios vinculados al ingreso y mejora de condiciones laborales de lxs trabajadores profesionales. También necesita un cambio del paradigma de atención en salud mental, acorde a lo establecido por la LNSM (2010). Esto implica procesos de trabajo dentro de los hospitales con repercusiones en la planificación estratégica del ingreso y ubicación de lxs trabajadorxs, en la adecuación edilicia, en la capacitación profesional y en el diseño y ejecución de estrategias de abordaje interdisciplinario intra e inter-servicios. Asimismo, implica la elaboración de redes de atención en salud mental entre los distintos niveles del sistema de salud y con otras instituciones a cargo de la promoción y protección de la salud mental de niñxs y adolescentes.

Tal como establecimos en el estado del arte, las dificultades actuales en la atención hospitalaria de lxs niñxs son una temática conceptualizada e indagada por distintxs autorxs referentes del campo de la salud mental argentino (Galende, 1990; Castel, 1997; Stolkiner y Ardila Gómez, 2012; Michalowicz, 2016; Barcala, 2019; Lenta y Zaldúa, 2020). Como hemos señalado a lo largo del desarrollo de la tesis, las demandas actuales por sufrimiento psíquico constituyen problemáticas sociales complejas que, en muchas

²² En línea a los desarrollos de Kuhn (1962), un paradigma es un conjunto de prácticas científicas aceptadas que define un campo de estudio e intervención durante un período de tiempo determinado. Este concepto incluye las creencias, valores, técnicas y modelos compartidos que determinan lo que es aceptado como conocimiento válido. Los paradigmas son fundamentales porque establecen las reglas y normas para las concepciones teóricas y las estrategias técnicas de las disciplinas.

oportunidades, son expresión de los procesos de exclusión y de vulneración de derechos humanos que sufren las niñas (Carballeda, 2007; Stolkiner, 2017; Fernández, 2008). Al respecto, distintos estudios señalan, desde hace décadas, que los servicios de salud mental infanto juveniles presentan dificultades para la elaboración de estrategias acorde al paradigma de salud mental ya que las demandas actuales interpelan las lecturas basadas en la clasificación de los cuadros psicopatológicos clásicos (Michaelewicz, 2022; Stolkiner, 2019; Barcala, 2019; Bianchi, 2019; Pawlowicz, *et al.* 2018).

En lo que hace a los aportes de esta tesis al estudio de las problemáticas de salud mental de las niñas usuarias de los servicios de hospitales públicos, a lo largo de los resultados hemos podido advertir que las matrices de sentido identificadas en la conceptualización de las problemáticas de salud mental de las niñas coinciden, en parte, con los desarrollos mencionados. Es decir, los imaginarios profesionales instituidos sobre la salud mental reproducen un deslizamiento de sentido que homologa salud mental a padecimiento mental, específicamente en lo que hace a la clasificación de los cuadros psicopatológicos (salud mental=psicopatología). Esta insistencia la hemos trabajado en los capítulos 5 respecto a las formas de pensar y valorar de lxs profesionales de servicios de salud mental respecto a las niñas usuarias. Observamos que, en muchas situaciones, ante la pregunta por las condiciones de vida de las niñas, rápidamente se produce un deslizamiento de sentido que lleva a nombrar problemáticas clínicas o psicopatológicas o bien situaciones denominadas “cuadros graves”.

La homologación de salud mental=psicopatología también la identificamos en la distribución y significación de los servicios de salud en los establecimientos hospitalarios. Los servicios indagados tienen una ubicación que los mantiene separados de otros, ya sea por estar en el subsuelo o por encontrarse diferenciado de pisos dedicados a la atención

del “niño sano”. Asimismo, en uno de los hospitales observamos que en la entrada del servicio de salud mental persiste la señalización de este como “servicio de psicopatología” (Observación 1, HA). La alusión a lo psicopatológico también la hemos advertido en conversaciones informales de las observaciones:

“Recepcionista: si usted dice que quiere ir a salud mental...” (mueca y se ríe). [ante la pregunta por la localización del servicio en el hospital] (Observación 3, recepcionista, HB).

"Psicólogo: esto es el subsuelo, para allá está la morgue y para allá salud mental. Anda analizando eh" (Observación 4, psicólogo, HD).

Al respecto, consideramos significativas las observaciones de un hospital (Observaciones 1 y 2, HA) en el que fue posible apreciar que la inauguración reciente de un pabellón para “pacientes complejos” permanecía bajo llave y abarrotada por sillas y escritorios. Al consultar por el motivo de este cierre, lxs profesionales situaron varios. En principio, algunxs manifestaron que esta medida implica ir en contra de las modalidades de abordaje establecidas por la LNSM ya que somete a lxs pacientes a un aislamiento manicomial. En esta línea, expresan que existe una tensión con colegas médicxs del hospital que presionan para que “los pacientes de salud mental” se internen de manera aislada respecto a otrxs pacientes.

“Psiqu: hay cierta espera-presión-deseo de todos los otros médicos para que se inaugure así lo locos se van a otro lado” (Entrevista 11, psiquiatra, HA).

Por otro lado, otrxs consideran que la sala podría utilizarse, pero no están dadas las condiciones ya que no cuenta con enfermerxs ni con las disposiciones edilicias necesarias para atender situaciones de internación por salud mental ya que son habitaciones con grandes ventanas mediante la cual lxs pacientes pueden escaparse o lastimarse. Ahora

bien, advierten que, en las internaciones en salas generales, cuentan con dificultades similares ya que lxs profesionales que se encuentran trabajando allí, entre ellxs enfermerxs, no suelen tener formación en salud mental y muchas veces no incluyen el cuidado de estos pacientes como parte de su trabajo. En este sentido, una profesional expresa:

“Psi: Hay algo con relación a las representaciones sociales del paciente en salud mental. Como que eso... no sé, lo chequearás también si se da en otros hospitales, pero parece como que se da de manera frecuente eso de que es el paciente en salud mental y por ahí en realidad es un paciente del hospital. Como que esa diferencia todavía, año 2021 se sigue dando, por ahí no en todos los casos, pero me parece que eso sucede” (Entrevista grupal 3, psicóloga. HB).

A su vez, volviendo al plano de las narrativas, en los capítulos 5 y 6 situamos que lxs profesionales se refieren a cuadros psicopatológicos pero que también nombran otros condicionantes que exceden la atribución de causas psíquicas o psicopatológicas como:

- Situaciones sociales: para hacer referencia a las condiciones de pobreza y marginalidad en las que se encuentran las niñas y sus familias y que, como situamos en el capítulo 5, son aquellas que “empañan” la clasificación del diagnóstico psicopatológico. Asimismo, dentro de esta caracterización se incluye realidades familiares caracterizadas por la dificultad de cuidado de lxs padres- principalmente las madres- sobre lxs niñxs. Desde la perspectiva profesional, lo “social” remite a la ausencia, a la desprotección, a la disfuncionalidad, a la promiscuidad sexual y a las conflictivas de las familias de sectores populares.
- Situaciones culturales: definen realidades de familias migrantes de sectores populares en las que las formas de violencia y de VS son más crueles y se

encuentran naturalizadas. Asimismo, tal como desarrollamos en el capítulo 6 respecto al embarazo infantil, las situaciones culturales emergen como un argumento que explicaría que el embarazo y la maternidad es una experiencia usual en la trayectoria de vida de niñas migrantes de ciertos sectores populares.

En este marco, las niñas usuarias son significadas como niñas vulnerables o en riesgo debido a que están expuestas al abandono y la desprotección familiar. Emerge así la significación profesional de la niña víctima de la VS. Lxs profesionales advierten que estas situaciones de vulnerabilidad las ponen en riesgo de sufrir VS, tanto dentro del ámbito familiar como en la calle. En estos últimos casos, observan que esta situación puede conducir a la prostitución o a un consecuente embarazo.

Al mismo tiempo, hemos observado que, en algunos casos, estos imaginarios sobre las niñas se deslizan para pasar a hacer énfasis en las condiciones disruptivas o peligrosas de esta población, en particular, respecto a las chicas de los hogares. Lxs profesionales se refieren a estas usuarias como vulnerables y en soledad, pero también riesgosas. Se tratan de niñas que no lo parecen por ser fatales e impulsivas o bien “un mundito aparte”.

Tal como mencionamos en el capítulo 5, aquí la idea de “lo social” y “lo cultural” se incluye desde su exclusión, como elemento diverso al campo de incumbencia y accionar profesional de la salud mental. Asimismo, es significado como obstáculo que “empaña” o agravan los cuadros psicopatológicos. O bien, para el caso de problemáticas como la VS o el embarazo y maternidad infantil, la situación cultural es considerada como un rasgo esencial de las culturas y, por lo tanto, imposible de problematizar.

La escisión psicopatológica/social-pobreza/cultura-migrante pobre, emerge, muchas veces, como tensión entre los servicios, en particular entre los servicios de salud mental

o pediatría y los servicios sociales. A estos últimos se les atribuye la tarea de “resolver o acomodar lo social” de las problemáticas, sobre todo cuando se tratan de internaciones.

“TS: nos pasa con situaciones que están pibes o pibas internados hace, no sé, una semana y me llega la interconsulta el viernes y te dicen el sábado se va de alta entonces con una intención de eso, que vos en horas puedas resolver una cuestión social que se le llama que es imposible de resolver ni en el transcurso de una internación diríamos. Que no se si la palabra es resolver tampoco. No, no es la palabra resolver” (Entrevista grupal 9, trabajadora social, HC).

“TS: la verdad es que acá no se trabaja interdisciplinariamente con trabajo social. O sea, para mí servicio social acá no existe, no es que si yo lo interno servicio social le va a resolver la vida, no. Y posiblemente al tercer día el chico quede acá solo porque la madre se va al carajo porque es lo que siempre pasa y después te queda un problema más que poder ofrecerle una solución al niño. De todos modos en la ley está expresamente dicho que no se interna por razones sociales, es como ir a la ley. Después uno (Entrevista individual 8, psicóloga, HA)”.

Asimismo, los efectos de esta escisión también se observan en la insistencia a la hora de nombrar el “riesgo social” como motivos de internación en salud mental. Tal como señalamos en el marco teórico, las internaciones por motivo de salud mental deben producirse ante situación de riesgo cierto e inminente para sí o para tercerxs y en ningún caso pueden ser indicadas o prolongadas para resolver problemáticas sociales o de vivienda (LNSM, 2010). Ahora bien, algunxs profesionales sostienen que para lxs niñxs y adolescentes este criterio muchas veces se mixtura con lecturas sobre la ausencia de condiciones materiales o de cuidados familiares.

“Psic: sí lo que pasa es que, a ver, es un tema medio controversial pero siempre un paciente que está en riesgo, vos ves el riesgo potencial más allá de que no es que se intentó suicidar, vos ves un riesgo social y se interna. Hay veces que vienen nenes en situación de calle, que los encontraron. Que lo trae la tía y por ahí estaba

con una sobreingesta o sea ese nene está en riesgo. Y ahí internas y le acomodas todo lo social. La ley de salud mental dice que (como citando) pero el paciente está en riesgo (Entrevista individual 13, psiquiatra, HB).

“Quizás no se trabaja tan apegado a a definición del criterio cierto e inminente estrictamente pegado al riesgo de vida, sino que hay otra cintura para hacer uso de ese criterio y bueno, por ejemplo, si no hay un ambiente continente donde se observa que ese niño o niña no va a poder estar, de acuerdo también al motivo de consulta, pero que hay algo de lo social que también pone en riesgo al niño, se realiza también internación. Muchas veces el motivo es riesgo social o falta de familia continente y en la internación se trabaja también eso y hasta que no hay algo de eso encauzado no se da el alta por ejemplo. Más allá de lo psicopatológico (Entrevista individual 1, psicóloga, HA).

En otros casos, lxs profesionales sostienen que la internación por motivos de “riesgo social” es una presión del mismo Organismo Local de Niñez. El motivo que se establece es que, cuando lxs niñxs se encuentran con medidas excepcionales de protección, no hay disponibilidad en los hogares. O bien, en muchos casos, ante situaciones mencionadas en el capítulo 5 respecto a las “chicas de los hogares”, son los mismos hogares los que expulsan a las niñas, aludiendo no tener herramientas para acompañar situaciones de salud mental.

“Psic: El paciente se interna... se hace internación, se hacen estudios, estaba en un hogar y muchas veces empiezan los servicios locales "en el hogar que estaba no hay lugar, tenes que esperar" "la madre no la quiere ver" " en otros hogar no tengo vacante", "no tengo vacante hasta..." entonces las internaciones son por situaciones sociales y ya no van por criterios de salud porque no hay vacante en el lugar donde tiene que volver, porque en el lugar no la quieren recibir, porque una vez que se internó la madre dice "yo ya no la quiero más" y recién ahí se tienen que buscar vacante en hogares lo cual es buscar la piedra filosofal. Ese es el riesgo social que nosotros tratamos de que no se interponga

“TS: A mí me pasó dos meses de tener una situación de una piba que venía de un hogar, 14 años porque bueno, obviamente se cortaba, tenía ideación suicida y ese es un criterio de internación obviamente, no es que se interna por internar. Ameritaba la internación. Justo una piba que vino de Misiones hacía dos meses estaba acá en Buenos Aires por una situación de trata de personas, o sea, re complejo. Viste cuando decís las tenía todas pobre piba. Y lo que pasó es que esa chica seguía internada, estuvo dos meses internada con criterio de alta, pero ningún hogar la quería recibir. Lo que pasó es que el hogar de donde vino derivada no la quería recibir porque era considerada una piba problemática para el resto porque esto, si había algo que le molestaba ella reaccionaba, si se ponía mal se cortaba, había un montón de cosas para trabajar con ella pero después lo que sucedió y que generó mucho malestar a nivel interinstitucional es que no la aceptaban en ningún lugar y era una piba que tenía, tiene... una piba con un excelente con un montón de recursos simbólicos, o sea, un montón de cuestiones para seguir trabajando con ella pero lo que pasaba era que no era ella el problema, los dispositivos, los hogares no estaban preparados para acompañar a esta piba por su situación particular, con su trayectoria de muchísima vulneración y bueno ahí es donde se generan estas disputas interinstitucionales (Entrevista individual 3, trabajadora social, HA).

Lo desarrollado hasta el momento nos permite situar dos grandes obstáculos para el derecho a la atención de la salud mental de las niñas: la persistencia de imaginarios profesionales anclados en el paradigma psicopatológico manicomial y en el paradigma tutelar.

Respecto al primero observamos que los imaginarios profesionales homologan salud mental=psicopatología. Siguiendo los desarrollos de Efron (2007), estas operatorias de sentido son propias de una concepción individualista y deshistorizante de la salud mental y la subjetividad. Ello implica, por un lado, que la definición de las problemáticas se realiza desde una posición que centraliza la patología mental de manera aislada respecto

al medio social en el que se producen. Por otro lado, implica un modelo clasificatorio de la subjetividad, lo que la invisibiliza como categoría humanizante, al quedar encasillada y compartimentada en las grandes categorías diagnósticas (Efron, 2007).

En este sentido, hemos observado que la caracterización de las niñas y su sufrimiento psíquico desde categorías psicopatológicas conlleva varias repercusiones. En primer lugar, aísla la noción de salud mental del campo de la salud integral, invisibilizando el papel de las condiciones histórico-sociales, económicas y de género en la producción de la salud mental y el sufrimiento psíquico. En segundo lugar, universaliza categorías diagnósticas propias de ciertos contextos histórico-sociales, lo que termina por conducir a una psicologización o psicopatologización del sufrimiento psíquico y de las producciones subjetivas en la infancia. En tercer lugar, la connotación y caracterización profesional de lo psicopatológico, aislado de las "situaciones sociales" o "situaciones culturales", sostiene la ilusión de que es posible hablar de categorías psicopatológicas "naturales" y repetir modalidades de abordaje unidisciplinares, basadas en el aislamiento y desconexión entre los servicios.

No obstante, si bien es posible apreciar la pregnancia de imaginarios basados en una concepción psicopatológica, también fue posible registrar la problematización profesional y el sostenimiento de disputas con colegas (medicxs y enfermerxs) y otras instituciones (como los hogares convivenciales) que presionan para que las internaciones por salud mental se sostengan como recurso de segregación y aislamiento manicomial.

Asimismo, el segundo obstáculo para el ejercicio del derecho a la atención en salud mental de las niñas radica en la persistencia de representaciones y prácticas ancladas en el paradigma tutelar del patronato. Este régimen fue un sistema legal y administrativo que prevaleció en nuestro país hasta finales del siglo XX, cuando fue deslegitimado

normativamente por la doctrina integral de derechos humanos de la infancia. El paradigma tutelar se centraba en el control de lxs niñxs, dividiendo el campo de la infancia entre aquellos niñxs amparadx por la familia nuclear y la escuela y los menores tutelados por el Estado debido a su condición de huérfanos y vulnerables. Lxs menores se definían por su situación de "abandono moral o material", lo que incluía situaciones diversas como encontrarse en situación de pobreza, la ausencia de filiación o la pertenencia a familias sospechadas de descuido (Costa y Gagliano, 2000). A diferencia de lxs niñxs, los imaginarios que circulaban en torno a lxs “menores” eran de alarma social, asociándose su situación con una potencial amenaza y peligro de delincuencia (García Méndez, 1991; Pérez, 2014).

Los efectos de la persistencia de este paradigma se observan, en primer lugar, en la definición polarizada entre niñas en riesgo/ niñas riesgosas. Estas distinciones han sido estudiadas por distintos autores provenientes del campo de las infancias, ya sea como infancia en peligro/infancia peligrosa (García Méndez, 2005; Volnovich, 2013; Pérez, 2014) o como infancia objeto de compasión o infancia amenaza (Bustelo, 2005). Lo que interesa a los fines de la tesis es señalar cómo estas significaciones continúan amparadas en nociones que ponen el eje la incapacidad de las familias y sobre todo de las madres para proteger a sus hijas sin una profundización en los desamparos institucionales y estatales que viven estas familias y en la producción de las situaciones de vulneración social en las que se encuentran. Desde los aportes de Efron (2007), estas lecturas sostienen una noción victimizante o desobjetivante de las niñas y una lógica de sospecha o punitivista del lado de las familias.

Esto mismo podemos apreciarlo respecto a las chicas de los hogares ya que, salvo en algunas ocasiones, lxs profesionales omiten las consideraciones que hacen a los efectos

de la institucionalización y de las dificultades de las instituciones en el cuidado de estas niñas. Ello sobre todo si tenemos en cuenta el efecto paradójico que se produce en los hogares ya que son instituciones a las cuales se accede como una medida de excepcionalidad en búsqueda de una estrategia de restitución de derechos que, luego en las prácticas, genera condiciones de institucionalización crónicas que terminan por profundizar las vulneraciones de los derechos de esta población.

Por último, los efectos de persistencia de este paradigma también pueden situarse en la construcción de la categoría de “riesgo social” para las internaciones por motivos de salud mental. Podemos situar aquí que, tanto los criterios profesionales como las presiones del Organismo Local de Niñez para internar o prolongar internaciones hospitalarias ante situaciones de falta de contención familiar o de condiciones socioeconómicas desfavorables, suponen modalidades de abordaje que vulneran derechos de las infancias. Esto se debe a que terminan por reproducir prácticas de institucionalización tutelar bajo el disfraz de la atención psiquiátrico-psicológica (Stokiner, 2012). Al respecto, Barcala (2015) sostiene que la utilización de este criterio de riesgo conlleva un aumento del padecimiento psíquico ya que la respuesta a la privación afectiva y económica se erige como castigo de una internación.

Junto a estos imaginarios profesionales también fue posible advertir la presencia otros que actúan como facilitadores para el derecho a la atención en salud mental ya que se posicionan desde el paradigma de la salud mental en un sentido integral. En primer lugar, en tanto se observan imaginarios profesionales que posibilitan la apertura de nuevos pensables ante las complejidades de las demandas actuales en salud mental infanto-juvenil. En algunas situaciones, las demandas actuales por sufrimiento psíquico de las niñas en los servicios motorizan lecturas que establecen la necesidad de pensar la

dimensión histórico-social de este malestar. A modo de ejemplo, en las situaciones de TCA o de autolesiones, observamos cómo lxs profesionales sostienen la necesidad de pensar, reunirse y discutir sobre los modos de una “presentación de la adolescencia actual”, que no necesariamente implica la presencia de psicopatología (aspecto que desarrollamos en el capítulo 6).

Por su parte, un hallazgo significativo ha sido la identificación de dispositivos de atención interdisciplinar de la VS y el embarazo y maternidad infantil, que tienen en común ser espacios de conquista militante de lxs profesionales en la lucha por dar respuestas situaciones de sufrimiento psíquico, producto de la vulneración social de los derechos de las niñas (tal como trabajamos en el capítulo 6 y 7). Aquí, a diferencia de lo mencionado anteriormente, lxs profesionales establecen estrategias de abordaje y capacitación entre servicios y hospitales. Asimismo, lxs profesionales destacan el rol de lxs trabajadores sociales en los equipos. En este punto, se observa que sostienen y trabajan en la disputa de sentidos tradicionales respecto al sufrimiento psíquico, apostando a los abordajes interdisciplinarios e interinstitucionales para ofrecer respuestas integrales que alojen a las niñas.

8.3 Perspectiva de género en salud mental: el punto ciego de los imaginarios profesionales

En el apartado anterior nos centramos en situar obstáculos y facilitadores para el derecho a la atención en salud mental de las niñas a partir de hacer énfasis en las tensiones y persistencias en torno al paradigma psicopatológico y al paradigma tutelar en la concepción de las niñas y su salud mental. En este apartado nos centramos en situar alcances y desafíos desde la perspectiva de género en salud mental.

Tal como establece Eva Giberti (2007), para analizar los derechos de las niñas es necesario incorporar un enfoque que visibilice sus necesidades y problemáticas singulares. Los criterios de salud mental para las niñas se han definido históricamente desde un parámetro masculino y adulto (Giberti, 2009; Fernández, 2014). Es decir, las características y problemáticas particulares que enfrentan suelen incluirse en la categoría de “niños”, sin tener en cuenta el género, o en la categoría sin edad de “mujeres”. Por ello, es necesario incorporar el enfoque de género a los fines de conocer el modo en que las desigualaciones entre los géneros, en intersección con otras diferencias fuentes de inequidad, determinan diferencialmente las problemáticas en salud mental y el proceso de atención (Tajer, 2012). Desde el campo de los derechos humanos, esto implica reconocer que la titularidad de derechos se acompaña necesariamente del respeto por la diferencia y la diversidad (Torres García, 2011).

En este sentido, un obstáculo fundamental que situamos para el ejercicio del derecho a la atención en salud mental de las niñas se vincula a la ausencia de la perspectiva de género en las maneras de pensar, valorar y desarrollar modalidades de abordaje en salud mental. A lo largo de la tesis hemos situado imaginarios profesionales sobre problemáticas que son consideradas “femeninas” o que se hablan en femenino de manera naturalizada. No obstante, salvo algunas excepciones, las diferencias desigualadas de poder de género no son contempladas como un condicionante que haga a la producción de los motivos de consulta ni a las estrategias de abordaje en salud mental.

Por el contrario, tal como desarrollamos en el capítulo 7, en muchas oportunidades, la noción de género emerge a partir de un deslizamiento de sentido que lleva a considerarlo únicamente para nombrar los malestares y el sufrimiento psíquico de las infancias trans*

o en situaciones en las que lxs niñxs manifiestan inquietudes sobre el género asignado al nacer.

Para el caso de las niñas cis, los imaginarios profesionales instituidos continúan operando a partir de la esencialización e invisibilización de las desigualaciones de poder de género. La invisibilización en este caso no opera en la homologación con el masculino, ya que, como vimos, lxs profesionales identifican las problemáticas como femeninas. No obstante, se manifiesta a partir de la abstracción del contexto histórico-social de la vida de las niñas, omitiendo las inscripciones de género en la producción del sufrimiento psíquico y en las singularidades que ello implica para elaborar estrategias de atención.

En este marco, las diferencias de género suelen ser significadas como diferencias psíquicas o psicopatológicas inherentes a la feminidad (tal como se puede apreciar en el capítulo 5 y 6). De este modo, en el capítulo 5 observamos que emergen así imaginarios profesionales que significan y valoran a las niñas que acuden por motivos de autolesiones o intentos de suicidio como “teatreras”, lo que se acompaña de cierta deslegitimación de las formas de expresión del malestar. A su vez, en el capítulo 6, la valoración de teatralización se pudo apreciar a raíz del relato de una experiencia de atención de una niña que estaba sufriendo un aborto. En este caso, se observó que lxs profesionales ponían en duda las manifestaciones de dolor aludiendo que la niña estaba fingiendo o haciendo “teatro”.

La psicologización y psicopatologización de las expresiones de las niñas también pudimos apreciarla para el caso de las chicas de los hogares. Los imaginarios profesionales las definen como niñas fatales y disruptivas o bien enloquecidas e impulsivas. Esta impulsividad también la advierten en el terreno sexual. Se trata de niñas con sexualidad “precoz”, es decir, que se inician sexualmente a edades tempranas, lo que

es leído como un salto evolutivo de etapa en función de los parámetros normativos. Estas representaciones pueden vincularse con el imaginario que define a las niñas de los sectores populares como “pequeñas lolitas”, excesivamente maduras y precoces.

Por su parte, el género también se significa como diferencia biológica (género=sexo). En el capítulo 7, abordamos cómo los profesionales describen diferencias epidemiológicas estableciendo la frecuencia y distribución de problemáticas entre niñas y niños (como autolesiones, TCA o VS) sin incorporar consideraciones sobre el análisis de las desigualdades asociadas a estas características. De esta manera, utilizan el femenino de manera naturalizada para referirse a las situaciones de VS o TCA, a partir de aludir distinciones en términos de "cantidad" o "prevalencia" de ciertos problemas de salud mental en la población infantil.

Por último, el género suele ser significado como una característica social que no es relevante para el trabajo en salud mental. Estas apreciaciones las hemos situado también en el capítulo 7, en las que se destaca la perspectiva de lxs psicolgxs. En muchos casos, estxs profesionales consideran al género como una generalidad sociológica que no tiene un papel en las consideraciones acerca de lo psíquico o lo psicopatológico.

En este punto, podemos situar que un obstáculo fundamental para el derecho a la atención en salud mental de las niñas es la invisibilización y esencialización de las relaciones desiguales de poder patriarcal en la lectura y el trabajo con las problemáticas. La operatoria de los imaginarios profesionales que homologa género=infancia trans* y al mismo tiempo biologiza, psicologiza, psicopatología o sociologiza el género para las niñas cis nos habla de los límites actuales en la transversalización de la perspectiva de género en salud mental. Por lo tanto, en términos de Castoriadis (2010), podemos

establecer que las relaciones de poder de género son un punto ciego de los imaginarios profesionales.

Tal como situamos en los lineamientos teóricos, el género no es exactamente un atributo que se tiene o se es. Es un dispositivo de poder a través del cual se produce la normalización de lo femenino y masculino, junto a otras formas identitarias que asume. En este punto, aislar la idea de género para referirse únicamente a lo que no puede ser pensado desde las matrices de sentido heterosexuales termina por continuar reproduciendo lógicas patriarcales a la hora de referirse a las identidades cis. Con esto, no estamos diciendo que no es significativo que lxs profesionales comienzan a interrogarse, capacitarse y generar estrategias de la atención de las infancias trans*. Por el contrario, podemos situar aquí un interés que nos habla de la conquista de derechos. Ahora bien, estos sentidos coexisten con otros que conceptualizan a las niñas y sus problemáticas como si se trataran de identidades pre-genéricas. Es decir, como si las conceptualizaciones acerca de la feminidad cis se basaran en representaciones esenciales y ahistóricas y no fueran también efecto de relaciones de poder desigual.

En tensión con esta omisión, en el capítulo 7 situamos que lxs profesionales se “tropiezan y enfrentan” constantemente con los efectos de poder del dispositivo de género. El diseño de estrategias de salud mental lxs enfrenta con formas de sufrimiento psíquico de las niñas producidas por las condiciones arbitrarias de poder patriarcal, cristalizadas en el funcionamiento de la justicia, en la organización de las comunidades y familias y en las intervenciones de colegas del sistema de salud. Situaciones que en muchos casos generan sentimientos de impotencia, soledad y un claro malestar entre lxs profesionales.

En este contexto, consideramos fundamental advertir que esta ceguera en la lectura de las relaciones de poder invisibiliza también el lugar que se ocupa como efectores claves para

el sostenimiento de los dispositivos de poder desigualador. El sostenimiento de lecturas que psicologizan y psicopatologizan el sufrimiento psíquico y la producción subjetiva de las niñas, simplifica la complejidad de la problemática y determina la reproducción de modalidades de trabajo unidisciplinarias o con lógicas aisladas entre los servicios.

El aislamiento de la noción de género como referencia única de la problemática de las infancias trans* también puede pensarse a la luz de uno de los problemas centrales del sistema de salud y las instituciones hospitalarias que es la fragmentación y especialización. De esta manera, observamos que el tratamiento de una problemática social compleja, bajo el tamiz institucional hospitalario, rápidamente es ubicada como si tuviera una nosografía propia y aislada, aunque no estemos hablando de una categoría psiquiátrica. Por lo tanto, a la vez que emerge una nueva problemática, emergen “especialistas” en ella, tal como identificamos también para la problemática de la VS. El resultado es que se omiten lecturas que consideren las problemáticas de manera integral, lo que genera la ilusión de que es posible aislar demandas que requieren de abordajes interdisciplinarios e intersectoriales.

A su vez, es posible situar otro obstáculo para el derecho a la atención en salud mental de las niñas, vinculado a la operatoria del adultocentrismo en intersección con las marcas del sistema patriarcal, a la hora de situar las formas profesionales de pensar, de valorar y de trabajar en la atención del VS y el embarazo y la maternidad infantil.

La indagación de los imaginarios profesionales sobre el embarazo infantil y la maternidad en niñas nos ha permitido situar un hallazgo fundamental. Hemos identificado que en los hospitales infantojuveniles el embarazo y la maternidad aparece como un impensable de la infancia, de manera que las demandas de niñas madres o que cursan embarazos suelen ser excluidas o recibidas, pero de manera velada. Asimismo, en los hospitales de adultxs

representan un inconveniente para lxs profesionales ya que es usual que las niñas sean tratadas como “miniadultas”, invisibilizando así la condición de niñez. De esta manera, un obstáculo fundamental para la atención de las niñas se sitúa en la presencia de modalidades de abordaje basadas en la exclusión en las instituciones hospitalarias infantojuveniles y en derivaciones a hospitales de adultxs, con los efectos que ello conlleva respecto al ingreso en una institución cuyas modalidades organizacionales y de trabajo habitual no contemplan el trabajo con niñxs.

Hemos advertido que estas estrategias de exclusión se vinculan a la operatoria del mito Niña embarazada=Mujer adulta=Madre (aspecto trabajado en el capítulo 6 y 7). Ahora bien, en el capítulo 7 hemos situado que, si bien las niñas embarazadas suelen ser definidas como adultas, paradójicamente, la idea de adultez-en muchos casos- no incluye el respeto por la decisión de las niñas a interrumpir un embarazo. Por el contrario, en estas situaciones es posible apreciar que lxs adultxs familiares o referentes institucionales pugnan por imponer la decisión sobre la de las niñas, lo que conlleva a vulnerar su derecho a decidir en el marco del proceso de autonomía progresiva.

Por último, respecto al ejercicio de la sexualidad y la VS hemos advertido la coexistencia de imaginarios profesionales instituidos e instituyentes que nos permiten pensar la coexistencia de facilitadores y obstáculos para la atención.

Observamos que lxs profesionales identifican que las niñas cuentan actualmente con herramientas para identificar, poner en palabras la VS e incluso establecer límites a las conductas abusivas de lxs adultxs. En este sentido, consideran que la ESI y la lucha de movimientos de mujeres y disidencias ha tenido un rol fundamental en la visibilización y ruptura de pacto de silencio que sostiene las impunidades históricas del abuso de poder de los varones adultos sobre el cuerpo de las mujeres.

También, identifican condiciones de mayor autonomía sexual en las niñas, especialmente en su capacidad para establecer vínculos donde la norma heterosexual deja de imponerse como patrón a seguir. Lxs profesionales advierten que, a diferencia de generaciones anteriores, las niñas y adolescentes actuales son activas en la búsqueda de experiencias de placer y de vínculos sexoafectivos que ya no se erigen en base al mito de pasividad erótica basado en la tutela masculina y el disciplinamiento heteronormativo.

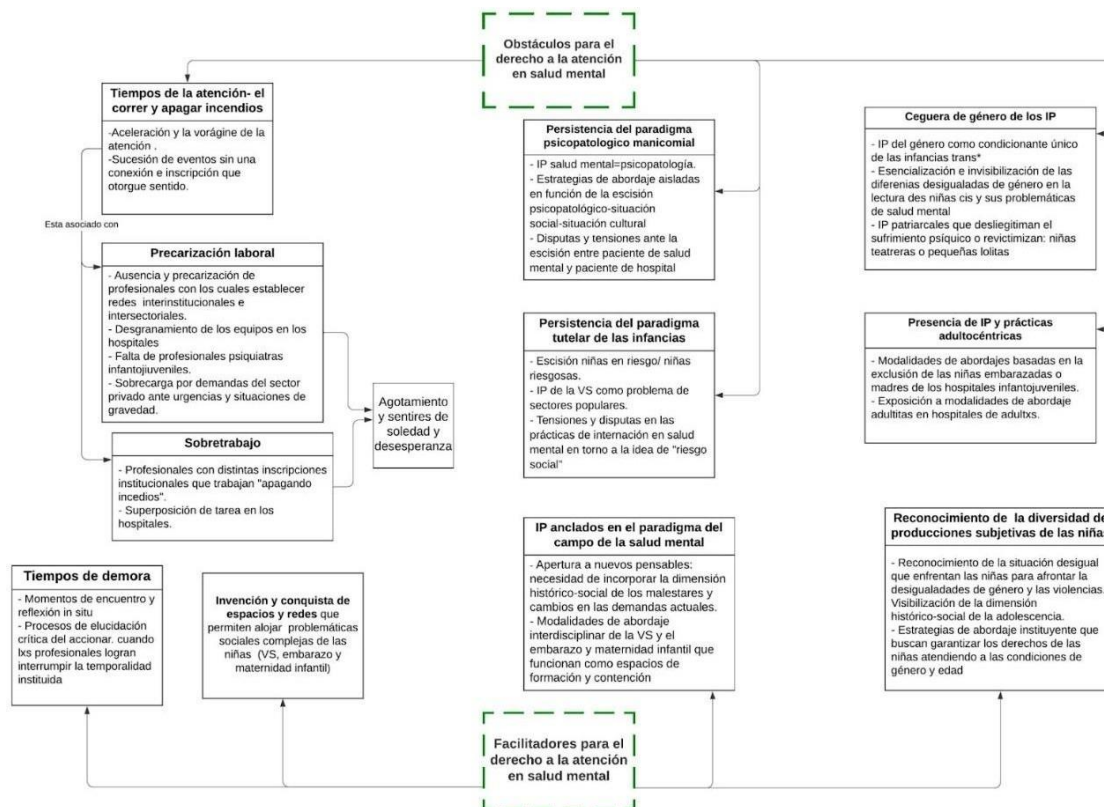
Al mismo tiempo, respecto a las situaciones de embarazo y maternidad infantil, algunxs profesionales advierten la situación desigual de las niñas en el territorio argentino ya que, si bien se observan procesos de conquista de autonomía de género en el establecimiento de las relaciones sexoafectivas de algunas niñas; por otro lado, observan que en otros sectores se acude a procesos de vulneración históricos en los que la iniciación sexual con un varón adulto representa aún en la actualidad un recurso frente al desamparo familiar y estatal. Un sostén que paradójicamente agudiza la situación de vulneración en la que las niñas se encuentran.

Ahora bien, junto a estos imaginarios instituyentes, otrxs profesionales refieren obstáculos vinculados a la persistencia de imaginarios profesionales que culpabilizan el embarazo en niñas e invisibilizan la posibilidad de considerar a los mismos como un producto de la VS. En este punto, advierten que cuando las niñas son más pequeñas, se desliza rápidamente el imaginario profesional que define al embarazo como el producto de un abuso sexual, lo que genera un claro malestar que produce impotencia y dificulta modalidades de intervención entre profesionales. Asimismo, a partir de los 13 años los imaginarios profesionales parecen sostener sentidos culpabilizadores que conciben al embarazo como la pérdida de la inocencia infantil y el costo que la niña/mujer debe aceptar por un supuesto ejercicio de la sexualidad consensuado.

Por su parte, en el plano de las prácticas podemos situar como facilitador para el derecho a la atención de las niñas la puesta en juego de estrategias interdisciplinarias para el trabajo con problemáticas sociales complejas como la VS y el embarazo y maternidad infantil. En muchos casos, estas modalidades de abordaje representan conquistas de los mismos equipos que han posibilitado alojar estas problemáticas desde un enfoque integral amparado en los derechos humanos.

8.4 Comentarios finales del capítulo

Gráfico 4. Síntesis de lo trabajado en el capítulo 8. Obstáculos y facilitadores para el acceso al derecho a la salud mental de las niñas usuarias



Fuente de elaboración: propia

A lo largo del capítulo hemos situado facilitadores y obstáculos para el derecho a la atención en salud mental de las niñas usuarias de los hospitales indagados. Respecto a los obstáculos, en el apartado 8.1 nos detuvimos en las temporalidades de la atención y su vínculo con las condiciones precarización laboral y sobretrabajo. Allí establecimos que la ausencia de condiciones laborales aptas determina ritmos de la atención basados en dar respuesta a la crisis, lo que obstaculiza procesos de reflexión y elucidación crítica sobre las modalidades de abordaje instituidas junto al establecimiento y consolidación de

equipos y redes interinstitucionales e intersectoriales. Esto genera situaciones de malestar y agotamiento, así como también sentimientos de soledad y desesperanza respecto al alcance limitado que pueden tener las intervenciones profesionales cuando no existen las condiciones materiales para que todas las niñas y niños que demandan atención puedan obtener una respuesta.

A su vez, apartado 8.2 situamos otro obstáculo que consiste en la persistencia de imaginarios profesionales que reproducen los paradigmas psicopatológicos y tutelares. Podemos apreciar entonces que junto a las dificultades basadas en las condiciones laborales continúan reproduciendo modalidades de abordaje que aíslan a la salud mental del campo de la salud integral y reproducen estrategias aisladas entre los servicios en las que la salud mental se sigue limitando al trabajo con lo psicopatológico. Asimismo, hemos podido situar que persisten prácticas tutelares que reproducen imaginarios polarizados sobre las niñas usuarias (en riesgo/riesgosas) y sobre las familias (VS como problemática de los sectores populares). También hemos situado la persistencia de prácticas de internación en salud mental que bajo el criterio de “riesgo social”, sostienen modalidades de institucionalización de las infancias.

Por último, en el apartado 8.3 situamos como obstáculo fundamental la ausencia de la perspectiva de género y de generación en los imaginarios profesionales. Al respecto, hemos llegado a la conclusión de que el género constituye un punto ciego de los imaginarios profesionales sobre las niñas cis ya que, salvo algunas excepciones, las maneras de significar el género lo reducen a algo propio de las infancias trans* mientras en las niñas cis se considera una diferencia psicológica o psicopatológica, a una diferencia biológica o a un elemento propio de “lo social” que no es significativo para el trabajo en salud mental. Asimismo, hemos advertido como un hallazgo de la tesis la presencia de

imaginarios profesionales adultocentristas que representan un obstáculo fundamental para el ejercicio del derecho a la atención en el caso de las niñas que cursan embarazos o son madres.

Estos imaginarios instituidos que representan obstáculos fundamentales para el ejercicio del derecho a la atención en salud mental coexisten con otros instituyentes cuando lxs profesionales logran introducir una demora a los ritmos instituidos de la atención y se encuentran y detienen a compartir y reflexionar sobre las prácticas cotidianas de la atención. En estos momentos, fue posible la apertura de nuevos pensables respecto a las coordenadas de producción de las problemáticas con las que trabajan y de las dificultades con las que se encuentran en el trabajo cotidiano.

En este sentido, en algunas oportunidades advierten que las formas de dar respuesta a las problemáticas actuales en las que el sufrimiento psíquico se imbrica con la vulneración de derechos presentan dificultades y demanda de encontrarse, trabajar y producir colectivamente sobre el trabajo actual en los hospitales. Asimismo, también hemos situado la presencia de facilitadores para el derecho a la atención cuando lxs profesionales conforman equipos interdisciplinarios que funcionan como espacios de capacitación y de contención ante las afectaciones que surgen en el proceso de atención.

9. CONCLUSIONES

En la presente tesis partimos de una pregunta inicial orientada a conocer los imaginarios profesionales sobre las niñas púberes usuarias y su salud mental en profesionales de servicios de salud públicos en la ciudad de La Plata desde un enfoque de género y derechos humanos. Para ello, nos propusimos identificar y analizar las problemáticas sociales que se presentan como motivos de consulta en salud mental en niñas desde la perspectiva de lxs profesionales. También exploramos las modalidades de abordaje de estas. A su vez, identificamos las representaciones y afectos vinculados al género en la atención de la salud mental en niñas. Por último, exploramos los obstáculos y facilitadores para el ejercicio del derecho a la atención en salud mental en los servicios de salud públicos de la ciudad de La Plata.

El trabajo de campo y las conclusiones de la presente tesis se vertebran, en primer lugar, sobre el supuesto de que los imaginarios profesionales permiten identificar obstáculos y/o facilitadores para el derecho a la atención en salud mental en niñas. Los imaginarios profesionales son elementos claves de los dispositivos de poder que, junto con los conocimientos científicos y teórico-experienciales, guían las maneras de pensar, de sentir y de hacer en el trabajo en salud mental.

Tal como hemos desarrollado, estos imaginarios pueden participar en la producción de representaciones, orientaciones de la acción y sentires que favorecen la reproducción desigual de las relaciones de poder instituidas y, con ello, sostienen formas de atención que generan barreras para el ejercicio del derecho a la atención en salud mental. Aunque

en su vertiente radical, los imaginarios profesionales también pueden insertarse en estrategias de resistencias de poder cuando se produce la elucidación crítica de los modos instituidos del hacer, pensar y sentir y cuando se motorizan invenciones cotidianas que operan en tensión con los imaginarios instituidos. Desde la perspectiva de la presente tesis esto implica la producción de modalidades de abordaje en salud mental basados en el ejercicio de los derechos humanos que incorpore la perspectiva de género (Kreis y Tajer, 2022).

En segundo lugar, el supuesto que guía el trabajo de tesis establece que lxs profesionales de la salud mental son efectores significativos del dispositivo de poder de género por tener un rol destacado en la nominación de las problemáticas que atañen a las niñas, en el establecimiento de los malestares subjetivos de las niñas, sus causas y en el esbozo modalidades de abordaje. Esto implica también la presencia de un rol clave para el acceso al derecho a la atención en salud mental para esta población.

En línea con el tercer supuesto, hemos advertido obstáculos para el derecho a la atención en salud mental en niñas debido a imaginarios profesionales que esencializan y naturalizan las desigualaciones de poder de género en la identificación de las problemáticas de las niñas. Ahora bien, identificamos que la esencialización no se produce a partir de la homologación con el masculino ya que las problemáticas trabajadas suelen identificarse como femeninas. Por el contrario, se manifiesta a partir de la abstracción del contexto histórico-social de la vida de las niñas, al omitir las inscripciones de género en la valoración de las condiciones de vida de las niñas usuarias y de su sufrimiento psíquico. En este marco, las diferencias de género suelen ser significadas como diferencias psíquicas o psicopatológicas inherentes a la feminidad; como diferencias biológicas atribuibles al sexo o como un atributo sociológico que no es

relevante para la identificación y trabajo con las problemáticas de salud mental de las niñas.

Respecto a las formas de concebir a las niñas, observamos la coexistencia de imaginarios profesionales que las definen a partir de polarizaciones como: niñas en riesgo/niñas riesgosas, niñas víctimas de la VS/pequeñas lolitas, niñas/niña embarazadas-mujer adulta-madres o a partir de valoraciones acerca de niñas que las caracterizan como niñas teatreras o niñas modelos. Aquí es necesario mencionar como hallazgo que en el análisis de estos imaginarios fue posible apreciar tanto las huellas del sistema patriarcal como también del sistema adultocéntrico y capitalista, lo que requirió de la incorporación de un enfoque interseccional en su lectura.

Los imaginarios profesionales sobre las niñas púberes usuarias las definen por su contradicción con las SIS centrales que definen a la niñez como una etapa de inocencia, pureza e ingenuidad. Así como también con las SIS centrales de género que históricamente han caracterizado a las niñas, en oposición a los niños varones, como pasivas, sumisas y obedientes. Observamos que las manifestaciones y formas de expresar el sufrimiento psíquico de las niñas usuarias, sobre todo en el ejercicio de la sexualidad y de la agresividad, rápidamente la inscriben como enloquecidas, impulsivas, precoces. o bien como adultas, lo que destituye su condición infantil de sujetas de derecho. Y con ello, la necesidad de que las instituciones del Estado y lxs adultxs continúen acompañando en la adquisición de la autonomía progresiva del ejercicio de los derechos.

Asimismo, también hemos confirmado obstáculos para el derecho a la atención a partir de la presencia de imaginarios profesionales que reducen la salud mental a una problemática psicopatológica. En el capítulo 8 nos referimos a esto como la homologación salud mental=psicopatología, propia del paradigma psicopatológico

manicomial. Al respecto, advertimos que esta insistencia, en primer lugar, aísla la noción de salud mental del campo de la salud integral invisibilizando el papel de las condiciones histórico-sociales, económicas y de género en la producción de la salud mental y el sufrimiento psíquico. En segundo lugar, universaliza categorías diagnósticas propias de ciertos contextos histórico-sociales, lo que termina por conducir a una psicologización o psicopatologización del sufrimiento psíquico y de las producciones subjetivas en la infancia. En tercer lugar, observamos que reproduce sentidos que escinden lo psicopatológico de lo social y lo cultural, lo que conduce al sostenimiento de modalidades de abordaje unidisciplinares basadas en el aislamiento y desconexión entre los servicios de salud mental y de servicio social.

Además, otro hallazgo a considerar es la persistencia de imaginarios profesionales anclados en el paradigma tutelar clasista, los cuales se enfocan en la incapacidad de las familias de sectores populares y, sobre todo de las madres, para proteger a sus hijas. Esta perspectiva no profundiza en los desamparos institucionales y estatales que viven estas familias y en la producción de las situaciones de vulneración social en las que se encuentran.

Por último, un hallazgo de la tesis a partir del cual podemos situar obstáculos para el derecho a la atención en salud mental en niñas es la constitución de los tiempos de la atención basados en el correr y su vínculo con las condiciones laborales de lxs profesionales. En el capítulo 8 hemos establecido que la precarización y sobretarea determinan ritmos de la atención que obstaculizan procesos de reflexión y elucidación crítica sobre las modalidades de abordaje instituidas. Esto genera situaciones de malestar y agotamiento, así como también sentires de soledad y desesperanza respecto al alcance limitado que pueden tener las intervenciones profesionales cuando no existen las

condiciones materiales para que todas las niñas y niñxs que demandan atención puedan obtener una respuesta.

En contraste con lo anterior, a partir del cuarto supuesto hemos observado la coexistencia de estos imaginarios profesionales instituidos con imaginarios profesionales instituyentes que constituyen facilitadores para el derecho a la atención en salud mental. Al respecto, hemos situado que si bien muchxs profesionales no conceptualizan ni valoran las diferencias de poder de género como un condicionante presente en la delimitación de las problemáticas de las niñas usuarias, en algunas situaciones, cuando logran detenerse a pensar las problemáticas con las que trabajan, se acude a la apertura de nuevos pensables que motorizan inquietudes sobre el rol del género como condicionante de las problemáticas de las niñas púberes.

A su vez, en el plano de las prácticas situamos como facilitador para el derecho a la atención de las niñas, la invención de estrategias cotidianas de resistencia en el trabajo con la VS y el embarazo y maternidad infantil, problemáticas sociales complejas que hemos definido como analizadoras de las desigualaciones de género. Al respecto, hemos identificado que lxs profesionales no solo “tropiezan”, sino que en muchos casos se enfrentan y sostienen disputas con las inercias institucionales adultocéntricas y patriarcales a partir de la institucionalización de equipos que alojan estas problemáticas favoreciendo una atención basada en el respeto por los derechos de las niñas.

Asimismo, también hemos identificado imaginarios profesionales instituyentes en lo que hace a la lectura de las problemáticas de salud mental, que se posicionan desde el paradigma de la salud mental integral. En este sentido, identificamos imaginarios profesionales que posibilitan la apertura de nuevos pensables sobre las demandas actuales por sufrimiento psíquico de las niñas a partir de las cuales sostienen la necesidad de

encontrarse y conceptualizar acerca de los cambios de las producciones subjetivas de la niñez y la adolescencia en la actualidad, más allá de las distinciones psicopatológicas.

Por último, identificamos que, en tensión con las modalidades de abordaje unidisciplinarias y aisladas de algunos servicios, también fue posible hallar estrategias de atención interdisciplinarias. Lxs profesionales que integran estos equipos manifiestan encontrar en el trabajo interdisciplinario un espacio de formación y de contención de las afectaciones cotidianas en el trabajo de atención. En esta línea, destacan el rol imprescindible de lxs trabajadores sociales y de lxs abogadxs en los equipos. En este punto, se observa que sostienen y trabajan en la disputa de sentidos tradicionales respecto al sufrimiento psíquico, apostando a los abordajes interdisciplinarios e interinstitucionales para ofrecer respuestas integrales que alojen a las niñas.

En torno a las limitaciones del estudio, destacamos en primer lugar, las restricciones halladas para realizar y ampliar el número de observaciones participantes. De esta manera, la obtención de información sobre el ambiente natural de lxs profesionales, a partir de la participación en reuniones de equipo o momentos de trabajo cotidiano, ha sido restringida. Asimismo, si bien se realizó un número considerable de entrevistas grupales, se esperaba realizar mayor cantidad a los fines de priorizar la elucidación de imaginarios profesionales a partir de generar espacios de encuentro e interacción entre colegas. No obstante, en muchos casos no fue posible llevarlas a cabo debido a que lxs profesionales manifestaron dificultades para hallar un momento propicio de encuentro debido a la gran demanda de atención o a las dificultades de coordinación entre colegas de distintas disciplinas.

En este sentido, se pueden establecer futuras líneas de trabajo sobre la temática de investigación que incorporen la perspectiva de lxs profesionales del primer nivel de

atención o del Organismo de Niñez a los fines de profundizar en los sentidos de lxs distintxs integrantes del proceso de atención de la salud mental de las niñas usuarias del sistema público. También consideramos que podría ser significativo incorporar la perspectiva de profesionales de instituciones de salud privadas a los fines de conocer las problemáticas y modalidades de abordaje profesionales con niñas de otros sectores socioeconómicos. Por último, consideramos que sería relevante continuar en la indagación de estas problemáticas incorporando también la perspectiva de lxs usuarixs a partir del estudio de las organizaciones y fundaciones existentes, que se suelen encontrar en constante contacto con las instituciones de salud.

Por último, consideramos que esta investigación constituye un aporte al campo de la psicología, la salud pública y los estudios de género en cuanto permite aprehender de manera compleja el estado de situación de las problemáticas de las niñas usuarias que acuden al sistema de salud, junto con los obstáculos y facilitadores para el derecho a la atención de salud mental. Por ello, esperamos que los hallazgos de esta investigación sean un insumo que contribuya al logro de la igualdad en el acceso de la salud mental para esta población, contemplando atravesamientos de género, edad y clase social.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Agostino, H., Burstein, B., Moubayed, D., Taddeo, D., Grady, R., Vyver, E., Dimitropoulos, G., Dominic, A., & Coelho, J. S. (2021). Trends in the Incidence of New-Onset Anorexia Nervosa and Atypical Anorexia Nervosa Among Youth During the COVID-19 Pandemic in Canada. *JAMA Network Open*, 4(12), e2137395. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2021.37395>

Algaze, D., & Ceña, G. (2014). *Entre impulso y compulsión: Un abordaje posible para ciertas patologías actuales*. VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXI Jornadas de Investigación Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. <https://www.aacademica.org/000-035/570>

Amarante, P. (2009). Salud Mental, Territorios y Fronteras. En *Superar el manicomio* (pp. 17-21). Topía.

Anzaldúa Arce, R. E., & Ramirez Grajeda, B. (2018). Reflexiones sobre la investigación de lo imaginario. En L. Pérez Alvarez & G. A. E. Gutierrez, *Imaginario sociales y representaciones sociales. Teorías sobre el saber cotidiano* (pp. 12-34). Praxis Digital.

Anzorena, C. C. (2024). El derecho al aborto legal, seguro y gratuito en Argentina: Obstáculos y desafíos de la política en acto a 18 meses de su implementación (2021-2022). *Salud Colectiva*, 19, e4613. <https://doi.org/10.18294/sc.2023.4613>

Aprile, M., Barcos, A., Barros, S., Carlis, M. F., Cuadro, S., & Di Vito, A. (2020). *Cuando el tapabocas no protege: Pandemia y abuso sexual en las infancias*. <http://ri.unlu.edu.ar/xmlui/handle/rediunlu/746>

Ardila-Gómez, S., Rosales, M. L., Fernández, M. A., Velzi Díaz, A., Matkovich, A., & Agrest, M. (2021). Impacto de la pandemia por COVID-19 en los servicios de salud mental en Argentina. *Rev. argent. salud publica*, 1-9.

Ariés, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Tauros.

Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5ta edición). APA. <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>

Attwood, F. (2006). Sexed up: Theorizing the sexualization of culture. *Sexualities*, 9(1), Article 1. <https://doi.org/10.1177/1363460706053336>

Ausburger, A. C. (2002). De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: El sufrimiento psíquico como categoría clave. *Cuad. méd. soc. (Ros.)*, 61-75.

Auyero, J. (2012). *Patients of the State: The Politics of Waiting in Argentina*. Duke University Press. <https://doi.org/10.2307/j.ctv121038b>

Barcala, A. (2019). Discursos en salud mental: Construcción de subjetividades en la niñez en la ciudad de Buenos Aires. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 23, e180464. <https://doi.org/10.1590/interface.180464>

Barcala, A., & Faraone, S. (2023). Mental health reforms in Buenos Aires, Argentina. *The Lancet Psychiatry*, 10(8), Article 8. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(23\)00114-1](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(23)00114-1)

Barcala, A., Poverene, L., Torricelli, F., Parra, M. A., Wilner, A., Micele, C., Corrales, C., Moreno, E., D'Angelo, M., Heredia, M., Sánchez, N., Vila, P., Barcala, A., Poverene, L., Torricelli, F., Parra, M. A., Wilner, A., Micele, C., Corrales, C., ... Vila, P. (2022). Infancias y adolescencias: Vivencias durante la pandemia por covid-19 en Argentina.

Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, 20(2), 197-221.
<https://doi.org/10.11600/rlcsnj.20.2.5416>

Bari, M. C. (2002). La cuestión étnica: Aproximación a los conceptos de grupo étnico, identidad étnica, etnicidad y relaciones interétnicas. *Cuadernos de antropología social*, 16, 149-163.

Barrio, A. L., Obando, D., Ardila-Gómez, S., Wright, R., Marin, L., Pisonero, J., D'Agostino, A., Bolzán, A. G., Pesci, S., & Varela, T. (2023). Mortalidad por suicidio en la provincia de Buenos Aires: Epidemiología y contexto pandémico por COVID-19 en perspectiva histórica 2009-2020. *Revista Argentina de Salud Pública*, 15, e103-e103.

Belló, M., & Becerril-Montekio, V. M. (2011). Sistema de salud de Argentina. *Salud Pública de México*, 53(2), 96-108.

Bianchi, E. (2015). Infancia, medicalización y manuales de diagnóstico psiquiátrico. Figuras de la anormalidad en el siglo XXI. En S. Faraone, E. Bianchi, & S. Giraldez, *Determinantes de la Salud Mental en Ciencias Sociales. Actores, conceptualizaciones, políticas y prácticas en el marco de la Ley 26.657* (pp. 41-53 (total 170)). UBA Sociales.

Bianchi, E. (2019). ¿De qué hablamos cuando hablamos de medicalización? Sobre adjetivaciones, reduccionismos y falacias del concepto en ciencias sociales. *Revista Latinoamericana de Metodología de las Ciencias Sociales*, 9(1).
<https://doi.org/10.24215/18537863e052>

Binstock, G., & Pantelides, E. (2005). *La fecundidad adolescente hoy: Diagnóstico sociodemográfico* (pp. 77-112). <https://doi.org/10.13140/2.1.1443.0087>

Blanco, J. M. (2015). Adolescencia y acting-out: El intento de suicidio. *IV Congreso Internacional de Investigación de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata*.

Blazquez Graf, N. (2012). *Epistemología feminista: Temas centrales*. Centro de Investigaciones Interdisciplinarias en Ciencias y Humanidades, UNAM. https://ru.ceiich.unam.mx/bitstream/123456789/3151/1/Investigacion_Feminista_Cap1_Epistemologia_feminista.pdf

Bleichmar, S. (1998). La identidad sexual: Entre la sexualidad, el sexo, el género. *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, 25.

Bonanno, D. E., Ochoa, L. J., Orzuza, N. J., Fernández, M., Morra, A. P., Valdez, J. C., Badano, F. M., Ferrando, F., Bernasconi, S. V., Turriani, M., Simonini, C., Duarte, P., & Ardila-Gómez, S. (2022). Consultas por intentos de suicidio durante el primer año de pandemia por COVID-19: Estudio en cuatro provincias de Argentina. *Revista Argentina de Salud Pública*, 14, e50-e50.

Borthiry, D., & Luzzi, A. M. (2021). Las niñas y los motivos de consulta en un servicio de salud mental infantil. *Anuario de Investigaciones en Psicología*, XXVIII, 17-25.

Botinelli, M., Nabergoi, M., Atrio, J. L., & Salgado, P. (2014). *Metodología orientada a la investigación científica*. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/103100>

Bourdieu, P. (2002). *Campo del poder y campo intelectual*. Editorial Montessor.

Braunstein, N. (2015). *Clasificar en Psiquiatría*. Siglo Veintiuno Editores.

Bravetti, G., Del Giorgio, A., & León, M. F. (2019). Pubertad, pulsión y discurso. En *Momentos del devenir* (pp. 51-61). Edulp.

Breilh, J. (2008). *El género entre fuegos: Inequidad y esperanza*. Ediciones CEAS.
https://digitalrepository.unm.edu/lasm_es/339

Buitrago Ramírez, F., Ciurana Misol, R., Fernández Alonso, M. del C., & Tizón García, J. L. (2021). Repercusiones de la pandemia de la COVID-19 en la salud mental de la población general. Reflexiones y propuestas. *Atención Primaria*, 53(7), Article 7.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102143>

Burin, M. (1990). Delimitación del campo de la salud mental de las mujeres. En *El malestar de las mujeres. La tranquilidad recetada* (pp. 14-72). Paidós.

Burin, M. (2012). *Género y salud mental: Construcción de la subjetividad femenina y masculina*. 1-12.

Bustelo, E. (2007). Biopolítica de la infancia. En *El recreo de la infancia* (pp. 21-56). Siglo Veintiuno.

Butler, J. (2007). *El género en disputa*. Paidós. <https://www.planetadelibros.com.ar/libro-el-genero-en-disputa/273912>

Butler, J. (2018). El reglamento de género. En *Deshacer el género* (pp. 46-100). Paidós.

Calmels, J. (Director). (2021, diciembre 2). *Mesa de Apertura | Jornada Provincial 2021 Hacia la transformación del Modelo de At. En Salud Mental* [Video recording].
https://www.youtube.com/watch?v=K6oLeF3_xSY

Campagnoli, M. A. (2008). La mujer barbuda: Una mirada epistemosexual. *VII Jornadas de Investigación en Filosofía*.
https://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.443/ev.443.pdf

Capriati, A., Wald, G., & Camarotti, A. C. (2020). Vulnerabilidad ante el abuso sexual. Aportes desde un modelo integral y comunitario de prevención. *Cuestiones de sociología*, 21.

<https://www.cuestionessociologia.fahce.unlp.edu.ar/article/download/CSe089/12111?inline=1>

Carballeda, A. J. (2008). Problemáticas sociales complejas y políticas públicas. *CS*, 1, 261-272. <https://doi.org/10.18046/recs.i1.409>

Castel, R. (1991). Los desafiados: La precariedad del trabajo y la vulnerabilidad relacional. *Topía*, 1(3).

Castel, R. (2006). *El psicoanálisis. El orden psicoanalítico y el poder*. Nueva Visión.

Castoriadis, C. (1997). *El evanescer de la insignificancia*. Eudeba.

Castoriadis, C. (2001). *Figuras de lo Pensable (Las encrucijadas del laberinto IV)*. Fondo de Cultura Económica.

Castoriadis, C. (2005). *Los dominios del hombre. Las encrucijadas del laberinto*. Gedisa Editorial.

Castoriadis, C. (2010). *La institución imaginaria de la sociedad (Ensayo Tusquets)*.

Catoggio, M. S., Barán, T., & Irrazábal, G. (2020). Salud y creencias en Argentina: Saberes, decisiones y demandas. *Sociedad y religión*, 30(55), 258-258.

Chiarotti, S. (2016). *Niñas madres. Embarazo y maternidad infantil forzada en América Latina y el Caribe. Balance regional*. CLADEM.

Clarke, A. E., Shim, J. K., Mamo, L., Fosket, J. R., & Fishman, J. R. (2003). Biomedicalization: Technoscientific Transformations of Health, Illness, and U.S.

Biomedicine. *American Sociological Review*, 68(2), 161-194.
<https://doi.org/10.2307/1519765>

Conrad, P., & Bergey, M. R. (2014). The impending globalization of ADHD: Notes on the expansion and growth of a medicalized disorder. *Social Science & Medicine*, 122, 31-43. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.10.019>

Costa, M. L. (2023). *Feminismos populares y subjetividad: Militancias de mujeres en el territorio de General San Martín (Buenos Aires, Argentina)* [masterThesis, Buenos Aires]. <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/19350>

Crijnen, A. A., Achenbach, T. M., & Verhulst, F. C. (1997). Comparisons of problems reported by parents of children in 12 cultures: Total problems, externalizing, and internalizing. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 36(9), Article 9. <https://doi.org/10.1097/00004583-199709000-00020>

Cunningham, S., Dinamarca, M., & Reitovich, V. (2022). La angustia y sus variaciones: ¿Qué lugar en la clínica actual? *Pathos*, 4, 40-49.

D'Agostino, A. M. E. (2014). Imaginarios sociales. Algunas reflexiones para su indagación. *Anuario de Investigaciones en Psicología*, 21, 127-134.

Dagfal, A. (2014). La Identidad Profesional como Problema: El Caso del «Psicólogo-Psicoanalista» en la Argentina (1959-1966). *Psicología em Pesquisa*, 8(1), 97-114. <https://doi.org/10.5327/Z1982-1247201400010010>

D'Agostino, A. M. E. (2017). *Imaginarios estudiantiles acerca de las prácticas profesionales de los psicólogos en el campo de las políticas públicas sociales en salud* [Tesis, Universidad Nacional de La Plata]. <https://doi.org/10.35537/10915/61465>

D'Agostino, A. M. E., & Ruiz, C. (2018). Psicología Institucional. En A. M. E. D'Agostino, J. Veloz, & I. V. Vidal, *La trata y el femicidio como analizadores sociales*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP). <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/69763>

De Certeau, M. (2000). *La invención de lo cotidiano*. Universidad Iberoamericana.

Debenigno, V. (2017). La sistematización de datos cualitativos desde una perspectiva procesual. De la transcripción y los memos a las rondas de codificación y procesamiento de entrevistas. En *Herramientas para la investigación social*. Desarrollo Editorial.

Devitt, P. (2020). Can we expect an increased suicide rate due to Covid-19? *Irish Journal of Psychological Medicine*, 37(4), 264-268. <https://doi.org/10.1017/ipm.2020.46>

Díaz, F., Pilicita S., L., Godoy V., L., Donoso F., A., Díaz R., F., Pilicita S., L., Godoy V., L., & Donoso F., A. (2022). Trastornos de conducta alimentaria grave en adolescentes durante la pandemia COVID-19: Un llamado a la acción. *Andes pediátrica*, 93(1), 138-140. <https://doi.org/10.32641/andespediatr.v93i1.4149>

Dio Bleichmar, E. (1997). *La sexualidad femenina: De la niña a la mujer*. Paidós.

Donzelot, J. (1990). *La policía de las familias*. Pre-textos.

Duarte Quapper, C. (2012). Sociedades adultocéntricas: Sobre sus orígenes y reproducción. *Última década*, 20(36), 99-125. <https://doi.org/10.4067/S0718-22362012000100005>

Dueñas Disotuar, Y., Murray Hurtado, M., Rubio Morell, B., Murjani Bharwani, H. S., & Jiménez Sosa, A. (2015). Trastornos de la conducta alimentaria en la edad pediátrica:

Una patología en auge. *Nutrición Hospitalaria*, 32(5), 2091-2097.
<https://doi.org/10.3305/nh.2015.32.5.9662>

Durand, G. (2004). *Las estructuras antropológicas de lo imaginario*. Fondo de Cultura Económica.

Efron, R. (2017). Campo del derecho de la infancia y el campo de la Salud Mental. *Revista salud mental y comunidad*, 4(4), 17-29.

Elizalde, S. (2016). *Tiempo de chicas: Identidad, cultura y poder*. CLACSO.
<https://doi.org/10.2307/j.ctvtwx29r>

Escobar, J. C., Ariza Navarrete, S., & Keller, V. (2019). *Embarazo y maternidad en niñas y adolescentes menores de 15 años: Aportes de evidencia socio-sanitaria y jurídica en la región*. <https://clacaidigital.info/handle/123456789/1273>

Espinosa Bayal, M. de los A. (2020). Violencias contra las niñas en América Latina: Una violación de Derechos Humanos. En C. Sanchez Muñoz, *Violencias de género: Entre la guerra y la paz* (pp. 163-204). Siglo del Hombre Editores S. A.,

Estévez, A. (2017). El discurso de derechos humanos como gramática en disputa: Empoderamiento y dominación. *Discurso & Sociedad*, 11(Extra 3), 365-386.

Fernández, A. M. (1994). *La invención de la niña*. UNICEF.

Fernández, A. M. (2007). *Las lógicas colectivas. Imaginarios, cuerpos y multiplicidades*. Editorial Biblos.

Fernández, A. M. (2009). *La mujer de la ilusión*. Paidós.

Fernández, A. M. (2014). *Las lógicas sexuales: Amor, política y violencias*. Nueva Visión.

Fernández, A. M. (2017). Abatimientos existenciales en jóvenes: ¿unas vidas grises? En *Jóvenes de vidas grises. Psicoanálisis y biopolíticas* (Editorial Biblos, pp. 21-34).

Fernández, A. M. (2021). *Psicoanálisis. De los lapsus fundacionales a los feminismos del siglo XXI*. Paidós.

Fernández-Rivas, A. (2021). Anorexia nerviosa del adolescente y COVID-19: La pandemia colateral. *Rev Esp Endocrinol Pediat*, 12(2), 1-5.

Foucault, M. (1991). El juego de Michel Foucault. En *Saber y Verdad* (pp. 183-215). Las Ediciones de la Piqueta.

Foucault, M. (1999). *Las palabras y las cosas*. Siglo Veintiuno.

Foucault, M. (2002). *Historia de la sexualidad. 1. La voluntad del saber*. Siglo Veintiuno.

Frankenberg, R. (1992). Your time or mine: Temporal contradictions of biomedical practice. En R. Frankenberg, *Time, Health and Medicine*. Sage Publications.

Frías, C. (2003). *El abuso sexual infantil: Abordaje desde el trabajo social* [Curso de posgrado]. Los malos tratos y los abusos sexuales contra niñas, niños y adolescentes, Buenos Aires.

Galende, E. (1997). *De un horizonte incierto. Psicoanálisis y salud mental en la sociedad actual*. Paidós.

Galende, E. (2001). *Psicoanálisis y salud mental*. Paidós.

García, M. G., Recoder, M. L., & Margulies, S. (2017). Espacio, tiempo y poder en la atención hospitalaria de la salud y la enfermedad: Aportes de una etnografía de un centro obstétrico. *Salud Colectiva*, 13, 391-409. <https://doi.org/10.18294/sc.2017.1150>

García Mendez, E. (1994). *Derecho de la infancia-adolescencia en América Latina: De la situación irregular a la protección integral*. Forum Pacis.

García Zabaleta, O. (2017). *El concepto de autonomía en el DSM-5: Una propuesta interactiva, corporeizada y particular para la clasificación y práctica psiquiátricas* [Http://purl.org/dc/dcmitype/Text, Universidad del País Vasco - Euskal Herriko Unibertsitatea]. <https://ekoizpen-zientifikoa.ehu.eus/documentos/5ecb7f6e2999521315203064>

Gavilan, M. (2015). *De la Salud Mental a la Salud Integral*. Lugar Editorial. https://www.yenny-elateneo.com/MLA-669461419-de-la-salud-mental-a-la-salud-integral-mirta-gavilan-_JM

Giberti, E. (2005). Abuso sexual contra niños y niñas: Un problema de todos. *Encrucijadas*, 32, 1-5.

Giberti, E. (2009). Niña. En S. B. Gamba (Ed.), *Diccionario de estudios de género y feminismos* (pp. 234-236). Editorial Biblos.

Gilligan, C. (2010). Strengthening Healthy Resistance and Courage in Children: A Gender-Based Strategy for Preventing Youth Violence. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1036(1), 128-140. <https://doi.org/10.1196/annals.1330.007>

Gimenez, S. B., Gilla, M. A., Moran, V. E., & Olaz, F. O. (2018). *Burnout y sintomatología psicopatológica en profesionales argentinos de la salud mental*. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/135003>

Gogna, M., Binstock, G., Gogna, M., & Binstock, G. (2020). Embarazos forzados: Ser madre antes de los quince. *Mora (Buenos Aires)*, 26(1), 61-70.

- González, P. A. (2019). Erotización infantil y gramáticas afectivas: Discursos sobre la infancia en la era 2.0 en Argentina. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 101-118. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2019.31.06.a>
- Gorbacz, L. (2020). La salud mental y los derechos humanos—Revista Haroldo. *Revista Haroldo*. <https://www.revistaharoldo.com.ar/nota.php?id=532>
- Greene, M. (2019). *Una Realidad Oculta para niñas y adolescentes. Matrimonios y uniones infantiles, tempranas y forzadas en America Latina y el Caribe*. Plan International Americas y UNFPA.
- Guijarro, E. M. (2021). Childhood and the pandemic: Chronicle of an absence foretold. *Salud Colectiva*, 17, e3303-e3303. <https://doi.org/10.18294/sc.2021.3303>
- Guy, D. (1998). The Pan American Child Congresses, 1916 to 1942: Pan Americanism, Child Reform, and the Welfare State in Latin America. *Journal of family history*, 23. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/036319909802300304>
- Halbertstam, J. (2019). Trans*: Un informe rápido y extravagante de la variabilidad de género en el siglo XXI y más allá. En M. Lopez Seaone, *Los mil pequeños sexos: Intervenciones críticas sobre políticas de género y sexualidades*. EDUNTREF.
- Harwood, V. (2009). *El diagnóstico de los niños y adolescentes “problemáticos”: Una crítica a los discursos sobre los trastornos de la conduct* (1.ª ed.). Ediciones Morata.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C., & Baptista Lucio, M. del P. (2015). *Metodología de la investigación* (6.ª ed.). McGRAW-HILL.
- Hernández-Carrillo, M., Botero-Carvajal, A., Jiménez-Urrego, Á. M., Gutiérrez-Posso, A. G., & Miranda Bastidas, C. A. (2020). Prevalencia de trastornos mentales en menores

de edad atendidos en un hospital psiquiátrico departamental. *Revista de Salud Pública*, 21, 29-33. <https://doi.org/10.15446/rsap.v21n1.69129>

Hill, J., & Lynch, M. (1983). The intensification of gender-related role expectations during early adolescence. En A. Petersen (Ed.), *Girls at puberty*. Plenum.

Hossain, M. M., Tasnim, S., Sultana, A., Faizah, F., Mazumder, H., Zou, L., McKyer, E. L. J., Ahmed, H. U., & Ma, P. (2020). *Epidemiology of mental health problems in COVID-19: A review* (9:636; Número 9:636). F1000Research. <https://doi.org/10.12688/f1000research.24457.1>

Indart De Arza, J. (2023). La salud mental de nuestra infancia y la pandemia. *Archivos argentinos de pediatría*, 121(4), 1-1. <https://doi.org/10.5546/aap.2023-10055>

Jacobson, E. (1976). Ways of female superego formation and female castration conflict. En *Psychonaltic* (Vol. 3, pp. 525-538). Q.

Janin, B. (2019). *Infancias y adolescencias patologizadas*. Noveduc.

Jordano, M., Cuadrón, L., Alarcón, M. de los A., Flores Rojas, K., Bueno Lozano, G., & Gil Campos, M. (2023). Características clínicas de pacientes pediátricos españoles con trastorno de conducta alimentaria tras el impacto de la pandemia de la COVID-19. *Revista Española Endocrinología y Pediatría*, 14. <https://doi.org/10.3266/RevEspEndocrinolPediatr.pre2023.Jul.792>

Keyes, K. M., & Platt, J. M. (2023). Annual Research Review: Sex, gender, and internalizing conditions among adolescents in the 21st century – trends, causes, consequences. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13864>

Kreis, M. M. (2020). *Ni adulta ni niño: Derecho de las niñas a una vida libre de violencias en Argentina* [Tesis, Consejo Latinoamericano de Ciencias Sociales]. <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/98167>

Kreis, M. M., & D'Agostino, A. M. E. (2021). Violencia e identidad de género: Consideraciones sobre las niñas desde el campo de la salud. *Revista de Psicología*, 20(2), Article 2. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe098>

Kreis, M. M., D'Agostino, A. M. E., & Tajer, D. (2023). Aportes de Cornelius Castoriadis para la indagación de los imaginarios sociales en psicología. *Diferencias*, 1(14), Article 14.

Kreis, M. M., & Tajer, D. (2022). Apuntes para la indagación del derecho a la salud mental de niñas desde el Enfoque de Género y Derechos Humanos. *Anuario de Investigaciones en Psicología*, XXVIII, 299-307.

Labora González, J. J., Fernández Vilas, E., & Añón Loureiro, L. (2021). Los trastornos de la conducta alimentaria: Una aproximación sociológica. *Universidad, innovación e investigación ante el horizonte 2030, 2021, ISBN 978-84-18167-39-3*, 635. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8463064>

Labora González, J. J. L. (2018). El cuerpo y los trastornos de la conducta alimentaria: Los imaginarios sociales del cuerpo de los profesionales de la salud. *Sociología y tecnociencia*, 8(2), Article 2. <https://doi.org/10.24197/st.2.2018.112-130>

Labora González, J. J. L. (2023). Mass Media, Social Networks, and Eating Disorders: Image, Perfection, and Death. En *Eating—Pathology and Causes*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/intechopen.1002270>

Lagarde, M. (1996). *Género y feminismo: Desarrollo humano y democracia*. Madrid: Horas y Horas. <http://repositorio.ciem.ucr.ac.cr/jspui/handle/123456789/259>

Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2013). *Diccionario de Psicoanálisis*. Paidós.

Lenta, M. M., Longo, R. G., Zaldúa, G., & Veloso, V. (2020). La salud de las trabajadoras de la salud en contexto de pandemia. *Anuario de Investigaciones en Psicología*, 28, 147-160.

Lenta, M. M., Pawlowicz, M. P., Riveros, B., & Zaldúa, G. (2023). *Dispositivos instituyentes en infancias y derechos*. <https://www.teseopress.com/infanciasyderechos/>

Lesbegueris, M. (2014). *¡Niñas jugando! Ni tan quietas ni tan activas* (1a ed). Biblos.

Levinton Dolman, N. L. (1999). *El superyó femenino* [doctoralThesis]. <https://repositorio.uam.es/handle/10486/13140>

Lewcowicz, I. (2006). *Pensar sin Estado. La subjetividad en la era de la fluidez*. Paidós.

Liborio, M. M. (2013). ¿Por qué hablar de Salud Colectiva? *Revista Médica de Rosario*, 79, 136-141.

Llobet, V. (2014). *¿Fábrica de niños?* Novedc.

Lo Russo, A. (2012). *Infancia, violencia y género: Análisis de discursos parentales* [Tesis de maestría, Buenos Aires: FLACSO. Sede Académica Argentina]. <http://repositorio.flacsoandes.edu.ec/handle/10469/3959>

Lobo, M. V. (2022). *Pandemia por COVID-19: Impacto sobre la salud mental de la población infanto juvenil del Hospital Italiano de Buenos Aires* [Instituto Universitario de Hospital Italiano].

<https://trovare.hospitalitaliano.org.ar/greenstone/collect/tesisyt/index/assoc/D1902.dir/trabajo-final-lobo-victoria.pdf>

López, M. B., & Drivet, L. (2023). Salud mental de niños, niñas y adolescentes argentinos, y pandemia por COVID-19: Factores de riesgo y lecciones aprendidas. *Revista psicodebate: psicología, cultura y sociedad.*, 23(1), 64-81. <https://doi.org/10.18682/pd.v23i1.7020>

López Soler, C., Alcántara López, M. V., Fernández Fernández, M. V., Castro Sáez, M., & López Pina, J. A. (2010). Características y prevalencia de los problemas de ansiedad, depresión y quejas somáticas en una muestra clínica infantil de 8 a 12 años, mediante el CBCL (Child Behavior Checklist). *Anales de psicología*, 26(2), Article 2.

Lorusso, A., & Reid, G. (2020). Sobre géneros y diversidades sexuales en la adolescencia. En S. Ferreira dos Santos (Ed.), *Clínica con adolescentes. Problemáticas contemporáneas* (pp. 47-64). Editorial Entreideas.

Lourau, R. (1975). *El Análisis Institucional*. Amorrortu.

Lowenkron, L. (2016). ¿Niña o muchacha?: Menoría y consentimiento sexual. *Desidades*, 10, 9-18.

Luciani Conde, L., & Barcala, A. (Eds.). (2015). *Salud Mental y Niñez en la Argentina* (Teseo). <https://www.editorialteseo.com/archivos/13527/salud-mental-y-ninez-en-la-argentina/>

Luzzi, A. M., & Slapak, S. (2013). Estudio de una población clínica de niños desde una perspectiva epidemiológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXII(1), Article 1.

Maceira, D. A. (2011). *Desafíos del Sistema de Salud Argentino*.
<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/192837>

Maluenda Toro, S. A. (2022). Abuso sexual infantil en tiempos de COVID-19. *Revista Cubana de Pediatría*, 94. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75312022000500013&lng=es&nrm=iso&tlng=es

Marshall, C., & Rossman, G. (2016). *Designing Qualitative Research* (6.^a ed.). Sage.

Martín, J., & Machado, M. I. (2017). Presentaciones enloquecidas del segundo despertar sexual y el problema del diagnóstico diferencial. *Anuario Temas en Psicología*, 2, 55-62.

Martinez Salgado, C. (2012). *El muestreo en investigación cualitativa: Principios básicos y algunas controversias*.
El muestreo en investigación cualitativa: Principios básicos y algunas controversias.

<https://www.scielo.br/j/csc/a/VgFnXGmqhGHNMBsv4h76tyg/abstract/?lang=es>

McNair, B. (2002). *Striptease Culture: Sex, Media and the Democratisation of Desire*. Routledge. <https://www.routledge.com/Striptease-Culture-Sex-Media-and-the-Democratisation-of-Desire/McNair/p/book/9780415237345>

Meler, I. (2009). Género y salud mental. *Topía*.
<https://www.topia.com.ar/articulos/g%C3%A9nero-y-salud-mental>

Meler, I. (2012). Las relaciones de género: Su impacto en la salud mental de mujeres y varones. En *La crisis del patriarcado* (pp. 23-46). Topía.

Menendez, E. (2006). Salud y género: Aportes y problemas. *Salud Colectiva*, 2(1), 5-7.

Menossi, M. P., & Olmo, J. P. (2015). La Ley Nacional de Salud Mental y la creación de «La Unidad de Letrados de personas menores de edad art.22 Ley 26.657» de la Ciudad

Autónoma de Buenos Aires. En A. Barcala & L. Luciani Conde, *Salud mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas* (pp. 283-300). Teseo.

Michalewicz, A. (2016). *Prácticas en Salud Mental infantojuvenil*. Noveduc.

Michalewicz, A. (2022). *Abordajes del sufrimiento psicosocial en las infancias y adolescencias: Integralidad, cuidado y subjetivación*. Noveduc.

Michalewicz, A., Pierri, C., & Árdila-Gómez, S. (2014). Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso salud/enfermedad/cuidado: Elementos para su conceptualización. *Anuario de Investigaciones en Psicología*, XXI, 217-224.

Millet, A. (2020). *Cissexismo y salud. Algunas ideas desde otro lado*. Puntos suspensivos ediciones.

Miranda, M. A. (2019). *Las locas*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP). <https://doi.org/10.35537/10915/80724>

Monteagudo, M. (2021). *La salud y derechos reproductivos de menores de 15 años con embarazos no intencionales por autor «Martínez Monteagudo, Mara»*. <https://www.clacaidigital.info/handle/123456789/1466/browse?type=author&value=Mart%C3%ADnez+Monteagudo%2C+Mara>

Montero, I., Aparicio, D., Gómez-Beneyto, M., Moreno-Küstner, B., Reneses, B., Usall, J., & Vázquez-Barquero, J. L. (2004). Género y salud mental en un mundo cambiante. *Gaceta Sanitaria*, 18(4), 175-181.

Moreno, L. F., & Barbán, R. R. (2021). Infancia amenazada: Guerra cultural y erotización temprana. *Revista Sexología y Sociedad*, 27(2), Article 2. <https://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/714>

Navarro Pardo, E., Meléndez Moral, J. C., Sales Galán, A., & Sancerni Beitia, M. D. (2012). Desarrollo infantil y adolescente: Trastornos mentales más frecuentes en función de la edad y el género. *Psicothema*, 24(3), Article 3.

Navarro Villanueva, R., López-Andújar Aguiriano, L., Brau Beltrán, J., Carrasco González, M. D., Pastor Roca, P., & Masía Pérez, V. (2005). Estudio del tiempo de demora asistencial en urgencias hospitalarias. Estudio multicéntrico en los servicios de urgencias hospitalarias de la Comunidad Valenciana. *Emergencias: Revista de la Sociedad Española de Medicina de Urgencias y Emergencias*, 17(5), 209-214.

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud relacionados* (11 ed.). OMS. <https://icd.who.int/>

Orleans, C. S. (2021). *Imaginario social y discurso institucional acerca de los niños y las niñas en el Sistema de Promoción y Protección de Derechos de la Infancia* [Tesis, Universidad Nacional de La Plata]. <https://doi.org/10.35537/10915/117292>

Ortega Chiluiza, L. C., & Timbela Tipán, S. E. (2023). *Percepciones de los efectos psicosociales en la salud mental de madres adolescentes en un centro de promoción social de la ciudad de Quito, 2022-2023*. <https://www.dspace.uce.edu.ec/entities/publication/www.dspace.uce.edu.ec>

Park, W. J., & Walsh, K. A. (2022). COVID-19 and the unseen pandemic of child abuse. *BMJ Paediatrics Open*, 6(1), e001553. <https://doi.org/10.1136/bmjpo-2022-001553>

Pautassi, L. (2011). La igualdad en espera: El enfoque de género. *Lecciones y ensayos*, 89, 279-298.

Pawlowicz, M. P., Riveros, B., Lenta, M. M., & Zaldúa, G. (2018). *Nudos críticos ante la precarización de las políticas de infancias y desafíos de los dispositivos.*

<https://www.teseopress.com/infanciasyderechos/chapter/nudos-criticos-ante-la-precizacion-de-las-politicas-de-infancias-y-desafios-de-los-dispositivos/>

Pedreira Massa, J. L., Rodríguez-Sacristán, J., & Zaplana, J. (1992). Diferencias sexuales en la demanda a servicios comunitarios de Salud Mental Infanto-Juvenil en un territorio de una comunidad autónoma española. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 12(43), Article 43.

Pérez, E. A. (Ed.). (2014). *Psicología institucional* (EduLP). <https://libros.unlp.edu.ar/index.php/unlp/catalog/book/57>

Perman, G., Puga, C., Ricci, I., & Terrasa, S. (2020). *Daños colaterales de la pandemia por COVID-19 ¿Consecuencias inevitables?* 40, 6.

Petrovics, P. (2023). *Examination of Physical fitness, Body weight, Self-esteem, Body image and Eating attitudes among Adolescents.* <http://pea.lib.pt.e.hu/handle/pea/34579>

Piovesan, F. (2006). La equidad de género y los derechos humanos de las mujeres en Brasil: Desafíos y perspectivas. *CEPAL - SERIE Seminarios y conferencias.* <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/6841>

Pirkis, J., John, A., Shin, S., DelPozo-Banos, M., Arya, V., Analuisa-Aguilar, P., Appleby, L., Arensman, E., Bantjes, J., Baran, A., Bertolote, J. M., Borges, G., Brečić, P., Caine, E., Castelpietra, G., Chang, S.-S., Colchester, D., Crompton, D., Curkovic, M., ... Spittal, M. J. (2021). Suicide trends in the early months of the COVID-19 pandemic: An interrupted time-series analysis of preliminary data from 21 countries. *The Lancet Psychiatry*, 8(7), 579-588. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00091-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00091-2)

- Ponce, L. (2016). Ontología, política e historia en Cornelius Castoriadis. *Diferencias*, 1(2), Article 2. <https://www.revista.diferencias.com.ar/index.php/diferencias/article/view/34>
- Poverene, L. (2015). Niñez migrante y sufrimiento psíquico en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. En *Salud mental y niñez en la Argentina. Legislaciones, políticas y prácticas*. Teseo.
- Pozze, E. (2017). DERECHOS DE LAS MUJERES Y DERECHOS CULTURALES DE LAS MINORÍAS ÉTNICAS. *La aljaba*, 21(2), 1-10.
- Prinz, J. (2012). *Beyond human nature: How culture and experience shape the human mind*. New York & Company.
- Radi, B. (2019). *Políticas del conocimiento: Hacia una epistemología trans**. <https://www.aacademica.org/blas.radi/32>
- Rafferty, C., O'Donnell, A., Campbell, S., Sun, B., King, J., Ali, Z., Lynch, D., Barrett, E., Richardson, S., Clifford, M., & McNicholas, F. (2024). Eating disorders and COVID-19—Different or just more? *Irish Journal of Medical Science*. <https://doi.org/10.1007/s11845-024-03649-x>
- Rajesh, S., & Draper, L. (2022). Impact of Adolescent Social Media Use on Body Image, Mental Health and Eating Disorders: A Review. *Journal of Student Research*, 11(4), Article 4. <https://doi.org/10.47611/jsrhs.v11i4.3388>
- Ramos-Lira, L. (2014). ¿Por qué hablar de género y salud mental? *Salud mental*, 37(4), 275-281.

Reed, J., & Ort, K. (2022). The Rise of Eating Disorders During COVID-19 and the Impact on Treatment. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 61(3), 349-350. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2021.10.022>

Rey Bruguera, M., Calonge, I., Martínez Arias, M. del R., & Thomas Currás, H. (2023). Sexo como variable moderadora de la sintomatología internalizante y externalizante en la infancia. *Revista española de salud pública*, 97, Article 97.

Reyes Caballero, D., & Caballero, L. (2024, abril 9). Hipersexualización en la niñez: El fin de la infancia. *PSIQUIAINFAN-2024*. PSIQUIAINFAN-2024. <https://eventospsiquiatriainfantil.sld.cu/index.php/psiquiainfantil/2024/paper/view/38>

Rodríguez Blanco, E. R. (2009). Género, Cultura y Desarrollo: Límites y oportunidades para el cambio cultural pro-igualdad de género en Mozambique. *Policy Papers Del Instituto Complutense de Estudios Internacionales*, Article 09-01. <https://ideas.repec.org/p/ucm/ppaper/01-09.html>

Rodríguez Guarín, M., Gempeler Rueda, J., Botero-Rodríguez, F., Castro, S. M., Rodríguez Guarín, M., Gempeler Rueda, J., Botero-Rodríguez, F., & Castro, S. M. (2023). Impacto del uso de plataformas de video llamadas en las preocupaciones con la apariencia física en pacientes con Trastornos Alimentarios y de la población general durante la Pandemia por COVID 19. *Revista mexicana de trastornos alimentarios*, 13(2), 119-133. <https://doi.org/10.22201/fesi.20071523e.2023.2.757>

Romero, M., Ramón Michel, A., Krause, M., Keefe-Oates, B., Ábalos, E., Molina, S., & Ramos, S. (2023). *Reporte anual 2022: Los rumbos de la experiencia argentina con el aborto legal*. CEDES. <http://repositorio.cedes.org/handle/123456789/4729>

- Rosso, G. (2023). Algunas consideraciones sobre el estudio sociohistórico de los afectos en Cornelius Castoriadis. *FIGURAS REVISTA ACADÉMICA DE INVESTIGACIÓN*, 4(2), Article 2. <https://doi.org/10.22201/fesa.26832917e.2023.4.2.261>
- Rovere, M. (2004). La Salud en la Argentina: Alianzas y Conflictos en la Construcción de un Sistema Injusto. *La Esquina del Sur*, 3, 1-15.
- Rubinstein, A. V., Laperchia, M. R., Ocampo, D. C., Rahman, G., Herrera, A., Osaba, M. P., Branchini, S. K., & Infantil (GIASI), G. I. para el A. del A. S. (2022). *Violencia sexual en la infancia y la adolescencia*. Editorial de la Universidad Nacional de La Plata (EDULP). <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/144385>
- Salum, J. (2024). *Las prácticas de las personas psicólogas en el campo de la salud mental. Un estudio realizado en instituciones del ámbito público de la provincia de buenos aires en el período 2019-2023*. Universidad Nacional de La Plata.
- Samatán-Ruiz, E. M., & Ruiz-Lázaro, P. M. (2021). Trastornos de la conducta alimentaria en adolescentes durante pandemia covid-19: Estudio transversal. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 38(1), Article 1. <https://doi.org/10.31766/revpsij.v38n1a6>
- Segato, R. (2016). *La guerra contra las mujeres*. Tinta Limón.
- Seid, G. (2016). *Procedimientos para el análisis cualitativo de entrevistas*. V Encuentro Latinoamericano de Metodología de las Ciencias Sociales (Mendoza, 16 al 18 de noviembre de 2016). <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/109230>
- Sen, G., Östlin, P., & George, A. (2007). La inequidad de género en la salud: Desigual, injusta, ineficaz e ineficiente Por qué existe y cómo podemos cambiarla. *OPS/OMS*, 169.

Serra, M. E. (2022). The side effects of the pandemic: Child sexual abuse. *Archivos Argentinos De Pediatría*, 120(4), 220-221. <https://doi.org/10.5546/aap.2022.eng.220>

Silverman, D. (2013). *Doing Qualitative Research*. Sage Publications.

Sotelo, M. I., & Fazio, V. P. (2019). Empleo Del Tiempo Lógico En El Abordaje Psicoanalítico De Situaciones De Violencia Familiar En La Consulta De Urgencia En Salud Mental. *Anuario de Investigaciones*, XXVI, 295-301.

Spinelli, H. (2010). Las dimensiones del campo de la salud en Argentina. *Salud colectiva*, 6(3), 275-293.

Stenson, A. F., Michopoulos, V., Stevens, J. S., Powers, A., & Jovanovic, T. (2021). Sex-Specific Associations Between Trauma Exposure, Pubertal Timing, and Anxiety in Black Children. *Frontiers in Human Neuroscience*, 15. <https://doi.org/10.3389/fnhum.2021.636199>

Stoler, A. L. (2002). *Carnal knowledge and imperial power: Race and the intimate in colonial rule*. University of California Press.

Stolkiner, A. (2009). El sector salud en la Argentina ¿qué paso luego de la reforma neoliberal de los 90 y la crisis del 2001? *XV conference of international association of health policy, Health and Global Crisis*, 1-18.

Stolkiner, A. (2012). Infancia y medicalización en la era de “la salud perfecta”. *Propuesta Educativa*, 37, Article 37.

Stolkiner, A. (2015). Derechos humanos y salud desde el pensamiento médico social/salud colectiva latinoamericano. En J. Llambías Wolff (Ed.), *La enfermedad de los sistemas de salud: Miradas críticas y alternativas* (Primera edición). RIL Editores.

Stolkiner, A. (2017). En enfoque interdisciplinario en el campo de la salud. En *Salud Mental, Comunidad y Derechos Humanos* (pp. 189-200). Psicolibros Universitarios.

Stolkiner, A., & Ferreyra, J. (2020). Psicopatologizar la cuarentena. *Lobo Suelto!*
<http://lobosuelto.com/psicopatologizar-la-cuarentena-alicia-stolkiner-y-julian-ferreyra/>

Stolkiner, A., & Gómez, S. A. (2012). Conceptualizando la salud mental en las prácticas: Consideraciones desde el pensamiento de la Medicina Social/Salud Colectiva latinoamericanas. *Vertex- Revista Argentina de Psiquiatría*, 23, 57-67.

Suess Schwend, A. (2020). La perspectiva de despatologización trans: ¿una aportación para enfoques de salud pública y prácticas clínicas en salud mental? Informe SESPAS 2020. *Gaceta Sanitaria*, 34, 54-60. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2020.07.002>

Tajer, D. (2009). *Heridos corazones. Vulnerabilidad coronaria en varones y mujeres*. Paidós.

Tajer, D. (Ed.). (2012). *Género y Salud. Las políticas en acción*. Lugar Editorial.

Tajer, D. (2018). Género, Salud Mental y Derechos Humanos. *Revista Topía*.
<https://www.topia.com.ar/articulos/genero-salud-mental-y-derechos-humanos>

Tajer, D. (Ed.). (2020a). *Niñez, adolescencia y género. Herramientas interdisciplinarias para equipos de salud y educación*. Noveduc.

Tajer, D. (2020b). *Psicoanálisis para todxs*. Noveduc.

Tajer, D. (2021). Cuidados generizados en salud. *Symploké*, 3, 5-16.

Tajer, D., Reid, G., Romeral, J. F., & Saavedra, L. (2017). CONSULTAS DE ADOLESCENTES POR PROBLEMAS ALIMENTARIOS EN LOS SERVICIOS DE

SALUD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. Una contribución desde la perspectiva de género, subjetividad y salud. *Anuario de Investigaciones*, XXIV, 227-231.

Tiseyra, M. V., Ortiz, M. V., Romero, M., Abalos, E., & Ramos, S. (2023). Barreras de acceso al aborto legal en el sistema público de salud de dos jurisdicciones de Argentina: Rosario y Ciudad Autónoma de Buenos Aires, 2019-2020. *Salud Colectiva*, 18, e4059. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.4059>

Tobar, F., Olaviaga, S., & Solano, R. (2012). *Complejidad y fragmentación: Las mayores enfermedades del sistema sanitario argentino*. CIPPEC.

Toporosi, S., & Franco, A. (2023). *La crueldad y el horror. Violencias sexuales contra niños, niñas y adolescentes*. Topía.

Ulloa, F. (2011). *Salud elemental. Con toda la mar detrás*. El Zorzal.

Urios, R. A. (2016). El enfoque de derechos y lo mental: Su aporte a las políticas públicas. *VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXIII Jornadas de Investigación de la Facultad de Psicología, XII Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur "Subjetividad contemporánea: elección, inclusión, segregación"* (Buenos Aires, 23 a 26 de noviembre de 2016). <https://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/155850>

Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de Investigación Cualitativa*. Gedisa Editorial. https://www.academia.edu/36458205/_Vasilachis_2006_Estrategias_de_Investigacion_Cualitativa

Verlaan, P., Déry, M., Temcheff, C. E., & Toupin, J. (2018). Longitudinal Determinants of School-Based Mental Health Service Use for Girls and Boys with Externalizing

Behavior Problems. *School Mental Health*, 10(3), 322-337.

<https://doi.org/10.1007/s12310-018-9249-4>

Vezzaro, V., Perdomo, V., Gutiérrez, S., Rubinstein, M., Vezzaro, V., Perdomo, V., Gutiérrez, S., & Rubinstein, M. (2022). Epidemiología de los niños, niñas y adolescentes derivados a un equipo de referencia en violencia basado en género y generaciones durante la pandemia por el COVID-19. Diferencias con el año 2016. CASMU-IAMPP. *Archivos de Pediatría del Uruguay*, 93(NSPE1). <https://doi.org/10.31134/ap.93.s1.3>

Vignolo, J., Vacarezza, M., Álvarez, C., & Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Archivos de Medicina Interna*, 33(1), 7-11.

Volnovich, J. C. (1999). *El niño del siglo del niño*. Lumen-Hvmanitas.

Walkerdine, V. (1998). La cultura popular y la erotización de las niñas. En J. Curran, *Estudios culturales y comunicación. Análisis, producción y consumo cultural de las políticas de identidad y el posmodernismo* (pp. 481-495). Paidós.

Ynoub, R. (2015). *Cuestión de método. Aportes para una metodología crítica TOMO I*.

Cengage learning.

https://www.academia.edu/38996580/CUESTI%C3%93N_DE_M%C3%89TODO_Aportes_para_una_metodolog%C3%ADa_cr%C3%ADtica_TOMO_I

Yoon, Y., Eisenstadt, M., Lereya, S. T., & Deighton, J. (2022). Gender difference in the change of adolescents' mental health and subjective wellbeing trajectories. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 1-10. <https://doi.org/10.1007/s00787-022-01961-4>

Zaldúa (coordinadora), G. (2016). *Intervenciones en psicología social comunitaria*. Teseo. <https://www.editorialteseo.com/archivos/14054/intervenciones-en-psicologia-social-comunitaria/>

Zaldua, G., Longo, R., Lenta, M. M., Sopransi, M. B., & Joskowicz, A. (2015). *Diversidades sexuales y derecho a la salud: Dispositivos, prácticas y desafíos en la exigibilidad*. <https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/69819>

Zubeldia, M. M., & Bardi, D. C. (2020). Los estereotipos de género en la construcción subjetiva de las niñas: Su relación con las derivaciones a servicios de salud mental. *Anuario de Investigaciones, XXVII*, 283-291.

Zucconi, M. S. (2022). Condiciones laborales de les trabajadores de la salud que acompañan en el acceso al IVE en provincia de Buenos Aires. *PLAZA PÚBLICA. Revista de Trabajo Social, 27*, Article 27.

11. Fuentes

Asociación Médica Mundial. (2016). *Declaración de Helsinki de la AMM: Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos*. Asociación Médica Mundial.

Canal Dirección de Género y Diversidad, DDHH, UNLP. (16 de junio de 2021). *Video lenguaje inclusivo y no sexista*. YouTube.

Código Civil y Comercial de la Nación, Ley 26.994 (2014). <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26994-235975/texto>

Convención interamericana para prevenir, sancionar y erradicar la violencia contra la mujer (Convención de Belém do Pará). (1994). Recuperada en <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/35000-39999/36208/norma.htm>

Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA) y Fundación para Estudio e Investigación de la Mujer (FEIM). (2017). *Informe al Comité de los Derechos del Niño*. http://www.ela.org.ar/a2/index.cfm?muestra&aplicacion=APP187&cnl=4&opc=50&co_dcontenido=2948&plcontempl=12

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2014). *Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes: Una guía para tomar acciones y proteger sus derechos*. https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org/argentina/files/2018-04/proteccion-AbusoSexual_contra_NNyA-2016.pdf

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2019). *El suicidio en la adolescencia: Situación en la Argentina*. UNICEF Argentina. <https://www.unicef.org/argentina/informes/suicidio-en-la-adolescencia>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, Argentina. (2019). *Embarazo en la adolescencia*. <https://www.unicef.org/argentina/temas/embarazo-en-la-adolescencia>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2020). *Victimas ocultas: UNICEF alerta sobre el aumento de la violencia hacia niños y niñas durante el aislamiento preventivo del COVID*. <https://www.unicef.org/argentina/comunicados-prensa/victimas-ocultas-unicef-alerta-violencia-ninos>

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2021). *Estudio sobre los efectos en la salud mental de niñas, niños y adolescentes por COVID-19*.

<https://www.unicef.org/argentina/publicaciones-y-datos/Efectos-salud-mental-ninias-ninos-adolescentes-COVID19>

UNICEF Argentina. (2020). *Abuso sexual contra niños, niñas y adolescentes*.

<https://www.unicef.org/argentina/informes/abuso-sexual-contra-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-y-adolescentes>

Fondo de Naciones Unidas para la Infancia Argentina. (2021). *Un análisis de los datos del Programa “Las Víctimas Contra Las Violencias” 2020-2021*.

<https://www.unicef.org/argentina/media/12506/file/Factsheet%20Nro.9%20-%20Serie%20Violencia%20contra%20ni%C3%B1os,%20ni%C3%B1as%20y%20adolescentes.pdf>

Gobierno de la Provincia de Buenos Aires. (2022). *Plan Provincial de Salud Mental 2022/2027*.

https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2022/07/PLAN_PCIAL_SALUD_MENTAL_-2022_07_13.pdf

Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2010). *Censo de población y vivienda*.

<https://www.indec.gov.ar/indec/web/Nivel4-Tema-2-41-135>

La Plataforma de Acción de Beijing. (1995). Recuperada en

<http://feim.org.ar/2017/05/09/declaracion-y-plataforma-de-accion-de-beijing/>

Ley Nacional de Identidad de Género n°26743, República Argentina. (2012).

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/195000-199999/197860/norma.htm>

Ley Nacional de Salud Mental n°26.657, República Argentina. (2010).

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/175000-179999/175977/norma.htm>

Ley Provincial de Salud Mental n° 14.580, República Argentina. (2013).

Ley N.ª 27.610. (2020). Acceso a la Interrupción Voluntaria del Embarazo (IVE). Boletín Oficial de la República Argentina.

<https://www.boletinoficial.gob.ar/detalleAviso/primera/239399/20210115>

Ley N° 23.849 Convención sobre los Derechos del Niño. (1990). Recuperada en

<http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/0-4999/249/norma.htm>

Ministerio Público Fiscal. (2023). *Relevamiento de fuentes secundarias de datos sobre violencia sexual: Información a nivel nacional y de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires.*

https://www.mpf.gob.ar/ufem/files/2023/05/Informe_Relevamiento-de-fuentes-secundarias-de-datos-sobre-violencia-sexual.pdf

Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires. (2021). *Violencias: Herramientas conceptuales para el abordaje en el primer nivel de atención.*

https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludsinviolencias/files/2021/04/violencias_herramientas.pdf

Naciones Unidas. (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos.*

Organización de las Naciones Unidas. (2023). *Informe de los Objetivos de Desarrollo Sostenible.* <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>

Organización Mundial de la Salud. (2006). *Integración de la perspectiva de género en la labor de la OMS.* <https://www.paho.org/es/documentos/politica-igualdad-genero>

Organización Mundial de la Salud. (2012). *Ocultos a plena luz: Un análisis estadístico de la violencia contra los niños*. <https://www.unicef.org/ocultos-a-plena-luz.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Suicide worldwide in 2019: Global health estimates*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240026643>

Organización Panamericana de la Salud. (1990). *Declaración de Caracas: Reforma de la atención en salud mental en América Latina* [Declaración oficial]. Organización Panamericana de la Salud.

Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Política de igualdad de género*.

Out of the Shadows. (2019). *About the Index*. <https://outoftheshadows.global/about-the-index>

Plan Internacional. (3 de noviembre de 2023). *¿Por qué las niñas?*. <https://plan-international.es/girls-get-equal>

Plan Nacional de Salud Mental (2023/2027). <https://www.argentina.gob.ar/noticias/se-aprobo-el-plan-nacional-de-salud-mental-2023-2027>

Recomendaciones para el uso del lenguaje inclusivo de la Facultad de Psicología de la UNLP. (2023). <https://wp-psico-admin.psico.unlp.edu.ar/wp-content/uploads/2023/04/RECOMENDACIONES-PARA-EL-USO-DEL-LENGUAJE-INCLUSIVO-1.pdf>

Sociedad Argentina de Pediatría. (2021). *COVID-19 y cuarentena: Destacan la importancia de detectar los Trastornos de la Conducta Alimentaria en fases iniciales*. https://www.sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_trastornos-alimentarios-covid-19-06-20_1624570351.pdf

12. ANEXO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante el presente la/o invitamos a participar en el estudio “Imaginario profesionales sobre las niñas y su salud mental en servicios de salud públicos de la ciudad de La Plata. Un estudio desde un enfoque de derechos humanos y género”, desarrollado en el marco de la Beca de Investigación Doctoral CONICET (2019-2024) que tiene como lugar de trabajo el Laboratorio de Psicología Comunitaria y Políticas Públicas de la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional de La Plata.

El objetivo de este estudio es explorar los imaginarios profesionales sobre la salud mental en niñas que acuden a servicios de salud infantojuveniles públicos de la ciudad de La Plata, con el objeto de contribuir a un conocimiento más acabado sobre la temática.

Su opinión resulta fundamental para contribuir en el avance del campo de conocimientos e intervención en el ámbito de la investigación. En términos concretos, le solicitamos que disponga de tiempo para realizar una entrevista individual de 60 minutos de duración aproximadamente, la cual será grabada.

Nos comprometemos a mantener la confidencialidad de sus datos personales, para lo cual la información recogida será transcrita u almacenada en archivos de acceso restringido. Si escribimos un informe o artículo sobre esta investigación, su nombre no será citado así como tampoco nada que pueda permitir su identificación personal y profesional. Será debidamente informado sobre ello y tendrá derecho a conocer los resultados de esta investigación y sus informes asociados.

Su participación en esta investigación es completamente **voluntaria**. Ud. tiene el derecho a interrumpirla y si -en cualquier momento- cambiara de idea frente a este consentimiento otorgado, puede solicitar que no se use la información de la entrevista.

Si tiene alguna pregunta, durante cualquier etapa del estudio, puede comunicarse con María Manuela Kreis (mkreis@psico.unlp.edu.ar).

Declaración de consentimiento:

Sí, estoy de acuerdo en participar en el proyecto de investigación: Imaginarios profesionales sobre las niñas y su salud mental en servicios de salud públicos de la ciudad de La Plata. Un estudio desde un enfoque de derechos humanos y género”

Firma

-----/-----/-----
Fecha

Aclaración

GUION DE ENTREVISTAS INDIVIDUALES Y GRUPALES

Fecha de la Entrevista:

Institución:

Varón cis _____ Varon trans

Mujer cis _____ Mujer trans

No binario _____

Años que trabaja en el servicio

___ 1-10

___ 11-20

___ 21 y más

Título:

Cargo en esta Institución:

Área del servicio en el cual trabaja:

Cómo está conformado el equipo en el que trabaja:

1. ¿Cómo caracterizarías a la población que acude al servicio? (genero, sector socioec, nacionalidad, residente)
2. ¿Percibís diferencias en los motivos de consulta en varones y mujeres? ¿cuáles? ¿cómo las pensas?
3. ¿Cómo suelen ser los abordajes de estas problemáticas en los servicios?
4. ¿Con qué disciplinas se trabaja? ¿cómo es el trabajo en el equipo?
5. ¿cómo es el trabajo con otros servicios del hospital? ¿Y con otras instituciones?
6. (En casos en que se hable de internación) ¿Cuál es el criterio para la internación? ¿cómo suele ser este proceso? ¿y para la externación?
7. ¿qué desafíos/inquietudes les presenta el abordaje de estas problemáticas?

Eje 1. VS

8. Según datos de la SENAF y UNICEF (2021), las niñas y adolescentes son las principales víctimas de la violencia sexual, superando en número al género masculino casi cuatro veces. Esta discrepancia se hace más evidente a medida que aumenta la edad de la víctima. ¿Cómo se presentan estas problemáticas en los servicios de salud mental? ¿Cuál es su experiencia?
9. ¿Cómo suelen ser los abordajes de estas problemáticas en los servicios?
10. ¿Con qué disciplinas se trabaja? ¿cómo es el trabajo en el equipo?
11. Ante estas problemáticas, ¿cómo es el trabajo con otros servicios del hospital? ¿Y con otras instituciones?
12. ¿qué desafíos/inquietudes les presenta el abordaje de esta problemática?

Eje 2. Embarazo y maternidad infantil

13. Según el informe “Embarazo y maternidad en adolescentes y menores de 15 años” (UNICEF, 2019), en Argentina cada 3 horas una niña de entre 10 y 14 años es forzada a gestar, parir y criar. ¿Cómo se presentan estas problemáticas en los servicios de salud mental? ¿Cuál es su experiencia?
14. ¿Cómo suelen ser los abordajes de estas situaciones en el servicio?
15. ¿Con qué disciplinas se trabaja? ¿cómo es el trabajo en el equipo?
16. Ante estas problemáticas, ¿cómo es el trabajo con otros servicios del hospital? ¿Y ¿con otras instituciones?
17. ¿qué desafíos/inquietudes les presenta el abordaje de estas problemáticas?