

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
CENTRO DE ESTUDIOS INTERDISCIPLINARIOS
MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA

**Género y padecimientos subjetivos en infancias y
adolescencias: perspectivas situadas desde la
salud mental en el ámbito público**

Tesista: Lic. María Natalia Pujol

Directora: Mg. Paula Curetti

Octubre, 2025

AGRADECIMIENTOS

A mi directora, Paula Curetti

A Valeria Llovet

Al Centro de Salud Mental Nr. 3 Dr. A. Ameghino y a mis compañeras de equipo

A Mario Rovere y al equipo de la Diplomatura en Salud Internacional

A Ari, mi compañero de vida

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
INTRODUCCIÓN	7
PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO	11
HIPÓTESIS DE TRABAJO	11
OBJETIVOS	12
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES	13
1.1. Género y salud mental en la niñez: sintomatología, demandas por tratamiento y accesibilidad.....	14
1.2. Género y edad: dos factores determinantes para la violencia infantojuvenil.....	16
1.3. Estigmas heteronormativos y disidencias de género en población infantojuvenil.....	17
1.4. Estigmas heteronormativos y población infantojuvenil cisgénero.....	19
1.5. Salud mental en la adolescencia.....	20
1.6. Suicidio adolescente y género.....	22
1.7. Medicalización social - patologización y género en el terreno de las infancias y adolescencias.....	23
1.8. Estudios acerca de la fuerza laboral en salud, prácticas y dispositivos de abordaje.....	26
1.9. Masculinidades y su relación con la salud integral.....	28
1.10. Contextualización glocal de la agenda sanitaria (actores e intereses) en torno al género y la salud mental infantojuvenil.....	28
CAPÍTULO 2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS	31

2.1. La categoría de género y su enfoque transversal en salud mental.....	31
2.1.1. Perspectiva de género en salud mental y su articulación con el marco normativo nacional e internacional.....	32
2.2. Aportes para la comprensión del género y su rol en la construcción de subjetividad.....	34
2.2.1. Acerca del concepto de “identidad de género”.....	36
2.2.2. Modos de subjetivación generizados.....	37
2.3. Infancias, adolescencias y los procesos de estructuración psíquica y de constitución subjetiva.....	38
2.4. Salud mental y padecimiento subjetivo	41
2.5. Diagnósticos, medicalización social y patologización en terreno infantojuvenil.....	42
CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA.....	44
CAPÍTULO 4. LO QUE TRAE LA DEMANDA.....	50
4.1 Primera infancia.....	50
4.2. Período de latencia.....	52
4.3. Pubertad.....	55
4.4. Adolescencia.....	59
4.5. Resultados obtenidos a partir de “lo que trae la demanda.....	65
CAPÍTULO 5. GÉNERO Y MOTIVOS DE CONSULTA: MIRADAS CLÍNICAS EN JUEGO.....	69
5.1 Primera infancia.....	70
5.2. Período de latencia.....	71
5.3. Pubertad.....	74
5.4. Adolescencia.....	77
5.5. Reflexiones acerca de las miradas clínicas en juego.....	80
CAPÍTULO 6. PADECIMIENTOS SUBJETIVOS INFANTOJUVENILES EN CLAVE DE GÉNERO.....	82

6.1. En torno a la legitimación y desestimación de las formas de expresión del padecimiento infanto- juvenil.....	83
6.2. Primera infancia.....	84
6.3. Período de latencia.....	85
6.4. Pubertad.....	86
6.5. Adolescencia.....	87
6.6. En relación al grupo de las disidencias.....	88
6.7. Apreciaciones acerca de las implicancias de la época en los padecimientos subjetivos infantojuveniles.....	89
6.8. Lecturas en clave de género sobre la práctica clínica en salud mental infantojuvenil situada en contexto.....	92
CAPÍTULO 7. CONSIDERACIONES FINALES.....	96
BIBLIOGRAFÍA.....	101
ANEXOS	112

RESUMEN

La investigación analiza la relación entre género y padecimiento subjetivo en las infancias y adolescencias desde una perspectiva situada en la práctica clínica del ámbito público, la División Infantojuvenil del Centro de Salud Mental N° 3 “Dr. Arturo Ameghino” (CABA) durante el segundo semestre del 2024. Se adopta una metodología cualitativa que combina el análisis de fichas epidemiológicas con entrevistas en profundidad a las psicólogas del turno vespertino. Los resultados evidencian que los padecimientos subjetivos se presentan de manera diferenciada según el género, el cual opera como factor estructurante del sufrimiento. Este no sólo modula las formas en que el malestar se expresa y se interpreta clínica y socialmente, sino que también incide en la construcción de los diagnósticos y categorías nosográficas, reproduciendo patrones epidemiológicos. En la primera infancia y latencia predominan en varones los cuadros vinculados a la conducta y la atención, y en niñas los asociados a la inhibición o la ansiedad; mientras que en la pubertad y adolescencia, los malestares se articulan con el cuerpo, la sexualidad y los vínculos, siendo mayores las vulnerabilidades en mujeres y disidencias. Abordar estudios de estas características permite visibilizar las cristalizaciones de sentido sociohistórico culturales que determinan lo esperable en términos de normalidad y psicopatología.

Palabras claves: Salud mental - - Género - Padecimiento subjetivo - Infancias y adolescencias

ABSTRACT

This research analyzes the relationship between gender and subjective suffering in childhood and adolescence from a perspective situated in clinical practice within the public health system, specifically at the Child and Adolescent Division of Mental Health Center N° 3 "Dr. Arturo Ameghino" (Buenos Aires City) during the second semester of 2024. A qualitative methodology was adopted, combining the analysis of epidemiological records with in-depth interviews with psychologists from the evening shift. The results show that subjective suffering manifests differently according to gender, which operates as a structuring factor of distress. Gender not only modulates the ways in which discomfort is expressed and interpreted clinically and socially, but also influences the construction of diagnoses and nosographic categories, reproducing epidemiological patterns. In early childhood and latency, behavioral and attention-related disorders predominate in boys, while inhibition or anxiety-related conditions are more common in girls. During puberty and adolescence, distress becomes articulated with the body, sexuality, and relationships, with greater vulnerabilities observed in women and gender diverse individuals. Research of this nature renders visible the socio-historical and cultural crystallizations of meaning that determine expectations regarding normality and psychopathology.

Keywords: Mental health - Gender - Subjective suffering - Childhood and adolescence

INTRODUCCIÓN

Las configuraciones culturales del sexo y el género podrían (...) multiplicarse o, mas bien, su multiplicación actual podría estructurarse dentro de los discursos que determinan la vida cultural inteligible, derrocando el propio binarismo del sexo y revelando su antinaturalidad fundamental. ¿Qué otras estrategias locales que comprometan lo «no natural» podrían conducir a la desnaturalización del género como tal?

(Butler, 1990/ 2007, p. 288)

El constructo “género” guarda relación con las categorías del sexo biológico (hombre y mujer) pero no se reduce a estas. Es definido por coordenadas sociohistóricas culturales, producto de las relaciones entre las personas y la distribución de poder entre ellas. Refiere tanto a roles, características y oportunidades que se consideran apropiados para hombres, mujeres, adolescentes y niños/as, como también a estigmatización, exclusión y discriminación social. Al respecto, un enfoque de género en salud se diferencia de un análisis puramente enfocado en el sexo (centrado en diferencias biológicas); mientras el sexo puede indicar diferentes factores de riesgo o la necesidad de otro tratamiento frente a una misma patología, el género puede determinar posibilidades de acceso diferenciales a la atención sanitaria, a la adherencia a tratamientos o al impacto de los determinantes sociales y económicos de la salud. Las elevadas tasas de mortalidad materna (especialmente en países en desarrollo), la falta de acceso a métodos anticonceptivos y asesoramiento en planificación familiar, los embarazos de niñas adolescentes, el aumento de la infección por el VIH en las jóvenes de muchos países periféricos, entre otras afecciones, dan cuenta de la urgente necesidad de implementación de políticas públicas con perspectiva de género en salud (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2018, 2021; Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2018; Fondo

de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], 2022; Hawkes y Buse, 2013; Hankivsky, 2012).

En concordancia con lo anteriormente expuesto cabe destacar que, según la OMS, el género influye en la salud y el bienestar en tres ámbitos: 1) los determinantes de la salud, junto a otros determinantes sociales y estructurales; 2) las conductas en la esfera de la salud; y 3) la respuesta del sistema de salud. En este sentido, es posible afirmar que el género es un factor que crea inequidades sanitarias y que puede agravar las que son producto de la situación socioeconómica, la edad, la etnia, la discapacidad, la orientación sexual, entre otras (OMS, 2018). Asimismo, el concepto de interseccionalidad tiene el potencial de interrelacionar sexo, género y otros determinantes sociales, así como a los factores que crean inequidades sanitarias en los procesos y sistemas de poder a nivel individual, institucional y mundial (Hankivsky, 2012). Por tanto, los análisis que incluyan perspectiva de género deben ubicarse dentro del mencionado marco de interseccionalidad. En este aspecto, incorporar la perspectiva de género en las investigaciones y políticas de salud pública resulta clave para construir abordajes de salud integrales que se sustenten en un enfoque epidemiológico y permitan la consolidación de intervenciones interdisciplinarias para construir y comprender los determinantes que atraviesan los procesos de salud-enfermedad-atención y cuidado (Suárez et al., 2020).

Partiendo de este sustrato y adentrándose de lleno en el campo de salud mental, en las demandas por pedido de tratamiento de un efector público de salud ubicado en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), es posible detectar que en los padecimientos subjetivos de las infancias se observa la medicalización de ciertos modos de padecer (tales como el etiquetamiento diagnóstico de Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, TDAH) mayormente en niños "varones". Asimismo, para en las adolescencia se registran autolesiones superficiales y problemáticas de alimentación con mayor frecuencia en "mujeres" y disidencias. Contemplando estos aspectos empíricos de la práctica clínica situada en contexto, emanan interrogantes que interpelan, ¿a qué causas responden las mencionadas

caracterizaciones? ¿Qué determinantes sociales resultan indispensables considerar para llevar a cabo un análisis acerca de los mencionados padecimientos subjetivos en las infancias y adolescencias? ¿De qué manera el factor género incide en el modo en que éstos se presentan?

Tal como lo explicita el informe presentado por la Red de Equidad de Género de la Comisión de Determinantes Sociales de la OMS en 2007, el género influye diferencialmente en la exposición y vulnerabilidad a las enfermedades, los padecimientos, la discapacidad y las lesiones de lxs niñxs y adolescentes (Sen y Östlin, 2007). En este sentido, es posible afirmar que el impacto heteronormativo (masculino-femenino) influye en el campo de la salud mental, en los padecimientos subjetivos, en la construcción de los diagnósticos, en los dispositivos institucionales y en la accesibilidad a los servicios de salud (Grigoravicius et al., 2023; Tajer et al., 2020). De ahí que, esta temática se constituye como un problema de salud pública indispensable y el enfoque de género se torna un factor clave para analizar y transformar los marcos de lectura, las lógicas institucionales y las prácticas clínicas que allí se generan.

En función de lo expuesto, el presente estudio se orienta a examinar la relación entre el género y los padecimientos subjetivos en infancias y adolescencias, atendiendo a las diferencias que se manifiestan en las consultas por demanda espontánea recibidas en un efector de salud mental perteneciente al ámbito público, desde la perspectiva de las profesionales a cargo de su atención clínica.

Cabe subrayar, además, la pertinencia sanitaria, social y política de este trabajo. A pesar de los avances normativos y programáticos en materia de salud mental y derechos, persiste en el campo clínico una escasa incorporación del enfoque de género en los registros institucionales y en la producción de información epidemiológica. Puntualmente, en lo que respecta a las investigaciones que competen específicamente al campo de la salud mental, a nivel internacional se advierte una escasez general de estudios referidos al área infantojuvenil y, entre los existentes, una tendencia a analizar la distribución de los

cuadros psicopatológicos según variables biológicas de “sexo”, sin considerar el género como dimensión analítica. Por su parte, en el contexto local, la situación se complejiza aún más por la falta de estudios sistemáticos y la escasa actualización de los datos disponibles (Grigoravicius et al., 2023), lo que pone de relieve la necesidad de producir conocimiento situado que articule salud mental y género.

Bajo estas coordenadas, la presente investigación aporta al conocimiento de las prácticas clínicas en salud mental infantojuvenil situadas en contexto, habilitando otras lecturas posibles sobre los padecimientos subjetivos que trasciendan los modelos tradicionales determinados por la heteronorma. En este sentido, contribuye a repensar las categorías y marcos de lectura que orientan la comprensión del padecimiento subjetivo en las infancias y adolescencias y sus modalidades de abordaje, desde un enfoque de derechos y equidad.

PREGUNTAS DE CONOCIMIENTO

¿Cuál es la relación entre género y los padecimientos subjetivos en infancias y adolescencias desde las perspectivas de las psicólogas de la División Infantojuvenil del Centro de Salud Mental N° 3 “Dr. Arturo Ameghino” (CABA) durante el año 2024? ¿De qué manera el género se constituye como un determinante social que subjetiviza infancias y adolescencias? ¿Qué implicancias tiene el estereotipo de género (heteronormativo) femenino y masculino en el reconocimiento y/o invisibilización de los padecimientos subjetivos de la población infantojuvenil?

HIPÓTESIS DE TRABAJO

Los padecimientos subjetivos en infancias y adolescencias, tal como se manifiestan en las demandas de atención psicológica recibidas por profesionales de un efector público de salud mental, se encuentran diferenciadas según el género, expresando particularidades del sufrimiento psíquico. Estas diferencias reflejan el impacto del género -concebido como un constructo sociohistórico cultural que configura modos de subjetivación- en la salud mental, influyendo en el reconocimiento y/o la invisibilización de los padecimientos subjetivos en el campo infantojuvenil.

OBJETIVO GENERAL

Analizar la relación entre género y padecimientos subjetivos en infancias y adolescencias desde las perspectivas de las psicólogas de la División Infantojuvenil del Centro de Salud Mental N° 3 “Dr. Arturo Ameghino” (CABA) durante el año 2024.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los motivos de consulta de lxs niñxs y adolescentes que ingresan por demanda espontánea al servicio infantojuvenil.
- Describir los modos en que las psicólogas intervinientes perciben el papel del género en los procesos de subjetivación y en la configuración de los padecimientos de las infancias y adolescencias.
- Caracterizar las significaciones que las profesionales atribuyen a las diferencias de género en los modos de presentación, diagnóstico y abordaje clínico de los padecimientos subjetivos de lxs niñxs y adolescentes.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES

Tal como lo refiere el informe *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*, en los países de ingresos bajos y medios -particularmente en lo que concierne a la salud mental de niños y adolescentes- persiste la ausencia de un monitoreo sistemático tanto del estado de salud mental como de la oferta de servicios en esta área. Esta carencia deriva en una falta significativa de información confiable para medir la necesidad y la prestación de atención y servicios de salud mental (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia [UNICEF], 2021).

En esta dirección, es posible afirmar que, pesar de la reconocida relevancia a nivel *g/local* (global - local) de la transversalización de la perspectiva de género¹, a nivel mundial existen diversos estudios sobre la distribución de cuadros psicopatológicos en el campo de la niñez y adolescencia que toman como referencia al “sexo” biológico (femenino - masculino), pero no así al “género”, siendo muy pocos los que abordan las mencionadas problemáticas bajo esta perspectiva. Cabe destacar además que, particularmente en Argentina los estudios epidemiológicos oficiales del campo de la salud mental infantojuvenil resultan escasos, y que existe una alarmante desactualización de los datos, producto de la discontinuidad y asistematicidad de los relevamientos (Grigoravicius et al., 2023).

¹La transversalización o *gender mainstreaming* de la perspectiva de género implica integrar este enfoque en todas las políticas, programas y niveles de acción, garantizando la consideración equitativa de las experiencias y necesidades de mujeres y varones. Definida por el Consejo Económico y Social de las Naciones Unidas como estrategia para incorporar la perspectiva de género en todas las esferas, constituye un abordaje integral e intersectorial orientado al cumplimiento de la Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible, en particular el ODS 3 (Salud y bienestar) y el ODS 5 (Igualdad de género) (ECOSOC, 1997, citado en CEPAL, 2017; Naciones Unidas, 2015). Cabe aclarar además que, la mencionada conceptualización se desarrolla con más precisión en el Capítulo 2, Fundamentos Teóricos.

Bajo estas estas coordenadas, a continuación, se detalla un relevamiento que contempla la mencionada transversalidad glocal del constructo género y su relación con los padecimientos subjetivos infantojuveniles, abarcando diferentes escalas de análisis -nacional e internacional-.

1.1. Género y salud mental en la niñez: sintomatología, demandas por tratamiento y accesibilidad

A nivel internacional, diversos estudios acerca de la distribución de cuadros psicopatológicos por sexo, se estima que una quinta parte del campo de la niñez y la adolescencia sufre algún padecimiento de salud mental y que la mitad de estos padecimientos se inician en una edad anterior a los catorce años. Respecto de esta lectura, resulta de importancia destacar que algunos estudios toman como referencia la psicopatología que proviene de las clasificaciones pertenecientes a manuales de psiquiatría tales como el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM)², mientras que en otros se utiliza el *Child Behavior Checklist* (CBCL)³.

Para aquellas investigaciones que toman como línea de base la caracterización del DSM, algunos estudios coinciden en explicitar que en lxs niñxs varones se manifiestan con mayor frecuencia los trastornos generalizados del desarrollo, el retraso mental, los trastornos del lenguaje, los trastornos del habla,

² El *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (en castellano *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*, DSM) es un sistema de clasificación elaborado por la Asociación Americana de Psiquiatría (*American Psychiatric Association*, APA) que define y describe las categorías diagnósticas de los trastornos mentales, con el propósito de facilitar a los profesionales de la salud la labor de diagnosticar, estudiar, intercambiar información y tratar los distintos padecimientos mentales (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2022; APA, s. f.).

³ El *Child Behavior Checklist* (CBCL, Lista de Verificación del Comportamiento Infantil) es un instrumento desarrollado por Thomas M. Achenbach (1991) para evaluar problemas emocionales y conductuales en niños, niñas y adolescentes a partir de la información proporcionada por padres o cuidadores. Integra el *Achenbach System of Empirically Based Assessment* (ASEBA) y permite discriminar entre población clínica y general mediante diversas escalas sindrómicas agrupadas en dos dimensiones amplias: internalizante y externalizante. En Argentina, ha sido adaptado y validado en población urbana infantil, confirmando su consistencia interna y su utilidad para estudios epidemiológicos locales (Samaniego, 2008; Samaniego, 2004; Slapak et al., 2013).

los trastornos específicos del aprendizaje, los trastornos de la eliminación (enuresis, encopresis), los trastornos por tics y los trastornos del ámbito conductual (trastorno por déficit atencional hiperactivo, trastorno oposicionista y trastorno disocial); mientras que en las niñas son más frecuentes el mutismo selectivo y los trastornos ansiosos. Tomando como base estos resultados, se evidencia que los varones son derivados a la consulta con mayor frecuencia que las niñas, fundamentalmente entre los 6 y 12 años (Cova et al., 2005; Grigoravicius et al., 2023 ; López et al., 2009).

Para las investigaciones que se sustentan en el CBCL, a nivel internacional y nacional también se evidencian resultados similares: los varones son derivados con mayor frecuencia que las niñas a los servicios de salud mental; resultando que la consulta en las niñas y la detección de sus malestares no se producen de manera temprana sino cuando se agravan a edades posteriores (Bragado et al., 2011; Etchegaray, 2011; Machado Zubeldia y Bardi, 2013).

Respecto de la mayor derivación de los varones, se ha estudiado que las conductas disruptivas generan molestia en las personas adultas, siendo este el motivo por el cual se los deriva a los centros de salud mental -lo que explicaría la mayor presencia de estos en las muestras-, mientras que las niñas son quienes muestran con mayor frecuencia signos de ansiedad o depresión que resultan inadvertidos y tienden a pasar desapercibidos (Cova et al., 2005; López et al., 2009; López Soler et al., 2010; Machado Zubeldia y Bardi, 2013; Samaniego, 2004). En este sentido, las niñas presentan manifestaciones sintomáticas más “adaptativas” en la esfera social, lo que provoca que la sintomatología en ellas sea detectada más tardíamente y muchas veces subdiagnosticada (Cova et al., 2005). Asimismo, los estereotipos heteronormativos encarnados en el mundo adulto circundante juegan un papel crucial -y constituyen un obstáculo fundamental- para vehicular la accesibilidad a los servicios de salud mental en la niñez (Machado Zubeldia y Bardi, 2013).

1.2. Género y edad: dos factores factores determinantes para la violencia infantojuvenil

La “edad” y el “género” resultaron ser dos factores determinantes a la hora de analizar las estadísticas en lo que respecta a situaciones de maltrato y de violencia sexual en el campo de las infancias y adolescencias. La OMS, en su informe realizado en el año 2020 con relación a esta temática, sostiene que investigaciones internacionales revelan lo siguiente: a) una cuarta parte de la gente adulta estudiada manifiesta haber sufrido maltratos físicos durante su niñez; b) una de cada cinco mujeres y uno de cada trece varones declaran haber sufrido agresiones sexuales durante su niñez; c) las niñas son objeto de ataques sexuales en una gran mayoría. A nivel mundial se calcula que cada año mueren por homicidio 41 mil niños y niñas menores de 15 años, siendo que esta cifra en realidad subestima la verdadera magnitud del problema, dado que una importante proporción de las muertes debidas al maltrato infantil se atribuyen erróneamente a “accidentes” (caídas, quemaduras, ahogamientos, etc.) (Grigoravicius et al., 2023; OMS, 2020).

Según datos aportados por el programa “Las Víctimas Contra las Violencias del Ministerio de Justicia y Derechos Humanos de la Nación” (UNICEF 2017-2018), en el ámbito de la ciudad de Buenos Aires, el 57% de las víctimas de violencia son niños o adolescentes menores de 18 años. Asimismo, entre los 0 y los 10 años se produce la mayor cantidad de situaciones de maltrato y entre los 11 y los 18 años los casos de violencia física hacia las niñas y las adolescentes se duplican en cantidad respecto de lxs niñxs de género masculino. El mencionado informe señala que la vulnerabilidad de las mujeres se acentúa frente a la violencia sexual que afecta cuatro veces más a las niñas que a sus pares varones (Grigoravicius et al., 2023).

Puntualmente, respecto de las agresiones sexuales, de acuerdo con lo planteado en diferentes informes (OMS, 2020; UNICEF 2017-2018) el género define el rango de edad de mayor vulnerabilidad en las infancias. En el caso de las

niñas, el rango de edad que implica mayor vulnerabilidad de sufrir agresiones sexuales es durante la pubertad y la adolescencia, es decir, a medida que se hacen notorios los cambios corporales y los caracteres sexuales secundarios. Mientras que, según los datos estadísticos, lxs niñxs varones son objeto de agresiones sexuales a una edad menor. Igualmente, la OMS advierte que las agresiones sexuales contra los varones son un área de estudio descuidada y muy sensible socialmente en la que se infiere un importante subregistro (OMS, 2013): Ellos también son objeto de agresiones, pero en muchas ocasiones callan por temor a ser cuestionados respecto a su orientación sexual y por miedo a ser considerados futuros agresores sexuales (Grigoravicius et al., 2023; UNICEF, 2018)

Los efectos de impacto psicoemocional que provocan las violencias pueden generar vivencias traumáticas de carácter crónico, por lo que se los ubica dentro de las experiencias más adversas de la niñez y de la adolescencia. Sus consecuencias abarcan un amplio espectro, algunas inmediatas y otras más tardías, que interfieren en el proceso de desarrollo y alcanzan todas las esferas de la vida de la persona (Grigoravicius et al., 2023; UNICEF, 2018). De ahí que, en el terreno de la salud mental infantojuvenil resulta ineludible e indispensable continuar trabajando al respecto.

1.3. Estigmas heteronormativos y disidencias de género en población infantojuvenil

Respecto de las disidencias de género⁴, lxs niñxs y jóvenes con identidades de género y orientaciones sexuales diversas confrontan formas de discriminación significativas e interrelacionadas que dificultan su acceso a las oportunidades y lxs exponen a la violencia. El estigma y el estrés social crónico (como el acoso y

⁴ Se utiliza la expresión disidencias de género para referirse a aquellas identidades, expresiones y experiencias que se apartan del sistema binario y heteronormativo de género, incluyendo a personas trans, travestis, no binarias y otras identidades que cuestionan las normas culturales y sociales sobre feminidad y masculinidad (Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación, 2021).

la percepción de rechazo por parte de los padres) se atribuyen a la mayor prevalencia de enfermedades de salud mental entre niños y jóvenes homosexuales, bisexuales, transgénero, queer y otras (LGBTQ+) (UNICEF, 2021). En este sentido, la consecuencia es un mayor riesgo para su salud mental en tanto cuentan con menos apoyo social y por ende para su salud.

Al respecto, cabe destacar un análisis de la salud mental de jóvenes LGBTQ+ llevado a cabo por la OMS en su informe Mental Health Action Plan 2013-2020 el cual mostró altas tasas de intentos de suicidio, ansiedad y depresión (Plöderl y Pierre, 2016). Asimismo, los casos de depresión, en particular, se asociaban con el acoso, el rechazo familiar, los crímenes de odio (Russell y Fish, 2016), la opresión interiorizada, las prácticas inadecuadas de afrontamiento, y el estrés por tener que ocultar la propia identidad y hacer frente a esa realidad (Hall, 2018; UNICEF, 2021).

A nivel nacional, si bien aún no se dispone de información oficial acerca de los indicadores de salud y vulnerabilidad en la población LGBTQ+, existen investigaciones que permiten inferir cuestiones vinculadas a la morbilidad por situaciones de violencia, abonando al planteo inicial del impacto de los modelos de género hegemónicos sobre la salud infantojuvenil -puntualmente en relación con la adolescencia-. En este sentido, una encuesta realizada por la Organización Capicúa Diversidad (2014) sobre 2.200 adolescentes de 15 a 18 años en 29 escuelas de 10 provincias argentinas, arrojó como resultado que el 77% presencié o conoce situaciones de agresión definidas como acoso escolar, cuya primera causa está asociada a la apariencia física (34%) y la segunda causa se refiere a la orientación sexual y/o identidad de género (20%) (Capicua Diversidad, 2013). En la misma línea, Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos (2016) realizó en Argentina una encuesta nacional también implementada en Chile, Uruguay, Colombia, Brasil, México y Perú sobre el clima escolar para jóvenes LGBT. Durante el ciclo escolar 2015-2016, estudiantes que se identificaban como gays, lesbianas, bisexuales o con una orientación sexual diferente a la heterosexual y transgénero (u otra identidad no cisgénero) contestaron una encuesta cuyos resultados arrojaron que el 67,9% de estxs se sentía insegurx en el ámbito escolar

debido a su orientación sexual y/o identidad de género; el 76,2% escuchó comentarios homofóbicos a menudo o con frecuencia (Asociación Civil 100% Diversidad y Derechos, 2016).

Resulta de suma importancia poder profundizar en estudios que aborden esta temática ya que la frecuencia de la discriminación por motivos de orientación e identidad sexual es de particular interés para comprender la situación de salud de este colectivo, ya que tiene múltiples impactos en la salud mental, pudiendo influir sobre el desarrollo de cuadros de depresión o de ansiedad y otros factores que afectan en el corto, mediano y largo plazo, incluso en relación a problemas de bajo rendimiento educativo, ausentismo, abandono escolar e intentos de suicidio (Escobar et al., 2018).

1.4. Estigmas heteronormativos y población infantojuvenil cisgénero

Respecto de la población infantojuvenil cisgénero⁵, a escala internacional, tal como lo señala el citado informe de UNICEF, en los 13 países donde la Universidad Johns Hopkins dirigió reuniones con grupos de debate acerca de los efectos de las normas de género en la salud mental, se halló que las niñas refirieron acerca del impacto de las normas restrictivas sobre su bienestar, puntualmente en relación con la influencia de la presión social sobre la imagen corporal. Sin embargo, según las normas sociales es más aceptable para las niñas que para los varones buscar ayuda para los problemas de salud mental. Asimismo, en relación con las repercusiones de las normas de género nocivas relacionadas con la masculinidad, los varones mencionaron que se ven presionados para ser fuertes, para no mostrar sus emociones, y para ser invulnerables y capaces de solucionar sus problemas sin ayuda. Esta presión se asoció con problemas del comportamiento, como violencia, agresión, consumo de sustancias psicoactivas y prácticas sexuales arriesgadas. Algunos niños

⁵ Cisgénero o cissexual: persona cuya identidad de género coincide con el sexo que se le asignó al nacer; se entiende como antónimo de transgénero (American Psychological Association, s. f.; Merriam-Webster, 2024).

varones también se refirieron a la presión que sufren para ayudar a mantener a sus familias y a la tentación de lograrlo recurriendo a la delincuencia, pues lo perciben como una obligación. La preocupación entre lxs niñxs varones se asoció con sentirse inhibidos a la hora de compartir sus sentimientos sobre la salud mental debido a las normas de género masculinas (UNICEF, 2022). Considerando estos lineamientos, se desprende que la discriminación que provoca el estigma acerca de las normas de masculinidad y feminidad, sea o no intencionada, impacta en la búsqueda y accesibilidad al tratamiento en salud mental y limita oportunidades a la hora de crecer, aprender y prosperar (Thornicroft et al., 2007; UNICEF, 2022).

A nivel nacional, no se han encontrado registros unificados ni exhaustivos para dar cuenta de la magnitud del impacto de los estigmas heteronormativos en la salud mental infantojuvenil cisgénero. Igualmente, en relación con las violencias basadas en género en población adolescente se puede recurrir a los registros de femicidios y travesticidios para una aproximación: allí queda explicitado que son las adolescentes mujeres y del colectivo LGBTIQ+ quienes sufren violencia psicológica, física y sexual (Ministerio de Salud, 2023).

1.5. Salud mental en la adolescencia

Puntualmente, respecto de la adolescencia y su diferenciación por sexo, a escala internacional la OMS estima que unx de cada siete jóvenes de 10 a 19 años padece algún padecimiento mental que supone el 13% de la carga mundial de morbilidad en ese grupo etario, aunque estas enfermedades siguen en gran medida sin recibir el reconocimiento y el tratamiento debidos. A su vez, lxs adolescentes varones son ligeramente más propensos que las adolescentes mujeres a sufrir trastornos mentales. Sin embargo, según un estudio realizado entre adolescentes de 73 países en 2021 las adolescentes mujeres tienen más probabilidades de sufrir enfermedades de salud mental si atendemos a la definición de este concepto que alude al malestar psicológico, la falta de

satisfacción en la vida o la sensación de prosperidad y felicidad. En el caso de los/as adolescentes de 10 a 19 años, las tasas de prevalencia y el número de padecimientos mentales son superiores entre los varones (13,8%) que entre las mujeres del mismo grupo de edad (13,1%) (UNICEF, 2022).

Las diferencias también se evidencian en torno a los diagnósticos. La ansiedad y la depresión se diagnostican más a menudo en las mujeres, mientras que el consumo problemático de sustancias psicoactivas y las conductas por violencia son más frecuentes en los varones. Respecto de la depresión, el riesgo antes de la pubertad es bajo, pero igual para ambos sexos; a partir de los 12 años, las mujeres tienen más probabilidades que los varones de recibir este diagnóstico (UNICEF, 2022).

Respecto de la diferenciación por género, a nivel nacional, el informe *Situación de salud de adolescentes y jóvenes en Argentina. Edición 2023* destaca el relevamiento realizado a través de las Asesorías en Salud Integral en Establecimientos Educativos y otros Espacios Socioeducativos (ASIE), que desde 2018 se integran en el marco del Plan ENIA (Plan de Prevención del Embarazo No Intencional en la Adolescencia) en once provincias del país. Las ASIE-ENIA cuentan con un sistema de registro en territorio y un área de monitoreo central de asesoramiento⁶ entre los cuales se incluye la categoría de “salud mental”. Dicha categoría (“Salud mental”) agrupa a su vez siete motivos de asesoramiento: “Consumo de sustancias”, “Proyectos y futuro”, “Lesión autoinfligida”, “Estados de ánimo, malestar psicológico y autoestima”, “Recreación y tiempo libre”, “Alimentación y nutrición” y “Relaciones afectivas, familiares y con pares”. Al analizar la cantidad de asesoramientos con motivo agrupado por “Salud mental” según género ASIE-ENIA 2018-2022, se observa que la mayor proporción de consultas corresponde a quienes se autoperciben mujeres (67,8 %), seguida por quienes se autoperciben varones (30,8%), y por último quienes se autoperciben

⁶ El motivo consignado puede indicar solicitud de información y/o un turno protegido, ya sea para la propia persona o para otra persona. Ninguno de los motivos de asesoramiento son prácticas sanitarias (clínicas o de salud mental) ni deben tomarse como diagnósticos médicos (Ministerio de Salud de la Nación, 2023).

como otros géneros (1,4 %). Al analizar el desagregado de motivos incluidos en la categoría “Salud mental” se observa que el motivo “Estados de ánimo, malestar psicológico y autoestima” registra la mayor proporción de asesoramientos respecto del total “Salud mental”, tendencia que se observa para todos los géneros (56% varones, 64% mujeres, 67% otros géneros). El segundo motivo de consulta más frecuente para todos los géneros es “Relaciones afectivas, familiares y con pares” (11% varones, 11% mujeres, 11% otros géneros). Del total de asesoramientos acumulados incluidos en la categoría “Salud mental”, el motivo “Consumo de sustancias” es el único que registra mayor cantidad total de adolescentes que se autoperciben varones (1.242) respecto de quienes se autoperciben mujeres (756) y de otros géneros (13 casos) (Thornicroft et al., 2007; UNICEF, 2022).

1.6. Suicidio adolescente y género

Actualmente, el suicidio es la quinta causa principal de muerte entre adolescentes de 10 a 19 años en todo el mundo. Entre lxs adolescentes varones de 15 a 19 años, el suicidio es la cuarta causa principal de muerte después de las lesiones por accidente de tráfico, la violencia interpersonal y la tuberculosis. Mientras que entre las adolescentes mujeres de 15 a 19 años, el suicidio es la tercera causa principal de muerte después de la tuberculosis y las enfermedades relacionadas con la maternidad. Sin embargo, en total mueren menos las mujeres que los varones a causa del suicidio (UNICEF, 2022).

Asimismo, lxs adolescentes que se definen como LGTBQ+ constituyen un grupo particular de riesgo. A pesar de la enorme dificultad para el registro estadístico de la temática del suicidio y la escasa epidemiología respecto del mencionado colectivo LGTBQ+, caben destacar dos estudios realizados en Estados Unidos en donde se explicita que: 1) la proporción de muertes por suicidio en personas LGBTQ+ era de tres veces más entre jóvenes de 12 a 14 años que entre jóvenes de 25 a 29 años (Resma, 2019). Se evidencia que lxs jóvenes de

entre 14 y 18 años homosexuales – gays o lesbianas– o bisexuales tenían casi tres veces más probabilidades que sus compañerxs heterosexuales de haber contemplado seriamente el suicidio (Kann, 2016; UNICEF, 2022).

Puntualmente en la Argentina, “el suicidio adolescente es la segunda causa de muerte por causas externas después de las lesiones de tránsito (...) El fenómeno se presenta con mayor frecuencia entre los varones y entre aquellos que han alcanzado menor nivel educativo” (UNICEF, 2019, p. 33).

Además, las brechas son significativas con tasas que difieren ampliamente entre provincias. En términos de sexo, prácticamente todas las jurisdicciones presentan una tasa de suicidio en adolescentes varones de 15 a 19 años superior a la tasa en mujeres, excepto por Formosa. A nivel nacional, la tasa de suicidio en varones supera en 3 veces a la de las mujeres. Las mayores brechas en relación con la razón entre varones y mujeres se observaron en Neuquén (más de 9 veces), Córdoba (casi 7 veces), y en Salta, Jujuy y Santiago del Estero (5 veces) (UNICEF, 2022).

En tanto el valor de la tasa de suicidio en la adolescencia está en ascenso (UNICEF, 2021), se evidencia una enorme tarea para continuar profundizando en materia de prevención. Al respecto, el trabajo desde el campo de la salud mental con perspectiva de género aporta información para detectar situaciones de riesgo en las que intervenir preventivamente, resultando indispensable para articular un abordaje integral efectivo.

1.7. Medicalización social- patologización y género en el terreno de las infancias y adolescencias

Los procesos de medicalización social y patologización⁷ constituyen una problemática en la que se ponen en disputa intereses sociales, culturales y

⁷ Las nociones acerca de medicalización social y patologización se desarrollan en el Capítulo 2: Fundamentos teóricos.

económicos, que reconfiguran y radicalizan los procesos de farmacologización y biomedicalización.

Puntualmente en referencia a la niñez y la adolescencia, la medicalización se produce cuando las nociones de cuidado y socialización se tornan objeto de la incumbencia médica. Dadas esas circunstancias, el uso de psicofármacos en este grupo etario puede analizarse desde la noción de patologización (Gerlero y Augsburg, 2019) -prácticas que llevan a patologizar la conducta y comportamiento de niños de diferentes formas, cuando el proceso de desarrollo infantil se encuentra “fuera de la norma”-, y pueden conllevar incluso el uso de psicofármacos (Janin, 2013; Untoiglich, 2014). De esta manera, los medicamentos psicotrópicos se utilizan cada vez con más frecuencia para tratar enfermedades como el trastorno por TDAH y la depresión (Steinhausen, 2015). Los escasos datos disponibles provienen principalmente de los países de altos ingresos, pero revelan un aumento notable del uso de la medicación (UNICEF, 2022).

En el contexto nacional y local son escasos los estudios con enfoque epidemiológico sobre la indicación y utilización de psicofármacos, y más aún aquellos que denotan la situación actual de la provisión de tratamientos en la población que accede a los centros de salud de atención primaria y en particular de la población infantil. No obstante, vale destacar como referencia una investigación realizada en la ciudad de Rosario, provincia de Santa Fe, cuyo objetivo ha sido elaborar el padrón epidemiológico de la población de niños y jóvenes con tratamiento psicofarmacológico dispensado en Centros de Salud del municipio de la mencionada localidad. De los resultados obtenidos se desprende que: 1) La distribución de la población infantil según género expresó que el 59% (176) de los varones recibieron medicación de psicofármacos, mientras que la indicación alcanzó al 41% (123) de las niñas y jóvenes mujeres. 2) Al indagar al interior de cada grupo etario, se halló que tanto los niños varones como las niñas que recibieron medicación presentaron paridad genérica entre quienes tenían menos de 10 años, mientras que entre los 10 y 19 años fueron los varones los que acumularon mayor cantidad de prescripciones de psicofármacos. 3) Al comparar

la población de niños y jóvenes varones medicados en relación con todos los varones, el peso de la prescripción de psicofármacos representó el 9%. Mientras que la magnitud de niñas y jóvenes con medicación entre la población de mujeres alcanzó el 4%, es decir, menos de la mitad que los varones. 4) Los resultados del análisis sobre las prescripciones realizadas a la población de niños y jóvenes según el tipo de fármaco señalaron que los ansiolíticos fueron el principal grupo de psicofármacos con el 41% de las prescripciones registradas; en segundo lugar, la medicación indicada para trastornos psicóticos (28%); y en orden semejante, aquellos provistos para trastornos bipolares (24%) (Gerlero y Augsburger, 2019).

Bajo este marco, tanto a nivel mundial como regional y nacional, el diagnóstico de TDAH merece un particular interés. El Comité sobre los Derechos del Niño en 2015 alertó sobre el uso excesivo de los fármacos para este tratamiento, a pesar de que cada vez más pruebas alertan de los efectos nocivos de estos medicamentos y, consecuentemente, estableció un claro vínculo entre el uso excesivo de fármacos para tratar este diagnóstico y el sobrediagnóstico (Rapoport, 2013).

Siendo que cada vez existen más pruebas del sobrediagnóstico del TDAH en los niños y adolescentes varones (en comparación con las niñas y adolescentes mujeres); por el contrario, el diagnóstico sigue siendo menos común en países donde la disponibilidad de herramientas de detección validadas y adaptadas desde el punto de vista cultural es limitada (UNICEF, 2022).

La globalización del TDAH se está configurando con características diferentes en cada país, y con la consolidación y penetración diferencial de actores y vínculos entre ellos. El caso de Argentina es un ejemplo de cómo se están dando estos procesos, en un doble engarce entre tendencias compartidas con otras experiencias nacionales y singularidades que no se observan en otros países. La industria farmacéutica en Argentina consolida estrategias de marketing en el mercado psicofarmacológico infantil” bajo dos características principales: 1) mantiene un eje en “el médico” como destinatario principal –algo que desde las producciones científicas anglosajonas es considerado como propio de momentos históricos precedentes en los procesos de medicalización de la sociedad–; 2)

simultáneamente, se dirige a actores “no médicos”, incluyendo a personal del ámbito docente y del ámbito familiar de niños varones y niñas diagnosticados por TDAH (Faraone et al., 2019).

La mencionada creciente patologización que viene tomando protagonismo en el terreno de las infancias y adolescencias, a su vez, se vio agravada en la actualidad por el atravesamiento de la pandemia por el virus COVID 19, cuyos efectos se vienen haciendo cada vez más notorios en la emergencia de los padecimientos subjetivos (Janin, 2022).

En este contexto, los enfoques excesivamente biomédicos de las intervenciones en salud mental pueden resultar ineficaces para abordar los determinantes sociales que influyen en la salud mental infantojuvenil (Vásquez, 2020) si no llegasen a ser considerados. En este sentido, el factor género -en tanto determinante social- ocupa un lugar ineludible e incluirlo como analizador epidemiológico resulta indispensable para pensar los diagnósticos y sus respectivos abordajes.

1.8. Estudios acerca de la fuerza laboral en salud, prácticas y dispositivos de abordaje

Los datos epidemiológicos descritos se ven atravesados por influencia tanto en los modelos de práctica profesional como en los modelos de gestión de los sistemas de salud.

En este sentido, cabe destacar dos estudios llevados a cabo con la dirección de la Dra. Débora Tajer en Argentina que incluyen la dimensión de la perspectiva de género en el campo de la salud de infancias y adolescencias.

El primero de ellos, titulado *Equidad de género en la calidad de la atención de niños y niñas*, cuyo objetivo fue identificar el modo en que los profesionales de la salud que atienden a niños han incorporado este bagaje en sus prácticas. Se trabajaron sobre los imaginarios sociales que tienen equipos de salud que atienden niños (médicos/as pediatras, médicos/as generalistas, enfermeros/as,

trabajadoras sociales y psicólogos/as infantiles) de diferentes Servicios de Pediatría pertenecientes a hospitales públicos, clínicas privadas, hospitales de comunidad y Centros de Salud y Acción Comunitaria (CeSAC) de la Ciudad de Buenos Aires. Como resultados principales, fue posible identificar inequidades de género en la calidad de la atención en salud de niños relacionadas al marco teórico de base de los profesionales para la toma de decisiones. También se pusieron de manifiesto sesgos relativos a aspectos de la demanda diferencial por género de los pacientes y familias que tendrían implicancias en la toma de decisiones y conducta profesional. De esta manera, este estudio identificó la necesidad de implementar prácticas de salud con enfoque de género y de atención integral de carácter interdisciplinario e intersectorial.

El segundo estudio, titulado *Equidad de género en la calidad de atención adolescente*, permitió poner de manifiesto una epidemiología diferencial por género acerca de los motivos de consulta y de los problemas de salud, siendo similares para varones y mujeres en la adolescencia temprana, diferenciándose luego con los cambios puberales. Se trabajó también sobre el eje de las violencias (inter e intra género) tomando allí especial relevancia la población masculina y también sobre consumo problemático de sustancias. Además, se abordó el eje de la nutrición (sobreingesta y sub ingesta) y su relación diferencial en varones y mujeres; sobre consultas y problemas en salud sexual reproductiva (teniendo allí mayor relevancia las mujeres), acerca de las consultas en salud por diversidad sexual e identitaria y, por último, acerca de los criterios de calidad en la atención (incluyendo servicio amigable a la adolescencia).

Cabe subrayar que ambas producciones de la Dra. Débora Tajer dan cuenta de la importancia de trabajar sobre los imaginarios sociales que tienen los equipos de salud siendo que, dicho trabajo, resulta indispensable para la necesaria modificación en los modelos de abordaje /gestión (Tajer, 2020).

1.9. Masculinidades y su relación con la salud integral

Bajo el marco de poder profundizar sobre el proceso de socialización de las masculinidades y su relación con la salud integral, cabe mencionar el estudio cualitativo llevado a cabo por el Instituto de Masculinidades y Cambio Social (MACS) titulado *Construcción de masculinidades y su relación con la salud integral*. Esta investigación llevada a cabo en cuatro regiones de Argentina, permitió indagar acerca de los imaginarios de varones adolescentes en relación a la construcción de sus masculinidades y logró identificar el vínculo entre las prácticas de la vida cotidiana y las vulnerabilidades en salud de éstos. Estas conclusiones permiten avanzar para deconstruir los estereotipos de género que ubican a los varones como factor de riesgo para sí mismos y para las mujeres y feminidades (Escobar, et. al, 2018).

1.10. Contextualización glocal de la agenda sanitaria (actores e intereses) en torno al género y la salud mental infantojuvenil

Analizar el contexto sociohistórico político de nuestra época, visibilizando qué intereses y actores participan, cuyas tensiones juegan un papel fundamental para modelar la agenda sanitaria en sus distintos niveles, resulta indispensable para pensar cómo vehiculizar los medios en pos de que pueda ser incorporada la temática en cuestión (Herrero y Greco, 2023).

En lo que respecta al campo de la salud mental, los efectos producto de la pandemia por el COVID-19 han llevado a una intensificación del discurso sobre la salud mental, poniendo de relieve las fallas sistémicas de los servicios en torno a dicho campo (OPS, 2023). En pos de alinear decisiones políticas a nivel regional para fortalecer la salud mental como parte de la agenda más amplia de la recuperación post pandémica, OPS conformó la Comisión de Alto Nivel sobre la

Salud Mental y COVID -19⁸. El resultado de esta evaluación es “Una nueva agenda para la salud mental en las Américas” (NASMA)⁹. Dicha agenda “concuera con los objetivos mundiales y regionales actuales en materia de salud mental y desarrollo, así como con el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030, de la OMS; la Política para mejorar la salud mental, de la OPS; y la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible” (OPS, 2023).

En esta dirección, y frente a la necesaria transversalización que impone el abordaje de la perspectiva de género de cara al efectivo cumplimiento de la Agenda 2030 de Desarrollo Sostenible, las alianzas de cooperación deben contemplar un enfoque multinivel (local, nacional y regional) y multi-actor (en tanto requiere de la integración e interlocución de múltiples actores). Bajo estas coordenadas, merece ser destacado el carácter multidimensional de la Cooperación Iberoamericana y en particular de la Cooperación Sur - Sur (CSS) y la Cooperación Triangular (CT). Desde esta perspectiva, la participación de los países en desarrollo ha acumulado experiencias, consolidando avances en materia de la mencionada CSS. Sin embargo, a pesar de estos reconocidos progresos, entre los proyectos en CSS de América Latina y el Caribe, aquellos que incluyen la perspectiva de género representan tan sólo el 1,5% del total (9 iniciativas bilaterales), lo cual evidencia que han tenido un peso relativo mucho menor en comparación con las iniciativas desarrolladas en otros ámbitos. Por tanto, la inclusión de la perspectiva de género en los proyectos e iniciativas aún representa un gran desafío para la región (Herrero, 2019–2020).

⁸ La Comisión de Alto Nivel sobre la Salud Mental y COVID -19 encabezada por Epsy Campbell Barr, ex-vicepresidenta de Costa Rica, y el Embajador Néstor Méndez, Secretario General Adjunto de la Organización de los Estados Americanos, tiene 17 miembros de toda la Región de las Américas que representan a gobiernos, organizaciones de salud, el sector académico, la sociedad civil y personas con experiencia propia. El propósito de la comisión fue trabajar sobre los efectos de la pandemia y sobre soluciones innovadoras basadas en buenas prácticas en el contexto de la situación de la salud mental antes de la pandemia.

⁹ “Una nueva agenda para la salud mental en las Américas” (NASMA): es un conjunto de políticas y estrategias prioritarias de salud mental formuladas de manera tal que puedan incorporarse en las estrategias de recuperación post pandémica de los países.

Respecto del abordaje del campo de la salud mental infantojuvenil a nivel mundial, los convenios internacionales, las agendas de desarrollo y las diversas intervenciones no han llegado a establecer un enfoque integral para la promoción, la protección y el tratamiento de la salud mental infantojuvenil. Los obstáculos más importantes que han frenado en parte este progreso son: el estigma y discriminación para abordar temáticas de la salud mental; la falta de coordinación entre sectores; los recursos financieros y humanos inadecuados y las violaciones a los derechos humanos. De ahí que resulta nodal contar con compromiso respaldado por la inversión en el apoyo a la salud mental a nivel internacional y regional, acompañado de una comunicación que permita trabajar sobre los estigmas y obstáculos mencionados, pudiendo minimizar los factores de riesgo y maximizar los de protección para las infancias y adolescencias, incluidos sus ámbitos esenciales de la vida que las/ lxs/ los rodean (UNICEF, 2022).

Puntualmente con relación al campo de la salud mental en infancias y adolescencias en materia de género, la escasez de los datos epidemiológicos pone en evidencia la necesaria participación de actores internacionales, nacionales y subnacionales para continuar trabajando en torno a ello. Siendo que las actividades de investigación aportan también nuevos conocimientos para la planificación de políticas, lo que abre una ventana de posibilidad para que sean incluidos en la agenda sanitaria (Herrero, 2019–2020), resultan indispensables las consideraciones al respecto. Particularmente a nivel nacional, contemplando los lineamientos existentes para un abordaje integral en salud mental¹⁰, la apuesta a continuar afianzando investigaciones que incluyan esta temática seguramente contribuya no sólo a generar mayor visibilización sino también a brindar insumos que sirvan para generar alianzas de cooperación, incorporando nuevos actores a nivel nacional/subnacional, regional e internacional, con la apuesta a profundizar líneas estratégicas orientadas a consolidar la soberanía sanitaria.

¹⁰ Los lineamientos existentes para un abordaje integral en salud mental serán desarrollados en el Capítulo 2, Fundamentos teóricos

CAPÍTULO 2. FUNDAMENTOS TEÓRICOS

2.1. La categoría de género y su enfoque transversal en salud mental

Para comenzar, es fundamental ampliar las puntualizaciones acerca de la definición de la categoría género. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), a diferencia del sexo -características biológicas y físicas de los individuos que los agrupa entre femenino o masculino-, el género es definido como los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres, las mujeres y las diversidades.

Cabe subrayar que, en este marco, los organismos internacionales de salud (OMS, OPS y ONU Mujeres, 2015; 2017; 2021) sostienen la necesidad de transversalizar la perspectiva de género en todas las políticas públicas, entendiendo esta transversalización como el proceso mediante el cual la perspectiva de género se integra de manera sistemática en todas las etapas del diseño, ejecución y evaluación de políticas, programas y acciones. Este principio, derivado de los compromisos asumidos en la Agenda 2030¹¹ para el Desarrollo Sostenible, articula especialmente con el Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) 5 -Igualdad de género y con el ODS 3 -Salud y bienestar-, promoviendo la eliminación de las desigualdades estructurales que inciden en la salud y el bienestar de las personas.

La transversalización de la perspectiva de género se vincula estrechamente con el enfoque intersectorial, en tanto ambos suponen un abordaje integral de los determinantes sociales de la salud; por tanto, los análisis que incluyan perspectiva

¹¹ Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (2015) - Resolución de la Naciones Unidas A/RES/70/1, adoptada el 25 de septiembre de 2015, titulada *Transforming our world: the 2030 Agenda for Sustainable Development*. Establece un plan de acción para las personas, el planeta y la prosperidad, que incluye los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) para alcanzar un desarrollo sostenible, equitativo e inclusivo para todos los países.

de género deben ubicarse dentro del mencionado marco de interseccionalidad. Al respecto, esta perspectiva y enfoque permiten visibilizar cómo las desigualdades de género se entrelazan con otras dimensiones de inequidad (clase, etnia, edad, orientación sexual, territorio), generando condiciones diferenciales de vulnerabilidad, acceso y atención en salud (OMS, 2010; OPS, 2017; Tajer, 2012). De ahí que, un enfoque de la salud relacionado con el género -es decir, que diferencia los factores biológicos y sociales a la vez que explora sus interacciones y que tiene en cuenta la forma en que la desigualdad influye en las experiencias de salud- sirve de orientación para identificar las respuestas apropiadas del sistema de atención de salud y de la política pública (Gita et al., 2005).

2.1.1. Perspectiva de género en salud mental y su articulación con el marco normativo nacional e internacional

En el ámbito de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, este enfoque se encuentra respaldado por un marco normativo que, si bien no incorpora de manera explícita la perspectiva de género, establece principios de no discriminación, equidad y atención integral compatibles con su incorporación progresiva. La Ley Básica de Salud - 153 (1999)¹² garantiza el derecho a la salud integral y universal, mientras que la Ley de Salud Mental - 448 (2000)¹³ instituye un modelo de atención comunitario, interdisciplinario y en red, en consonancia con la Ley Nacional de Salud Mental - 26.657¹⁴. Asimismo, la Ley - 114 de Protección Integral de los

¹² Ley N° 153 (1999) “Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. Establece el derecho a la salud integral, al acceso universal y gratuito a los servicios de salud y a la igualdad de trato, garantizando la continuidad de cuidados mediante una red pública descentralizada y articulada por niveles de atención.

¹³ Ley N° 448 (2000) “Ley de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires”. Define un modelo de atención basado en la comunidad, interdisciplinario y en red. Promueve la inclusión social, la desmanicomialización progresiva, el respeto por la autonomía y la perspectiva de derechos humanos en la atención de la salud mental.

¹⁴ Ley Nacional N° 26.657 (2010) “Ley Nacional de Salud Mental”. Establece un modelo de atención integral e interdisciplinario, basado en la comunidad y en el respeto de los derechos

Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes (1998)¹⁵ establece los lineamientos para la atención y protección de la salud mental infantojuvenil, priorizando el interés superior, el derecho a la participación y el resguardo de las condiciones de vida como determinantes fundamentales del bienestar psíquico.

Este conjunto normativo se complementa con la Ley - 26.061¹⁶ de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes⁸ y la Ley - 26.743 de Identidad de Género¹⁷, que refuerzan la obligación estatal de garantizar la igualdad y la no discriminación por razones de género o identidad, así como el derecho al libre desarrollo y al acceso integral a la salud conforme a la identidad de género autopercibida. En este sentido, tales disposiciones nacionales constituyen un marco de referencia vinculante para las políticas locales de salud mental, orientando la incorporación de la perspectiva de género en los dispositivos y prácticas asistenciales que involucran a las infancias y adolescencias.

En coherencia con la Ley Nacional de Salud Mental - 26.657, cuyo paradigma de derechos humanos habilita la incorporación de la perspectiva de género, y en continuidad con la Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental (Ministerio de Salud de la Nación, 2022)¹⁸ y el Plan Nacional de Salud Mental 2023–2027 (Ministerio de Salud de la Nación, 2023)¹⁹, que la incluyen

humanos. Promueve la desmanicomialización progresiva, la atención en hospitales generales y la inclusión social de las personas con padecimientos mentales.

¹⁵ Ley N° 114 (1998) “Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes de la CABA”. Reconoce a los NNyA como sujetos de derecho y dispone que las políticas públicas aseguren su desarrollo integral, el acceso a la salud física y mental y la protección frente a toda forma de violencia o discriminación.

¹⁶ Ley N° 26.061 (2005) “Ley de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes”. Reconoce a niñas, niños y adolescentes como sujetos plenos de derechos, garantiza el derecho al más alto nivel posible de salud física y mental, y establece la obligación estatal de eliminar toda forma de discriminación por motivos de género, edad, condición social o identidad.

¹⁷ Ley N° 26.743 (2012) “Ley de Identidad de Género”. Reconoce el derecho al libre desarrollo de la identidad y al acceso integral a la salud conforme a la identidad de género autopercibida, sin patologización ni discriminación por motivos de género o identidad.

¹⁸ Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental (2022) Política pública del Ministerio de Salud de la Nación que operacionaliza los principios de la Ley 26.657, priorizando la ampliación de dispositivos territoriales, la formación de equipos interdisciplinarios y la articulación intersectorial con enfoque de género y derechos humanos.

¹⁹ Plan Nacional de Salud Mental 2023–2027 (Ministerio de Salud de la Nación, 2023) Instrumento de planificación estratégica que fija objetivos, metas e indicadores para la consolidación del modelo

explícitamente como eje transversal, es posible afirmar que dicha perspectiva de género se consolida como una condición indispensable para el diseño de políticas públicas orientadas a la equidad y al reconocimiento de las diversidades en todas las etapas del ciclo vital.

De este modo, aunque las leyes locales no introducen de forma expresa la categoría de género, su articulación con el marco normativo nacional e internacional de derechos humanos -particularmente con la Ley Nacional de Salud Mental N° 26.657, la Ley N° 26.061, la Ley N° 26.743, la Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW)²⁰ y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN)²¹- ofrece el fundamento jurídico y programático necesario para la transversalización del enfoque de género en las políticas y prácticas de salud mental infantojuvenil. El conjunto normativo vigente se constituye así como un soporte habilitante y obligatorio, que orienta la incorporación de esta perspectiva en el campo de la salud mental, situándola como una dimensión indispensable del derecho a la salud y del paradigma de derechos humanos.

2.2. Aportes para la comprensión del género y su rol en la construcción de subjetividad

Diferentes tradiciones teóricas -filosóficas, psicoanalíticas, sociológicas y de salud colectiva- coinciden en situar al concepto de género como un constructo sociohistórico que organiza la subjetividad y las relaciones sociales.

comunitario de atención, la ampliación del acceso y la incorporación transversal de la perspectiva de género y diversidad en el campo de la salud mental.

²⁰ Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDAW) - Tratado internacional adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas en 1979, que obliga a los Estados parte a eliminar la discriminación contra las mujeres en todas sus formas y garantizar la igualdad sustantiva en el acceso a derechos, incluido el derecho a la salud.

²¹ Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) - Tratado internacional adoptado por la ONU en 1989, que reconoce a niñas, niños y adolescentes como sujetos de derechos, asegurando su supervivencia, desarrollo, protección y participación. En la Argentina, ambas convenciones poseen jerarquía constitucional (art. 75 inc. 22 CN).

Para comenzar, resulta preciso mencionar los aportes de Butler (1990/2007) quien diferencia el sexo como lo biológico y el género como constructo social explicitando, a su vez, que existe una ley cultural que atraviesa los cuerpos y que puede generar determinismos en esta construcción, empezando por el hecho de pensarse el género como binario y heteronormativo. La autora afirma que cuando la cultura pertinente que construye el género se entiende en función de dicha ley o conjunto de leyes, entonces parece que el género es tan preciso y fijo como lo era bajo la afirmación de que la “biología es destino”. En tal caso, la cultura, y no la biología, se convierte en destino.

Desde el psicoanálisis, Dio Bleichmar (1992) plantea el género como los aspectos psicológicos, sociales y culturales de la feminidad y la masculinidad, lo ubica como un principio organizador de toda subjetividad y como uno de los atributos del yo desde su origen.

Bajo este mismo marco teórico, Silvia Bleichmar define al género como el modo histórico-social de atribución de rasgos culturales a la diferencia anatómica de los sexos; redefine la sexualidad en un sentido amplio sin reducirla a la actividad genital y señala la importancia de deslindar la “sexualidad” de la “identidad sexual”. Esta última, no pueden reducirse a la simple partición femenino/masculino, depende directamente del reconocimiento de la niña/x/o o adolescente como perteneciendo a determinado género y está fuertemente relacionada al vínculo con las otras personas, a las identificaciones, a los valores y a los ideales del yo, que son transmitidos en la cadena generacional y en el que se incluyen ideales y valores sociales, históricos y culturales (Bleichmar, 2006).

Por su parte, el psicoanalista Grigoravicius (2023) advierte que la asignación del género femenino o masculino realizada al nacer por los otros significativos -la cual suele hacerse coincidir con el sexo biológico- determina y condiciona las conductas y las actitudes esperables para el niño o la niña según el género asignado. Desde una lectura crítica, el autor señala que este sistema clasificador de género binario, caracterizado por el dualismo y la

complementariedad que excluye los aspectos “intermedios”, actualmente se encuentra cuestionado, ya que se han demostrado los efectos negativos y las limitaciones a las que dieron origen.

Desde la salud colectiva, es preciso mencionar los aportes de Tajer (2018, 2021a) quien propone pensar al género como una trama relacional y política que atraviesa los procesos de salud y enfermedad. El género, en este sentido, no sólo determina los modos de sufrir o de enfermar, sino también las posibilidades de acceso, reconocimiento y atención en el sistema de salud.

2.2.1. Acerca del concepto de “identidad de género”

Tal como lo precisa Tajer “la identidad de género se constituye intersubjetivamente en los cuidados primarios, mediante los proyectos identificatorios conscientes e inconscientes sobre la femineidad/ masculinidad de quienes cuidan, sobre el cuerpo y la psiquis del sujeto infantil” (Tajer, 2022, p.94). En esta dirección, el concepto de “identidad de género” remite al sentimiento que las personas tienen de sí mismas y surge de la interacción entre los rasgos determinados biológicamente, las influencias del desarrollo y las condiciones del entorno.

Asimismo, el reconocimiento de la propia identidad de género es un proceso que se desarrolla en el tiempo, de manera muy similar al desarrollo físico en las niñas/xs/os y adolescentes. Se trata de un proceso que implica reconocerse y apropiarse del género asignado o bien pueden producirse efectos de extrañamiento o rechazo de dichas atribuciones, lo que condiciona un conflicto con el género asignado; en este último caso, se trata de las/os denominadas/os niñas y niños “transgénero” (Pavan, 2019; Tajer, 2017; Machado Zubeldia y Bardi, 2013).

2.2.2. Modos de subjetivación generizados

Llegado a este punto, resulta clave destacar nuevamente los aportes que realiza Tajer cuando propone el concepto de modos de subjetivación, definido como un “constructo conceptual que refiere a la relación entre las formas de representación que cada sociedad instituye para la conformación de sujetos aptos para desplegarse en su interior y las maneras en las cuales cada sujeto constituye su singularidad” (Tajer, 2022, p.28).

En esta línea de análisis, la autora diferencia tipos de modos de subjetivación. Los engloba como “modos de subjetivación generizados” o “de género masculino y femenino”. Sostiene que no se trata de categorías fijas, sino que pueden superponerse, modificarse o presentarse distintos aspectos en una misma persona.

En la modernidad, los estilos de subjetivación estaban ligados a lo tradicional y sostenían la lógica capitalista dominante. Así, se configuraban mandatos de género tradicionales: las mujeres se abocaban al ámbito privado, al cuidado del hogar y a la crianza; los varones, en cambio, tenían movilidad en el ámbito público, eran considerados proveedores económicos y se los asociaba al poder y la fuerza (Tajer, 2022).

La autora también señala que estos modos generaron mandatos sociales de género y relaciones asimétricas de poder. Dichas relaciones producen condiciones diferenciales para hombres y mujeres, que, aunque modificadas por los movimientos histórico-psico-sociales, continúan operando en lo colectivo.

Cabe subrayar que estos modos se erigen desde el marco de una matriz heteronormativa (Butler, 1990/2007) que se sostiene sobre un sistema patriarcal. Ana María Fernández conceptualiza este sistema a partir de cristalizaciones de sentido: configuraciones que naturalizan mitos, creencias y roles de género, presentándolos como realidades objetivas, atemporales y naturales, invisibilizando tanto las diversidades como las construcciones culturales que los sustentan

(Fernández, 1992, 1993). En esta línea, los estereotipos construidos social y culturalmente bajo dicho sistema patriarcal determinan los posicionamientos sociales de las personas. Por lo tanto, inciden en los modos de subjetivación en las distintas etapas del ciclo vital, infancia, adolescencia, adultez y vejez.

2.3. Infancias, adolescencias y los procesos de estructuración psíquica y de constitución subjetiva

En el campo propio de las infancias -entendida como período de la vida humana, que se extiende desde el nacimiento a la pubertad (RAE, 2025)- y de las adolescencias -período vital que sucede a la niñez y que transcurre desde que aparecen los primeros indicios de la pubertad hasta la edad adulta (RAE, 2025)- es posible afirmar que el género, como categoría de análisis, complejiza el estudio en estas áreas y genera tensión en las prácticas institucionales, atravesadas todavía por una matriz tutelar (Orleans, 2020; Machado Zubeldia y Bardi, 2013).

Presentadas las conceptualizaciones sobre las categorías sociohistóricas de infancias y adolescencias, y en coherencia con el propósito de la presente investigación, se vuelve necesario complejizar estos planteos incorporando las contribuciones que se realizan desde el psicoanálisis con niños y adolescentes. Dichos aportes permiten establecer un diálogo entre la cronología del desarrollo y los procesos de constitución psíquica.

En esta dirección, resulta pertinente establecer una distinción entre los tiempos de la constitución subjetiva y de la estructuración psíquica. Silvia Bleichmar (1993) subraya que la constitución subjetiva remite al proceso inaugural en el cual el sujeto es inscrito en el campo del lenguaje, fundando las matrices significantes que lo sostendrán como sujeto. Estos procesos se juegan de manera decisiva en la primera infancia y se corresponden con tiempos lógicos de fundación (inscripción del significante, constitución del yo, alienación especular, entrada en el orden simbólico).

De esta manera es posible definir a la primera infancia como un tiempo inaugural marcado por la sexualidad polimorfa. Freud (1905/1992), en *Tres ensayos de teoría sexual* sostiene que la sexualidad infantil no está subordinada al fin de la reproducción, sino que busca satisfacción pulsional a través de zonas erógenas diversas.

En cambio, los tiempos de la estructuración psíquica remiten a momentos posteriores en los que, sobre esa base ya constituida, el sujeto reorganiza su economía pulsional y narcisista en función de nuevas exigencias. Bleichmar (1997) aclara que la estructuración psíquica no puede confundirse con la constitución subjetiva: mientras esta última refiere al pasaje inaugural a la condición de sujeto, la estructuración implica reorganizaciones ulteriores que producen nuevas modalidades de inscripción. Cabe subrayar que, estos tiempos se juegan en lo que se nombra como período de latencia, pubertad y adolescencia.

Desde este enfoque, resulta clave precisar las definiciones que se corresponden con cada uno de los mencionados tiempos. Freud (1905/1992) describió a la latencia como un período durante el cual se suspenden las mociones sexuales, para resurgir con fuerza en la pubertad. Bleichmar (1997) reformula esta idea, planteando que la latencia no es ausencia de sexualidad, sino reorganización de las condiciones psíquicas para procesar la conflictiva edípica y narcisista.

Respecto de la pubertad, Freud (1905/1992) señala que en ese tiempo la vida sexual alcanza su configuración definitiva, y la primacía de la zona genital se afirma con relación a todas las demás zonas erógenas²². De esta manera, este período se caracteriza por la irrupción de cambios biológicos que reactivan la sexualidad infantil, ahora bajo la exigencia genital. Ana María Fernández (1999), por su parte, agrega que este tiempo está atravesado por la inscripción de

²² En psicoanálisis, el concepto de zona erógena fue introducido por Sigmund Freud en *Tres ensayos de teoría sexual* (1905). Freud define a las zonas erógenas como aquellas áreas corporales que, más allá de la función biológica, son capaces de generar placer cuando son excitadas. En esta dirección afirma que la erogeneidad no está determinada por la anatomía en sí misma, sino por el modo en que la pulsión sexual se liga a diferentes regiones del cuerpo, en la infancia de manera polimorfa y luego bajo la primacía de la genitalidad (Laplanche J., Pontalis J.B., 2005, p.806).

discursos normativos y el acceso a la diferencia sexual implica quedar inscripto en jerarquías de género; en la pubertad, esta inscripción se vuelve particularmente visible, al devenir el cuerpo soporte de discursos sociales que naturalizan dichas jerarquías.

En relación a la adolescencia, Freud (1914/1992) en *Introducción al narcisismo*, señala que allí se reorganizan las elecciones objetales y que el “yo” encuentra en este período un nuevo objeto de amor que prolonga y transforma las primeras elecciones infantiles. Por su parte, Bleichmar (1993) sostiene que la adolescencia constituye un momento de reconfiguración subjetiva, más que una simple continuidad del desarrollo infantil. Se trata de un tiempo en que las identificaciones previas se ponen en tensión y el sujeto se ve convocado a redefinir su posición frente a los ideales, los vínculos y los significados que lo sostienen, en un proceso de reelaboración de su historia pulsional y narcisista que inaugura nuevas formas de relación con los otros y con sí mismo.

En línea con estos desarrollos, Grassi y Córdova (2018) señalan que los fundamentos del psiquismo se encuentran estrechamente articulados a los momentos del crecimiento corporal y las funciones parentales²³. También agregan que “el nexo entre la cronología del desarrollo y la función que ésta cumple en el psiquismo está dado por el trabajo de la subjetividad, la cual resulta de un trabajo de articulación entre cuerpo, parentalidad y entorno social, que permite el pasaje “de una dependencia absoluta a una relativa independencia” (Grassi et al. 2018, p. 19).

Estos aportes permiten afirmar que la división mencionada -primera infancia, latencia, pubertad y adolescencia- no responde a etapas “naturales” fijas, sino a articulaciones entre cronología biológica, subjetividad y condiciones sociohistóricas, donde además los discursos de género son parte. Al respecto, estas articulaciones resultan indispensables para pensar los procesos de salud

²³ Funciones parentales: funciones simbólicas ejercidas en los primeros años de vida y hasta la adolescencia, fundamentalmente por el grupo familiar el cual toma a su cargo la crianza (Grassi et al., 2018, p. 18).

mental en infancias y adolescencias desde una perspectiva que no naturalice las diferencias ni los padecimientos.²⁴

2.4. Salud mental y padecimiento subjetivo

Según la Ley - 26.657 (2010), la salud mental es definida como “un proceso determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos, cuya preservación y mejoramiento implica una dinámica de construcción social vinculada a la concreción de los derechos humanos y sociales de toda persona” (art. 3). A su vez, en el caso de las niñas y adolescentes, para la definición de salud mental se incorporan los marcadores de la edad, la trayectoria vital, la capacidad de aprendizaje y de establecer vínculos y el papel activo de lxs adultxs en el sostenimiento del bienestar psíquico (UNICEF, 2021).

Bajo el marco de lo antedicho, es preciso puntualizar también acerca de la noción de padecimiento subjetivo. Desde el psicoanálisis, éste es entendido como el sufrimiento singular del sujeto, resultado de la intersección entre el cuerpo, el lazo social y las condiciones históricas. Freud (1930/1992) advirtió que dicho sufrimiento amenaza desde tres lados: desde el propio cuerpo, desde el mundo exterior y desde las relaciones con los otros seres humanos. Por su parte, Bleichmar (2007) amplía esta idea al señalar que el padecimiento subjetivo no puede pensarse desligado de las condiciones histórico-sociales que lo producen y sostienen.

Desde la salud colectiva, Alicia Stolkiner entiende el padecimiento subjetivo como una expresión del malestar producido en las condiciones históricas y sociales de cada época, en tanto resultado de los procesos de producción de subjetividad (Stolkiner, 2001; 2012). Por su parte, Alejandra Barcala lo conceptualiza como un fenómeno complejo, multideterminado e históricamente

²⁴ Esta fundamentación no sólo organiza conceptualmente el presente marco teórico, sino que además ha servido como criterio de recorte para la presente investigación, en tanto los casos clínicos analizados fueron clasificados y estudiados en función de estos cuatro tiempos.

situado, que se expresa con especial intensidad en las infancias y adolescencias atravesadas por vulneraciones de derechos. El padecimiento subjetivo, en estos casos, no siempre encuentra alojamiento en los dispositivos tradicionales del sistema de salud, lo que hace necesaria la creación de estrategias comunitarias e interdisciplinarias que consideren su dimensión ética, política y social (Barcala, 2009, 2013, 2019).

2.5. Diagnósticos, medicalización social y patologización en terreno infantojuvenil

En este contexto, resulta central abordar las conceptualizaciones contemporáneas sobre el diagnóstico, especialmente en la clínica con infancias y adolescencias. Autoras como Gisela Untoiglich como Beatriz Janin cuestionan el uso del diagnóstico como una operación que, en muchos casos, fija y clausura el sentido del padecimiento, reduciéndolo a categorías nosográficas que despojan al sujeto de su singularidad.

Untoiglich (2014; 2017) sostiene que el diagnóstico no debe pensarse como una etiqueta, sino como una herramienta clínica que oriente la intervención, siempre abierta a la complejidad del sujeto y su contexto. En la misma línea, la autora advierte que los diagnósticos psiquiátricos dominantes -basados en manuales clasificatorios- operan como dispositivos de poder que normalizan la diferencia, invisibilizando las condiciones sociales y simbólicas del malestar.

Beatriz Janin (2018) propone pensar el diagnóstico como un acto de lectura, no como una clasificación cerrada, subrayando que su valor depende del marco conceptual que lo sostenga. Sostiene que diagnosticar no es nombrar una enfermedad, sino construir hipótesis sobre el modo singular en que el sujeto responde frente a su padecimiento. Así, el diagnóstico se vuelve un proceso dinámico y ético, que debe ser revisado permanentemente en función de las transformaciones del sujeto y del entramado en que se inscribe.

De esta manera, las reflexiones de Untoiglich y Janin se articulan con la crítica a la medicalización social, entendida como el proceso mediante el cual aspectos de la vida cotidiana -especialmente en la niñez y la adolescencia- pasan a ser tratados bajo incumbencia médica (Conrad, 2007; Foucault, 1977/2001). En esta línea, se articula también la noción de patologización entendida como prácticas que llevan a patologizar la conducta y el comportamiento de lxs niñxs de diferentes formas, cuando el proceso de desarrollo infantil se encuentra “fuera de la norma”, y que pueden conllevar incluso el uso de medicación psicotrópica (Gerlero y Augsburg, 2019; Janin, 2013; Untoiglich, 2014).

Las mencionadas autoras coinciden en que el exceso de etiquetas diagnósticas -especialmente en la infancia-, producto del avance de la medicalización social, puede devenir una forma de violencia simbólica institucional al desubjetivar el malestar e impedir que se lo escuche como producción simbólica. En esta perspectiva, la función clínica del diagnóstico radica en abrir interrogantes, no en clausurarlos.

Considerando lo expuesto, la articulación entre psicoanálisis, salud pública y salud colectiva permite sostener que los padecimientos subjetivos en infancias y adolescencias no pueden ser concebidos ni como una mera disfunción individual ni como una simple categoría nosográfica, sino como experiencias de sufrimiento donde convergen la inscripción psíquica singular y las condiciones sociales y históricas que atraviesan las trayectorias vitales.

CAPÍTULO 3. METODOLOGÍA

El estudio planteado es de tipo cualitativo y combina, el análisis de las fichas epidemiológicas infantojuveniles consignadas en las historias clínicas²⁵ y la realización de entrevistas en profundidad a las psicólogas del turno vespertino pertenecientes a la División Infantojuvenil del mencionado efector²⁶.

El análisis de las fichas permite realizar una caracterización acerca de: a) los motivos de consulta²⁷ según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición revisión del texto (DSM V-TR) y la Clasificación Internacional de Enfermedades, décima edición (CIE 11)²⁸ en función de la edad y la autopercepción de género de lxs consultantes; b) las variables sociodemográficas; c) si hubo antecedentes de tratamientos anteriores; d) la descripción del contexto familiar/grupo continente; e) si se consignaron observaciones de interés para la presente investigación.

²⁵ Las fichas epidemiológicas infantojuveniles consignadas en las historias clínicas fueron completadas en los últimos seis meses en los que se realizaron las entrevistas de admisión del servicio infantojuvenil turno vespertino.

²⁶ La División Infantojuvenil está conformada por tres servicios que pertenecen a las franjas horarias: mañana (de 8 a 12 horas), tarde (de 12 a 17 horas) y vespertina (de 15 a 17 horas). Cabe agregar que, de los tres servicios pertenecientes a la División Infantojuvenil, se eligió el turno vespertino dado que es el que más consultas espontáneas recibe por la franja horaria que ocupa, ya que la mayoría de lxs niñxs y adolescentes cumplen doble jornada escolar y las familias disponen de mayor posibilidad de acercarse al efector durante ese horario.

²⁷ Es preciso aclarar que, en cada caso se admite la posibilidad de consignar más de una categoría de motivo de consulta, reconociendo que las presentaciones del padecimiento subjetivo suelen incluir manifestaciones combinadas. Asimismo, la descripción correspondiente a cada categoría se encuentra desarrollada en el Anexo III.

²⁸ El *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, quinta edición, publicado en 2022 revisión del texto (DSM-5-TR)* es una clasificación de los trastornos mentales elaborada por la American Psychiatric Association (APA). La *Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª Revisión (CIE-11)* es el sistema diagnóstico de alcance mundial desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptada en 2019 y en vigor desde enero de 2022. Se utilizaron dichos manuales (DSM V-TR y CIE 11) con el propósito de garantizar la comparabilidad conceptual con los criterios epidemiológicos vigentes en el campo de la salud mental. No obstante, resulta preciso aclarar que éstos constituyen herramientas clínicas estandarizadas, no resultan suficientes para abordar la complejidad del padecimiento subjetivo en infancias y adolescencias, ya que no consideran los determinantes subjetivos, sociales y culturales que inciden en dichas manifestaciones. De ahí que, para poder incluir los mencionados determinantes, se complementó el análisis con las entrevistas en profundidad realizadas a las profesionales.

Por su parte, para el análisis de las entrevistas en profundidad semiestructuradas²⁹ se utilizan guías temáticas que orientan “una conversación con finalidad” (*sensu* Minayo, 2009, p.157) facilitando la apertura, ampliación y profundización en torno a los aspectos esenciales que se reconocen de la realidad empírica. En este sentido, dichas entrevistas constaron de dos partes. La primera estuvo orientada al análisis de las entrevistas de admisión seleccionadas cuya guía estructurada constó de seis ejes temáticos: 1) ampliación acerca de la sintomatología manifiesta y el motivo de consulta e hipótesis diagnóstica (identificando particularidades acerca de los motivos de consulta referidos y latentes); 2) si estuvo presente el impacto acerca de la medicalización social/patologización; 3) ampliación acerca del entramado social familiar o de referencia (características e implicancia de dicho entorno respecto del motivo de consulta); 4) indagación acerca de contextos o conductas de violencia; 5) existencia (o no) del impacto del constructo “género” en los motivos de consulta (aspectos no consignados en las fichas epidemiológicas que aborden las dimensiones del género en los padecimientos subjetivos); 6) alguna otra observación que sea pertinente para la temática en estudio (en caso de que existiera)³⁰. Y la segunda parte surgió del proceso propio de la entrevista y estuvo orientada a la práctica clínica en general de las profesionales, permitiendo

²⁹ Las entrevistas se realizan durante el primer semestre del años 2025 sobre los casos admitidos por las profesionales durante el segundo semestre de 2024. Se desarrollan en dos encuentros en los respectivos lugares de trabajo, con una duración aproximada de una hora y media cada uno, permitiendo a las profesionales pueden recurrir a sus anotaciones personales cuando lo consideran necesario.

³⁰ A su vez, al momento de la realización de las entrevistas se contemplaron posibles fuentes de sesgo y se trabajó para minimizar sus efectos, en particular el sesgo por memoria de las profesionales psicólogas y la eventual falta de datos en las fichas epidemiológicas. En relación al mencionado sesgo por falta de memoria, se contempló que las psicólogas participantes cuentan con materiales de apoyo que facilitan la recuperación de información -tales como: sus registros clínicos manuscritos, notas personales y gráficos utilizados en el momento de las entrevistas de admisión-. En cuanto a posibles vacíos o inconsistencias en el llenado de las fichas epidemiológicas, se procuró completar la información faltante a través del cruce con las entrevistas, garantizando en todo momento la confidencialidad y el resguardo ético de los datos relevados. Asimismo, se tuvo en cuenta la presencia de variables de confusión, las cuales fueron abordadas mediante una postura reflexiva por parte de la investigadora y mediante la triangulación de datos, recurriendo a múltiples fuentes de información: fichas epidemiológicas institucionales y entrevistas semidirigidas a las profesionales intervinientes.

construir una lectura más amplia sobre cómo opera el género más allá de los casos seleccionados.

Además, el análisis de la información recabada de las fichas epidemiológicas y de las entrevistas semiestructuradas a las psicólogas se realiza de manera complementaria y se articula mediante una estrategia de triangulación metodológica, que permite contrastar los registros institucionales con las interpretaciones clínicas situadas, enriqueciendo los hallazgos y fortaleciendo la validez de las conclusiones sobre la relación entre género y padecimientos subjetivos. El instrumento permite acceder a los motivos de consulta, datos sociodemográficos, categorizaciones diagnósticas y primeras impresiones clínicas registradas en el momento de la admisión, proporcionando un registro institucional de los padecimientos subjetivos. Por su parte, las entrevistas a las profesionales posibilitan recuperar la perspectiva reflexiva de quienes realizaron esas admisiones, brindando información contextual, interpretaciones clínicas y lecturas de género que no siempre se explicitan en las fichas. A través del entrecruzamiento de ambos materiales, se busca reconstruir cada caso desde una doble entrada: por un lado, el registro formal e institucional (ficha), y por otro, la experiencia subjetiva y clínica de las entrevistadas. Esta combinación permite ampliar la comprensión de las diferencias en las presentaciones del padecimiento subjetivo según género, y detectar posibles tensiones, omisiones o puntos ciegos entre lo registrado y lo relatado. En este sentido, la sistematización, el proceso de análisis y la interpretación de la información se realizaron en forma paralela constituyendo un proceso reflexivo permanente, en donde fue posible el análisis en profundidad de las entrevistas de admisión y la reiteración y/o profundización de las entrevistas en relación con los objetivos propuestos y hasta que se alcanzó el punto de “saturación teórica”³¹ (*sensu* Glaser y Strauss, 1967).

³¹ El muestreo no cuenta con un tamaño definido por cálculos probabilísticos sino por el criterio de saturación teórica, alcanzado cuando la recolección de nuevos datos no aporta información sustancialmente nueva para el desarrollo de las categorías analíticas (Glaser y Strauss, 1967; Morse, 2015). En este estudio, la saturación se evaluó considerando la emergencia de significaciones, la densidad conceptual de los temas y su representatividad.

A su vez, la elección de un recorte retrospectivo de seis meses responde a la necesidad de acotar el corpus a un conjunto manejable de casos que, sin embargo, conserve representatividad respecto de la demanda espontánea del servicio, garantizando así la profundidad analítica y la factibilidad del estudio.

De acuerdo con el diseño metodológico, se seleccionan dos entrevistas de admisión por mes correspondientes al segundo semestre de 2024, totalizando 12 casos. La selección es de tipo aleatoria no probabilística, y se basa en la factibilidad de acceso y en la calidad del registro disponible, de modo de garantizar la consistencia y la comparabilidad del material analizado.

El criterio principal consiste en que las entrevistas sean realizadas en el turno vespertino por las cinco psicólogas participantes del estudio y que las fichas epidemiológicas se encuentren completas. Además, se contemplan otros criterios específicos para la selección de las admisiones. En primer lugar, se procura que haya una distribución equitativa de casos entre las diferentes profesionales del equipo, con el objetivo de reflejar la diversidad de lecturas clínicas y garantizar la representatividad del servicio en su conjunto. En segundo lugar, se establece un recorte por períodos que contempla las particularidades de los tiempos de estructuración psíquica y de constitución subjetiva, definidos teóricamente en el Capítulo 3. Este criterio permite organizar los casos en cuatro grupos: primera infancia (hasta 5 años), latencia (6 a 9 años), pubertad (10 a 12 años) y adolescencia (13 a 21 años). Cabe aclarar que, dichos tiempos se entienden no como etapas naturales fijas sino como procesos articulados entre cronología biológica y constitución del psiquismo. Considerando lo expuesto, cabe realizar una aclaración acerca del período de corte cronológico que se estableció para la primera infancia -hasta los 5 años-. Dicho corte se establece en función del inicio de la escolaridad primaria, que supone un cambio en los vínculos de dependencia, autonomía y socialización. Este rango etario articula transformaciones psíquicas y transiciones socioculturales, en coherencia con la práctica y con los fundamentos teóricos del estudio.

El contexto empírico donde se sitúa la presente investigación es el Centro de Salud Mental N° 3 'Dr. Arturo Ameghino'³², un efector público especializado en salud mental dependiente del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires el cual brinda atención ambulatoria integral a población infantil, adolescente y adulta.

Concretamente, el estudio se circunscribe específicamente al Servicio InfantoJuvenil -turno vespertino- el cual está integrado por profesionales 9 del campo de psicología, psicopedagogía y fonoaudiología. Allí se reciben pedidos de tratamiento de niños y adolescentes pertenecientes al Área Metropolitana de Buenos Aires, quienes llegan por demanda espontánea de la población, mediante la vía judicial (Defensorías, Juzgados y Asesorías Tutelares dependientes tanto de la Nación como del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires), por derivación de establecimientos escolares, hogares de convivencia y terapéuticos, otros efectores de salud pública y también recibe consultas por derivaciones internas de otros servicios de la misma institución.

Siguiendo las recomendaciones éticas y legales de la investigación que involucra a seres humanos, las trabajadoras del sector salud que participaron de este estudio firmaron términos que demostraron que han sido debidamente informadas sobre los objetivos de la investigación, así como su finalidad y de la potencial contribución que la misma pueda realizar.

³² El Centro de Salud Mental N° 3 Dr. A. Ameghino fue inaugurado en 1948 con el nombre de "Instituto de Psicología Aplicada" bajo la gestión del Ministro de Salud Pública Ramón Carrillo con la pretensión de abarcar un campo hasta entonces inexplorado de la asistencia pública, los enfermos mentales excluidos de la zona de alienación: neuróticos, toxicómanos, psicópatas. De esta manera, con el fin de proveer atención dentro del emergente campo de la salud mental, su origen queda enmarcado en la plenitud del primer gobierno de Juan D. Perón, quien difundió una concepción de Estado social y como instrumento privilegiado en el ámbito de la salud pública a la planificación. En esa época, donde las tendencias renovadoras en el campo de la salud mental se orientaron hacia la descronificación y la desmanicomialización, prosiguiendo hacia la integración de la tarea asistencial y la comunitaria, la creación de este Centro se erigió como una experiencia pionera. Actualmente, el Centro Ameghino cuenta con consultorios externos integrados por servicios de Adultos, Infantojuvenil, Pareja y Familia, Bulimia y Anorexia, Toxicomanías y Alcoholismo, Grupos, Emergencias y Hospital de Día, abarcando la atención durante las franjas horarias de la mañana, tarde y vespertina (Falcone, 2014).

En este sentido, se emplea en todos los casos un formulario de consentimiento informado³³, garantizando el anonimato de todas las participantes de las instancias de entrevistas. Los términos de consentimiento descritos anteriormente, la propuesta de investigación, así como los guiones de las preguntas centrales que vertebran este trabajo han sido puestos a consideración del Comité de Ética del Hospital Tobar García (CABA) por recomendación del Comité de Docencia e Investigación del Centro de Salud Mental N° 3 “Arturo Ameghino” en cumplimiento de los resguardos éticos basados en la Ley N° 3301 sancionada por la Legislatura de la Ciudad de Buenos Aires en el año 2009³⁴.

Toda la información recopilada a lo largo del proceso fue tratada con las exigencias requeridas por la legislación vigente en relación a la protección de datos. El procesamiento y análisis de los datos consignados en el instrumento confeccionado se realizan con un tratamiento anónimo (sin incluir nombre del/ de la participante ni de las/os sujetos que han realizado las consultas). Las respuestas se recopilan en planillas Excel que no recuperan información personal y han sido resguardadas en la computadora personal de la investigadora que cuenta con clave para su acceso.

Se respetan los principios establecidos en la Declaración de Helsinki – “Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos” y la Ley de Protección de Datos Personales N° 25.326, de aplicación en todo territorio nacional, preservando la identidad de todas lxs participantes y los datos obtenidos.

³³ El modelo de consentimiento informado utilizado se encuentra disponible en el Anexo I.

³⁴ La aprobación realizada por el Comité de Ética del Hospital Tobar García (CABA) se encuentra disponible en el Anexo II.

CAPÍTULO 4. LO QUE TRAE LA DEMANDA

Este apartado se propone identificar y analizar los motivos de consulta de niñas y adolescentes que acceden por demanda espontánea al servicio Infantojuvenil del Centro de Salud Mental N° 3 “Dr. Arturo Ameghino”.

Para ello, se consideran las fichas epidemiológicas -que relevan motivos de consulta, contexto familiar y grupo continente, variables sociodemográficas, tipo de derivación y antecedentes de tratamientos- junto con los relatos de las psicólogas que realizan las admisiones, con el objetivo de ampliar y contextualizar la información registrada institucionalmente.

A continuación, se presentan los casos organizados por los períodos que se corresponden con los tiempos de la constitución subjetiva / constitución psíquica (primera infancia, latencia, pubertad y adolescencia), con sus respectivos análisis clínicos y contextuales.

4.1. Primera infancia

En el período de la primera infancia se registran exclusivamente niñas de cinco años como consultantes por demanda espontánea. Los motivos centrales de consulta se agrupan en: problemas familiares/sociales, comportamientos disruptivos o perturbadores y comportamientos desafío - oposición. Ambos casos comparten la particularidad de que el motivo de consulta surge más como expresión de crisis familiares y sociales que de síntomas individuales persistentes en las niñas.

La derivación proviene principalmente del entorno familiar, aunque en uno de ellos la escuela refuerza la demanda al señalar conductas disruptivas en el aula.

Seguidamente, se detallan las admisiones con sus correspondientes análisis:

➤ *Caso 1: niña de 5 años*

Concurren a la admisión una madre y su hija de 5 años. La madre, joven, migrante y con antecedentes de violencia conyugal, expresa preocupación por los posibles efectos que pudieran haberle ocasionado a su hija el haber estado expuesta en el pasado a escenas de violencia en el contexto de migración y ruptura de pareja. Asimismo, refiere dificultades en la puesta de límites y solicita acompañamiento frente al armado de un nuevo orden familiar, en tanto se encuentra consolidando una pareja recientemente. Durante la entrevista no se constata una sintomatología manifiesta en la niña más que cierta "rebeldía" referida por la madre. La niña se muestra con recursos lúdicos, buen desenvolvimiento escolar y vínculos con pares.

Contexto familiar y grupo continente: La niña vive con su madre, quien conforma una nueva pareja en Argentina. El entramado familiar aparece disgregado por la migración y las experiencias de violencia.

Variables sociodemográficas: Residen en CABA. No cuentan con cobertura privada de salud ni antecedentes de tratamientos anteriores. La niña mantiene una escolaridad en curso.

Derivación: Familia.

➤ *Caso 2: niña de 5 años*

Concurren a la entrevista de admisión padre, madre y sus dos hijas (una de 8 y una de 5 años). Los padres consultan por su hija menor, a quien describen como "*incontrolable*" y "*desafiante*", tanto en la escuela como en el hogar. Refieren que no obedece a la maestra, a la madre ni al padre, y que manifiesta episodios de desborde que incluyen golpes a la madre y una súbita negativa a hablar en el

jardín, pese a que previamente contaba con un lenguaje fluido. El contexto es de crisis conyugal y social: el padre se encuentra desempleado y a punto de viajar a trabajar en un crucero en el extranjero; la familia atravesaba una mudanza a la casa de los abuelos maternos en un clima de separación inminente.

Durante la entrevista, la niña despliega una actitud inquieta, entrando y saliendo del consultorio, tirando objetos y desobedeciendo de manera sistemática las indicaciones parentales. Su conducta oscila entre el silencio y la acción desbordada. Frente a la madre, aparecen gestos de agresión -golpes y empujones- sin encontrar una respuesta continente, ya que ésta se muestra pasiva. El padre reacciona con nerviosismo y confiesa recurrir a "chirlos" sin éxito. La hermana mayor es descrita como excelente alumna, obediente y cuidadosa, funcionando como sostén de los padres en medio del conflicto conyugal. La abuela materna sugiere la necesidad de medicación.

Contexto familiar y grupo continente: Recientemente, la madre y las hijas se trasladaron a vivir con los abuelos maternos. Familia en crisis conyugal, con desbordes emocionales y dificultades en la parentalidad.

Variables sociodemográficas: La niña cursa sala de cinco y se encuentra en transición hacia primer grado. Reside en CABA con sus padres y hermana al inicio de la consulta. No cuenta con tratamientos previos ni cobertura privada de salud.

Derivación: Familia, reforzada por la escuela.

4.2. Período de latencia

En este período predominaron lxs niñxs varones, cuyas consultas se vinculan principalmente con problemas familiares y/o sociales, problemas de aprendizaje y/o conducta, déficit de atención e hiperactividad y comportamientos

disruptivos. La única niña registrada en este tramo etario es derivada por la escuela a causa de un cuadro de "mutismo selectivo".

La derivación en el caso de la niña proviene del entorno familiar, mientras que en los varones predomina la derivación desde otros efectores de salud y las escuelas, mostrando la centralidad de estas instituciones en la detección y señalamiento de los problemas.

A continuación, se detallan las admisiones con sus correspondientes análisis:

➤ *Caso 3: niña de 8 años*

La niña de 8 años llega a la consulta acompañada por su madre con un diagnóstico previo de "mutismo selectivo", sostenido tanto por la escuela como por profesionales anteriores. La madre refiere que su hija "*no habla con nadie en la escuela*", aunque en el hogar se comunica con normalidad. El inicio del cuadro se remonta a algunos años atrás; había realizado un tratamiento psicológico de dos años, interrumpido por dificultades económicas. Durante la admisión, la niña permanece callada mientras su madre está presente, pero al quedarse a solas con la profesional logra emitir palabras, nombrar amistades y muestra mayor vitalidad. En el discurso de la madre se desprende una falta de preocupación genuina por el síntoma; ella admite espiar a su hija en la escuela. La consulta aparece más como un cumplimiento de una derivación escolar que como una demanda genuina de la familia.

Contexto familiar y grupo continente: Convive con su madre y sus dos hermanos mayores. Sus padres se encuentran separados desde hace unos años; mantiene vínculo con su padre, pero las visitas se reducen a encuentros en el hogar materno ya que su madre no permite que la niña salga sola con él, alegando que no le da seguridad.

Variables sociodemográficas: Reside en CABA, cursando tercer grado de primaria. No cuenta con cobertura privada de salud. Había realizado un tratamiento psicológico previo por el mismo motivo durante dos años, interrumpido por dificultades económicas.

Derivación: Familia (por sugerencia escolar).

➤ *Caso 4: varón de 6 años*

El niño varón de 6 años se presenta con su madre, habiendo sido derivado desde la escuela y por el servicio de pediatría del Hospital Piñero. La madre refiere que su hijo "se ríe sin motivo, se golpea, se da vuelta", describiendo conductas disruptivas y desorganizadas tanto en la escuela como en su casa. Durante la entrevista, el varón interviene activamente para diferenciarse de lo que relata su madre -cuando ella menciona que él se pega a sí mismo, la corrige afirmando que quien le pegó había sido su hermano-. A solas con la profesional, el varón se muestra participativo y lúcido, en contraste con el relato materno que lo describe como "desbordado".

Contexto familiar y grupo continente: La madre se presenta desbordada por la crianza en soledad y por su situación laboral (siendo costurera en su casa). Refiere ausencia de redes de sostén y precariedad en la organización cotidiana. El padre estuvo ausente desde el embarazo. El contexto familiar se caracteriza por la ausencia de relato histórico y la fragmentación de la trama vincular.

Variables sociodemográficas: El niño residente en CABA mantiene su primer grado en curso; convive con su madre joven y su hermano. No cuenta con antecedentes de tratamiento previos ni con cobertura privada de salud.

Derivación: Escuela y el Hospital Piñero (CABA).

➤ *Caso 5: varón de 8 años*

Una madre concurre con su hijo varón de 8 años derivado por el Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez, con la indicación de iniciar tratamiento psicológico y fonoaudiológico por un diagnóstico presuntivo de TDAH. La madre lo describe como ansioso, hiperactivo, "torpe" en los juegos, con peleas frecuentes y con conductas autoagresivas. En su discurso, sostiene la idea de que tanto ella como su hijo "tienen TDAH", ubicando en la etiqueta médica una explicación a sus dificultades. En la entrevista a solas con la profesional, el varón pregunta por los juguetes del consultorio, habla de que en la escuela sus compañeros le pegan y se muestra con recursos para comunicarse.

Contexto familiar y grupo continente: Reside en Capital Federal y convive con su madre, padrastro y hermana. La familia se inscribe en un contexto habitacional y simbólico de precariedad.

Variables sociodemográficas: Sin antecedentes de tratamientos previos, el niño mantiene su escolaridad en curso y no posee cobertura privada de salud.

Derivación: Hospital de Niños Ricardo Gutiérrez (CABA).

4.3. Pubertad

En este rango los casos relevados son exclusivamente varones. Los motivos de consulta se consignan en relación a problemas de aprendizaje/ conducta, déficit de atención/ hiperactividad, comportamientos desafío-oposición conflictos familiares/ sociales. Las derivaciones son motivadas por la escuela, otro efector de salud y por la familia misma.

A continuación, se detallan las admisiones con sus correspondientes análisis:

➤ *Caso 6: varón de 11 años*

Concurren a la entrevista de admisión un varón de 11 años acompañado por su madre. El motivo de consulta se inscribe en un diagnóstico previo de "trastorno de conducta con autoagresión" realizado desde el servicio de neurología de un CESAC; la escuela refuerza la sugerencia de un espacio terapéutico. La madre relata episodios de autoagresión cuando lo reta ("se aprieta la mano, se pone nervioso, se lastima, llega a sangrar"), junto con quejas sobre desobediencia y falta de colaboración en el hogar. Durante la entrevista emergen secretos familiares no dichos, ausencia de la figura paterna y dificultad materna para implicarse subjetivamente en lo que ocurre. A su vez, se explicita una gran exigencia depositada en este hijo en torno a cuidado hacia su hermana más chiquita y rendimiento escolar. El varón, que al inicio se había mostrado retraído y apagado en presencia materna, cuando queda a solas con la profesional recupera vitalidad al hablar de sus pares, juegos y actividades cotidianas.

Contexto familiar y grupo continente: convive con su madre, la pareja actual de ella y una hermana menor. Su padre biológico está ausente desde hace años, con contactos esporádicos y sin participación en la crianza. La madre carga con una historia de migración y precariedad económica.

Variables sociodemográficas: vive en CABA y mantiene una escolaridad en curso. No cuenta con cobertura privada de salud ni con antecedentes de tratamientos anteriores.

Derivación: CESAC y Escuela.

➤ *Caso 7: varón de 11 años*

Un varón de 11 años concurre a la admisión acompañado por su madre, quien refiere como motivo de consulta la continuidad de un tratamiento previo interrumpido por incompatibilidad horaria con la escuela. La madre brindó la mayor parte de la información, mientras que el varón se mostró reticente a sostener un espacio terapéutico, llegando incluso en un momento a retirarse del consultorio.

No emergen síntomas nuevos, aunque persisten las dificultades escolares y de atención que habían motivado consultas anteriores. El discurso materno se centró en la necesidad de sostener la continuidad de un tratamiento que había quedado trunco.

Contexto familiar y grupo continente: reside en CABA junto a su madre y un hermano menor. La familia migró desde Perú en 2019 y atravesó la separación conyugal en 2020, quedando el padre radicado en el país de origen. La madre asume en soledad la crianza y la manutención de los hijos, sin contar con redes de sostén estables.

Variables sociodemográficas: Mantiene una escolaridad en curso. Sin cobertura privada de salud. Antecedentes de tratamiento psicopedagógico en el Hospital Durand y de psicoterapia en el Ameghino.

Derivación: Familia.

➤ *Caso 8: varón de 12 años*

Concurren a la admisión un varón de 12 años acompañado por su madre y su padre. El motivo de consulta se centró en un supuesto desinterés escolar y conducta desafiante, atribuidos por la madre al exceso de tiempo que su hijo dedica al fútbol. El contexto es de crisis económicas y vinculares: el padre recientemente desempleado y sumido en un estado de abatimiento, la madre con un discurso dominante y un proyecto de separación en curso. Cuando el varón, a solas con la profesional, pudo ser escuchado en primera persona, expresó su deseo de poder hablar de las cosas que pasan en su casa, dejando en claro que para él el malestar no residía en el fútbol ni en la escuela, sino en el clima familiar conflictivo. El fútbol aparecía para él como un espacio identitario, un modo de diferenciarse en un contexto donde los mandatos lo colocaban en el lugar de

"quien debe lograr algo" en contraposición al padre caído y a los hermanos mayores, quienes habían abandonado el colegio.

Contexto familiar y grupo continente: Constituido por su madre, padre y tres hermanos, el grupo familiar se encontraba en un momento de gran fragilidad: un padre debilitado en su función y un clima familiar muy hostil por la tensión entre ambos padres.

Variables sociodemográficas: reside en CABA, mantiene su escolaridad en curso, cuenta con cobertura de obra social. No presenta antecedentes de tratamientos anteriores.

Derivación: Familia.

➤ *Caso 9: varón de 12 años*

Concurren a la consulta un varón de 12 años acompañado por su madre. El motivo de consulta se vincula a dificultades de concentración y dispersión en la escuela, señaladas por docentes y retomadas por el discurso materno. Durante la admisión a solas con la profesional, él expresa con claridad sus propios miedos frente al pasaje a la secundaria y manifiesta su deseo de ingresar a un colegio con orientación artística -orientación desestimada por la familia-.

Contexto familiar y grupo continente: Convive con su madre, su padre y sus tres hermanos mayores. El varón es el hijo menor de una madre con hijos adultos de un matrimonio anterior y de un padre muy ocupado laboralmente con quien comparte los fines de semana. La madre aparece absorbida por el cuidado de la hermana mayor con diagnóstico psiquiátrico, relegando a este hijo a un lugar secundario dentro de la trama familiar.

Variables sociodemográficas: reside en CABA y mantiene una escolaridad en transición a secundaria (cierre de primaria y búsqueda de nueva institución).

No cuenta con cobertura privada de salud. Registra antecedentes de abordaje psicopedagógico pero no psicológico.

Derivación: Escuela y familia.

4.4. Adolescencia

Para este período se registra una adolescente mujer y dos adolescentes trans. Los motivos de consulta se distribuyeron entre problemas de aprendizaje/conducta, alteraciones del estado de ánimo, problemas vinculares y sociales, y en el caso de las disidencias de género, también autolesiones y problemáticas identitarias. Las derivaciones provienen de la escuela y de las propias familias.

A continuación, se detallan las admisiones con sus correspondientes análisis:

➤ *Caso 10: adolescente mujer de 13 años*

Concurren a la admisión una adolescente mujer de 13 años acompañada por su madre, derivada por el colegio y por su psicopedagoga, en el marco de dificultades escolares y de concentración. El colegio insistía en la necesidad de que contara con un acompañamiento externo que avalara las adecuaciones pedagógicas ya implementadas, mientras que la psicopedagoga particular había sugerido la realización de estudios neurológicos y la tramitación de un Certificado Único de Discapacidad (CUD). La madre, sin recursos para sostener evaluaciones privadas y con la pérdida de la cobertura de salud, relata sentirse exigida por esta demanda. Durante la entrevista clínica, la adolescente, a solas con la profesional, relata el impacto de un quiebre vincular con su mejor amiga que la expuso frente al curso y la dejó aislada durante todo un ciclo lectivo. Desde entonces, comenzó

a presentar crisis de angustia y ataques de pánico en situaciones de exposición pública, como hablar en clase o en la misa.

Contexto familiar y grupo continente: La adolescente convive con su madre, su padre y un medio hermano. La madre, atravesada por la precariedad laboral y una historia de enfermedad grave en remisión, deposita en su hija un lugar de sostén, mientras que el padre ocupa un rol más periférico y juvenil.

Variables sociodemográficas: Reside en CABA, manteniendo su escolaridad en curso en escuela privada con subvención estatal. No tiene cobertura de salud al momento de la admisión. Cuenta con antecedentes de tratamientos psicológicos y psicopedagógicos previos, en forma privada, interrumpidos por motivos económicos.

Derivación: la escuela, la Psicopedagoga y la familia.

➤ *Caso 11: una adolescente trans de 14 años*

Concurren a la entrevista una adolescente trans de 14 años acompañada de su mamá, luego de dos internaciones breves en el Sanatorio Güemes, motivadas por episodios de autolesiones mediante cortes y la ingesta de pastillas. En el momento de la consulta tenía suspendida la escolaridad, tras abandonar la cursada debido a la gravedad de los episodios recientes. La madre presenta el motivo de consulta desde la urgencia: los cortes, la medicación y la internación. Desde la perspectiva de la adolescente, el núcleo del malestar se vincula con el rechazo familiar a su identidad de género y con el sentimiento de no ser tomada en serio por quienes la rodean, en especial su padrastro, quien realiza chistes despectivos. Durante la entrevista, a solas con la profesional, la adolescente mostró interés en el tratamiento y logró asociar sus autolesiones con estas

vivencias de desamparo: mudanza reciente, conflictos con el padrastro, falta de sostén materno y un vínculo frágil con el padre.

En relación al recorrido en torno a la identidad de género, la joven relató que desde 2022 comenzó a explorar distintas identidades, transitando por varias nominaciones hasta definirse como trans. Este recorrido fue vivido como proceso de búsqueda y construcción, aunque sin acompañamiento familiar. En la actualidad, encuentra mayor aceptación en un vínculo de pareja con un adolescente varón que le ofrece escucha y cuidado, en contraste con la hostilidad del entorno hogareño.

Contexto familiar y grupo continente: Convive con su madre y padrastro. El padre, que se había desvinculado cuando la adolescente tenía un año, había reaparecido recientemente a través de contactos virtuales y visitas esporádicas, sin sostén afectivo ni económico constante. La madre, que quedó embarazada en la adolescencia, aparece desbordada y centrada en la dimensión biomédica del problema (medicación, internaciones). El padrastro se constituye para la adolescente como una figura de hostilidad y desmentida de su identidad. El grupo continente aparece debilitado y fragmentado, con vínculos atravesados por precariedad, ausencia y rechazo. En contraste, durante la admisión emergen referencias a pares y espacios juveniles donde la adolescente logra mayor alivio.

Variables sociodemográficas: La adolescente reside en CABA y al momento de la admisión mantenía interrumpida su escolaridad debido a las recientes internaciones (dos en un mes) en Sanatorio Güemes por cortes e ingesta de pastillas. Presenta antecedentes de tratamientos psicológicos y psiquiátricos previos por problemas de alimentación y autolesiones. Cuenta con cobertura de salud.

Derivación: Familia y Sanatorio Güemes (post-externación).

➤ *Caso 12: un adolescente trans de 14 años*

Concorre a la admisión un adolescente trans de 14 años acompañado por su madre, en el marco de un motivo de consulta que articula cuestiones respecto de su identidad de género y dificultades escolares. Desde su perspectiva, se nombra como varón aunque su presentación estética mantiene rasgos femeninos. Relata identificaciones múltiples (con pares trans y con elementos histriónicos y performáticos) y menciona episodios de cortes. En el ámbito escolar, el adolescente había abandonado una escuela técnica y se trasladó a otra institución, lo que precipitó citaciones a la madre por comentarios del joven sobre "maltratos en la casa". El cambio intempestivo y las dificultades académicas se articularon con un malestar subjetivo más amplio, ligado tanto a su identidad como a la conflictiva dinámica familiar.

Desde la mirada materna, el motivo de consulta también incluía lo trans. La madre, enfermera, expresa una preocupación intensa, con intervenciones que oscilan entre el cuidado y el control. Durante la admisión, relata episodios de violencia -como la destrucción del celular de su hijo por enojo frente a publicaciones en redes sociales- que marcaron la dinámica conflictiva de la convivencia.

El adolescente ubica como referencia la experiencia de un amigo trans que transitó una cirugía mamaria y con quien comparte intercambios significativos. El relato incluye también menciones a episodios ambiguos de carga sexual en la infancia, no retomados con claridad, que introducen elementos de vulnerabilidad y posibles escenas de violencia difíciles de precisar.

Contexto familiar y grupo continente: El adolescente residía en CABA con su madre. La madre aparece implicada y presente, aunque con un lugar desbordado que el adolescente percibe como excesivo. El padre, separado de la madre, no concurrió a la admisión y según menciona el adolescente, lo percibe como alguien distante.

Variables sociodemográficas: La escolaridad se encuentra en curso, aunque atravesada por cambios de institución y riesgo de repitencia. Presenta antecedentes de conductas de autolesión.

Derivación: Escuela y familia.

Tabla - Caracterización general de la muestra (n=12)³⁵

Caso	Edad (años)	Género	Período	Motivo de consulta	Derivación	Tratamientos anteriores
1	5	Femenino	Primera infancia	Problemas familiares / sociales y Comportamientos disruptivos / perturbadores	Familia	No
2	5	Femenino	Primera infancia	Comportamientos desafío - oposición y Problemas familiares / sociales	Familia y escuela	No
3	8	Femenino	Período de latencia	Problemas de aprendizaje y /o Conducta y Mutismo selectivo	Familia (por escuela)	Sí (psicología)
4	6	Masculino	Período de latencia	Comportamientos disruptivos y Problemas familiares / sociales	Escuela y hospital	No

³⁵ Las descripciones de cada uno de los motivos de consulta según el DSM 5 TR y el CIE 11 se encuentran desarrolladas en el **Anexo III**.

5	8	Masculino	Período de latencia	TDAH (diagnóstico previo)	Hospital	No
6	11	Masculino	Pubertad	“Trastorno de conducta con autoagresión” (diagnóstico previo) y Problemas familiares / sociales	CESAC y escuela	No
7	11	Masculino	Pubertad	Problemas de aprendizaje	Familia	Sí psicopedagogía
8	12	Masculino	Pubertad	Problemas familiares/sociales y Comportamientos desafío-oposición	Familia	No
9	12	Masculino	Pubertad	Problemas de aprendizaje y/o conducta y otros problemas (miedos)	Escuela y familia	Sí psicopedagogía
10	13	Femenino	Adolescencia	Problemas de aprendizaje y /o Conducta y Alteraciones del estado de ánimo	Escuela y psicopedagoga	Sí, psicología y psicopedagogía
11	14	Trans	Adolescencia	Autolesiones y Problemáticas en torno a la identidad de género	Familia y Sanatorio	Sí, psicología y psiquiatría
12	14	Trans	Adolescencia	Problemáticas en torno a la identidad de género y	Escuela y familia	Sí, (autolesiones)

				Problemas de aprendizaje y /o Conducta		
--	--	--	--	--	--	--

Fuente: Elaboración propia a partir de fichas epidemiológicas, Centro de Salud Mental N.º 3 "Dr. Arturo Ameghino", segundo semestre 2024.

4.5. Resultados obtenidos a partir de “lo que trae la demanda”

Si bien los resultados aquí expuestos deben leerse en el marco acotado de las entrevistas de admisión relevadas -por tanto, relativos a las condiciones institucionales, discursivas y contextuales que las atraviesan-, se desprende que el conjunto de los casos permitió advertir tendencias diferenciales según el género en los padecimientos subjetivos.

En esta línea, es posible encontrar una correspondencia entre dichas diferenciaciones y las investigaciones previas de alcance nacional e internacional (Cova et al., 2005; Grigoravicius et al., 2023; López et al., 2009; Machado Zubeldia y Bardi, 2013) que han sido relevadas en el Capítulo 1. Antecedentes. Al respecto, los estudios señalan que lxs niñxs varones son derivados con mayor frecuencia a los servicios de salud mental -sobre todo entre los seis y doce años- por presentar conductas disruptivas, dificultades atencionales o problemas de aprendizaje. En cambio, en las niñas predominan los cuadros ansiosos o de inhibición, generalmente detectados en etapas más tardías.

De la información recabada, en la primera infancia, la totalidad de las consultas correspondió a niñas de 5 años, con predominio de problemáticas familiares y sociales junto con manifestaciones de conducta disruptiva en contextos de crisis familiar. Esta distribución constituye una particularidad de la muestra que no se condice con la tendencia reportada en la literatura, donde los varones predominan en las consultas de este período. Estudios como los de Cova et al. (2005), López et al. (2009) y Grigoravicius et al. (2023) señalan que en

varones de primera infancia se manifiestan con mayor frecuencia trastornos del ámbito conductual (trastorno por déficit atencional hiperactivo, trastorno oposicionista, trastorno disocial) y trastornos generalizados del desarrollo, mientras que en las niñas son más frecuentes el mutismo selectivo y los trastornos ansiosos. Asimismo, la literatura revisada (Bragado et al., 2011; Etchegaray, 2011; Machado Zubeldía y Bardi, 2013) señala que los varones son derivados con mayor frecuencia que las niñas a los servicios de salud mental en la primera infancia y latencia, fundamentalmente entre los 3 y 12 años, dado que las conductas disruptivas generan molestia en las personas adultas.

La ausencia de varones en primera infancia en la muestra analizada constituye una limitación metodológica vinculada al recorte temporal (seis meses) y al criterio de selección (dos casos por mes), que no capturó la distribución habitual de la demanda. Según la experiencia clínica de las profesionales entrevistadas (que será desarrollada en el Capítulo 6), sí reciben habitualmente consultas de varones en este período, principalmente por conductas disruptivas y diagnósticos de TEA. Este contraste entre la muestra analizada y la experiencia clínica general del servicio subraya la necesidad de interpretar los hallazgos de primera infancia con resguardo, reconociendo que no son representativos de la distribución que suele presentarse esperada. Asimismo, cabe destacar que ambos casos de niñas presentan conducta disruptiva -uno de ellos en contexto de crisis familiar severa-, cuando según la literatura este tipo de consulta es más frecuente en varones, mientras que en niñas predominan manifestaciones de inhibición o ansiedad. Esta particularidad puede vincularse con el hecho de que, tal como señalan Machado Zubeldía y Bardi (2013) las manifestaciones sintomáticas "adaptativas" en niñas tienden a ser invisibilizadas, llegando a la consulta solo cuando se agudizan o cuando se presentan de manera disruptiva que genera malestar en el entorno adulto.

En los períodos de latencia y pubertad predominaron los varones, con motivos de consulta centrados en la conducta, la atención, la hiperactividad o el rendimiento escolar. En el único caso correspondiente a una niña, el motivo de

consulta principal fue una inhibición. Esta distribución coincide con la literatura revisada, que da cuenta de la mayor visibilidad de los síntomas externalizantes en los varones y de la subrepresentación de los malestares internalizantes en las niñas, los cuales suelen emerger recién en etapas posteriores (Bragado et al., 2011; Etchegaray, 2011, Grigoravicius et al., 2023)

Cabe agregar, los diagnósticos presuntivos que llegaron a la admisión correspondientes a estos períodos -TDAH, trastornos de conducta o mutismo selectivo- ilustran la tendencia a la medicalización social del malestar infantil, en consonancia también con lo desarrollado en los antecedentes de las investigaciones. Tal como allí se expuso, diversos autores advierten que estas prácticas tienden a patologizar comportamientos que se desvían de la norma (Gerlero y Augsburger, 2019; Janin, 2013; Untoiglich, 2014), reforzando incluso procesos de biomedicalización y farmacologización que afectan con particular fuerza a la población infantojuvenil. Al respecto, esto refuerza la crítica planteada por Janin (2013) y Untoiglich (2014) acerca de los diagnósticos que clausuran el sentido, operando como dispositivos de control antes que como herramientas de lectura clínica.

Por último, en la adolescencia, los motivos de consulta se centraron fundamentalmente en alteraciones del estado de ánimo, autolesiones, y problemáticas identitarias ligadas al género, especialmente en las adolescencias trans, donde el sufrimiento se articuló con la búsqueda de reconocimiento y pertenencia. En estos hallazgos se observa nuevamente una correspondencia con los antecedentes relevados, que señalan una mayor prevalencia de los malestares descritos para las mujeres y disidencias (UNICEF, 2022) y advierten que el rechazo social y la violencia simbólica funcionan como factores de riesgo en este período.

CAPÍTULO 5. GÉNERO Y MOTIVOS DE CONSULTA: MIRADAS CLÍNICAS EN JUEGO

Este apartado describe los modos en que las psicólogas intervinientes perciben el papel del género en los procesos de subjetivación y en la configuración

de los padecimientos de las infancias y adolescencias tal como se manifiestan en los motivos de consulta analizados.

Estos desarrollos se inscriben en la concepción del género como constructo sociohistórico y principio organizador de la subjetividad desde donde es posible afirmar que las configuraciones de género inciden en los procesos de subjetivación y en la producción de malestar psíquico. En esta dirección, las configuraciones de género inciden en los procesos de subjetivación y en la producción de malestar psíquico, modelando tanto las formas en que el sufrimiento se expresa como los modos en que es interpretado clínica y socialmente (Bleichmar, 2006; Butler, 1990/2007; Grigoravicius et al., 2023, Fernández, 1992; Machado Zubeldia; Tajer, 2017 y 2021). Esto constituye el punto de partida para los desarrollos que a continuación se detallan.

Con este propósito, en primer lugar, se realizan recortes específicos de los relatos de las psicólogas para cada admisión en torno a este tema. Y, en segundo lugar, se analiza la influencia del género en los modos de subjetivación de las infancias y adolescencias, a fin de identificar sus efectos en la configuración del padecimiento subjetivo a partir de lo que se manifiesta en los motivos de consulta.

5.1. Primera infancia

Respecto de los casos de primera infancia, las profesionales identificaron la operación del género principalmente en la dimensión materna y en la distribución de lugares dentro de la dinámica familiar, aunque reconocieron que "*no apareció algo directamente*" sobre roles de género en las niñas mismas.

➤ *Mandatos maternos de cuidado y fragilidad*

En el primer caso, la profesional señala:

“Creo que en este caso es posible articular alguno de estos factores más que nada en lo que se escucha en relación a la mamá pero no tanto en relación a esta nena. Creo que en cuanto a expectativas, roles y lugar que esta mamá sostenía, estando ella sola, buscando proteger a su hija y buscando lo mejor para su hija quizá en un intento de protegerse a ella también, ¿no? Y se preguntaba que quizá ella no estaba haciendo lo suficiente para que su hija estuviera bien”.

En este fragmento, la profesional alude a una madre sola, con un discurso centrado en el cuidado y la búsqueda de *“hacer lo suficiente”*. Asimismo, sería posible ubicar cómo emerge con fuerza la dimensión del mandato materno en torno al cuidado: el deber ser de la madre como garante de bienestar y protección.

➤ *Distribución desigual de reconocimiento: "la problemática" vrs. "la ideal"*

Para el segundo caso, la psicóloga refiere:

“En esta admisión no surgió algo directamente en relación a los roles de género o expectativas por ser nena. Pero pienso que sí hay algo en cómo se la intenta ubicar como "la problemática", frente a una hermana idealizada, que es la obediente y la que sostiene a los padres”.

En este recorte sería posible visibilizar cómo el género organiza la distribución de los lugares en aquella dinámica familiar a través de la asimetría entre las hermanas: una niña es ubicada como *“la problemática”*, mientras que la otra es

“idealizada”, obediente y sostenedora de los padres. Este contraste invita a reflexionar acerca de cómo se reproduce una lógica binaria de género dentro de esa dinámica familiar -la oposición entre la niña que “se desborda” y la que “contiene”-, donde la obediencia y el sostén emocional son valorizados como rasgos “femeninos adecuados”. Y en este sentido, la patologización de una de las hermanas pondría en evidencia el efecto de la distribución desigual del reconocimiento en los roles, donde una cumple con el ideal normativo y la otra encarna la falla.

Cabe destacar además que, la entrevistada aclara que “no surgió algo directamente” ligado a los roles de género, pero sus interpretaciones muestran que el género opera de modo subyacente, estructurando posiciones y expectativas. Esta distancia entre lo “dicho” y lo “operante”, se considera un punto relevante en tanto permite ubicar cómo impacta el género, incluso cuando no es tematizado explícitamente.

5.2. Período de latencia

En el período de latencia, las profesionales identifican operaciones del género vinculadas a expectativas diferenciadas según el sexo asignado, roles sociales (particularmente la sobrecarga materna) y procesos de medicalización.

➤ *Expectativas de pasividad y lugar de "la hija mujer":*

Para el caso de la niña con mutismo selectivo, la admisora refiere:

“Pienso que podría articularse algo en relación a que se trata de la hija mujer y que es la más chica del grupo familiar. Quizás, si fuera un varón, se

esperaría otra cosa. Pero me parece que hay algo ahí: de la niña pegada a la madre, o que se esperara de ella una actitud más pasiva o más “para adentro”. Pienso si no ocupa ahí un lugar de acompañamiento a esta madre. Y me parece que hay una dificultad de esta madre en soltar a su hija en esta etapa de “salir al exterior”.

A partir de los recortes de “*la hija mujer*” y “*la más chica*”, se desprende un doble lugar de infantilización y femineidad asociada a la pasividad. Por su parte, la expectativa de “*una actitud más pasiva*”, la expresión “*pegada a la madre*” y la referencia a la dificultad materna “*para soltar a su hija*” podrían interpretarse como formas en las que se traduce el mandato de cuidado y contención propio del ideal femenino.

➤ *Sobrecarga materna y ausencia paterna: la familia como escenario generizado*

Para el caso del varón de 6 años con conductas disruptivas, la profesional observa:

“El rol de género está muy claro. Mujer sola, hijos de distintos padres, y los hombres no aparecen, es decir, padre ausente - madre desbordada. Esto se repite en muchas consultas. La precariedad económica se suma a la falta de sostén. Hay muchas madres solas criando en soledad total. En este caso no se ve algo en relación a la identidad o sexualidad del niño, pero sí en relación a los roles sociales que se espera que cumpla. No se espera que el niño sea disruptivo. Pero lo es. Él desorganiza, y eso es vivido como un problema que no se puede contener”.

Por un lado, es posible ubicar cómo la entrevistada sintetiza una figura recurrente en las consultas: “*mujer sola, hijos de distintos padres, hombres*

ausentes, madre desbordada". En este aspecto, es posible ubicar cómo la descripción condensa una característica de la escena social en torno al género: la madre como sostén único y el varón como figura ausente. Y en este sentido, del relato se desprende la sobrecarga femenina atribuida a la responsabilidad exclusiva del cuidado. Por otro lado, "el niño", en este contexto, al "desorganizar" y resultar "disruptivo", parecería encarnar la imposibilidad de sostener la demanda social de orden y adaptación que pesa sobre las madres.

➤ *Medicalización y género: cuando "los hiperactivos" son madre e hijo*

Respecto del caso del varón con diagnóstico presuntivo de TDAH, la psicóloga menciona: la psicóloga menciona:

"Sobre esto que me preguntas, es llamativo que en este caso "los hiperactivos" son tanto el niño como su mamá. No se ha entrado en profundidad sobre lo que la madre piensa del diagnóstico respecto de sí misma, siendo alguien femenina digo, pero rompe cierta hipótesis de predominancia de atribuir el comportamiento inquieto de los niños y homologarlo a un diagnóstico".

"A su vez, sobre el motivo de consulta, creo que influyeron las presiones que recibía y recibe esta madre respecto de su propia maternidad... y del cuidado o los intentos de forma de cuidado que imparte sobre sus hijos (...) Y la facilidad ilusoria que quizá halló en una salida con un diagnóstico. Y llegando más lejos aún, pienso en voz alta, depositando en su hijo cierta responsabilidad (...).

En primer lugar, podría señalarse cómo el género se inscribe en la relación entre el diagnóstico y la figura materna, rompiendo con la hipótesis habitual que asocia la inquietud exclusivamente a lo masculino. De esta observación se infiere

un matiz importante: si bien el diagnóstico funciona como dispositivo de clasificación de los cuerpos y conductas según normas de género, aquí esa frontera se desplaza.

En segundo lugar, la salida ilusoria en torno a la medicalización podría leerse como una estrategia de legitimación del malestar, tanto del niño varón como de la madre, frente a un entorno que exige control y adaptación.

En suma, podría pensarse que en este caso se observa cómo el género atraviesa las prácticas de diagnóstico y la distribución de responsabilidades en el padecimiento: la madre se vuelve simultáneamente objeto de juicio y sujeto culpabilizado, mientras el varón deviene portador del síntoma socialmente más aceptable.

5.3. Pubertad

En la pubertad, las profesionales identifican con mayor claridad la operación del género en forma de expectativas contradictorias que los púberes - particularmente los varones- deben responder, así como la emergencia de ideales identitarios que funcionan como modos de diferenciación.

➤ *Expectativas contradictorias: entre el cuidado y la valentía*

Sobre el primer caso analizado (varón de 11 años con autoagresión), de los relatos de la psicóloga se recorta:

“Pienso que sobre esta demanda de tratamiento sí es posible ubicar cómo se articulan cuestiones en torno a los roles y lo que esta mamá espera de

este hijo por quien consulta. Por un lado, ella espera que él sea autónomo e independiente como lo tuvo que ser ella de niña y adolescente, que tenía que hacerse cargo de sus hermanos. Quiere que cocine, que lave, que planche y que se haga cargo del cuidado de su hermanita. Podríamos decir que espera de él lo que antes se esperaba de las mujeres. Ella dice que los tiempos cambiaron. Pero se ve que se pasa de rosca con esta expectativa, digamos. Prácticamente es demasiado lo que le pide para hacer, hasta el cuidado de su hija más chiquita. (...) Y por otro lado, ella espera de él que se defienda, que sea bravucón, que sea más así como ella... Ella es envalentonada y va al choque. Y espera de él que se defienda con compañeros porque dice que es “demasiado bueno”. Hay que ver qué ideal espera de ese hijo porque es “confuso”.

Aquí, sería posible interpretar cómo las expectativas maternas confluyen en la tensión entre mandatos de género diversos, donde el varón se encuentra interpelado a responder simultáneamente al ideal femenino de cuidado y al ideal masculino de fortaleza.

➤ *“Reticencia frente a la continuidad de tratamiento”*

Respecto de esta admisión, la profesional no pudo referir cuestiones al respecto debido a la escueta información que brindó la madre en la entrevista y frente a la resistencia del varón a sostener el espacio terapéutico.

➤ *El ideal futbolístico como modo de diferenciación*

En relación al caso del varón de 12 años cuyo motivo de consulta giraba en torno al fútbol, la psicóloga refiere: la psicóloga refiere:

“Pienso que este chico encarnaba ese ideal de “joven futbolista” como un modo de diferenciarse y construir una identidad. Ya no era un niño: estaba en una posición de querer decidir sobre su vida y mostraba mucha claridad en su proyecto. Escuché también, entre líneas, que se esperaba que él fuera “el que logre algo”, el que no repitiera la trayectoria de los hermanos que tampoco habían estudiado. La madre, en particular, sostenía esa expectativa de que “por favor”, no abandone el colegio”.

Aquí, la profesional ubica al lugar del género, por un lado, en la construcción identitaria del adolescente como el ideal de “joven futbolista” y, por otro, en el peso de la expectativa materna de que “logre algo” en contraposición a los varones de su familia (el padre y sus otros hermanos).

➤ *La expresión del miedo y la vulnerabilidad en varones*

Sobre el caso del varón de 12 años con dispersión escolar, la entrevistada precisa:

“No apareció nada puntual sobre cuestiones de identidad y sexualidad. Pero pensaba en el lugar que ocupa como varón en esa familia. Justo en una transición de la primaria a la secundaria, donde algo hace ruido. No se

jugaba eso en lo sexual, pero él decía: ‘Quiero venir a hablar de mis miedos’. Y a esa edad hay miedos esperables”

En este caso, aunque la profesional señala que “*no apareció nada puntual*” sobre identidad o sexualidad, la reflexión posterior permite introducir una lectura en clave de género: el lugar que ocupa el púber “*como varón en esa familia*”, justo en el pasaje de la primaria a la secundaria. Asimismo, en ese tránsito -marcado por transformaciones corporales y simbólicas-, la expresión “*quiero venir a hablar de mis miedos*” resulta particularmente significativa. En este aspecto, el pedido de hablar de los miedos desafía los modelos hegemónicos de masculinidad que desautorizan la expresión del temor o la vulnerabilidad.

A su vez, vuelve a aparecer esta distancia entre lo “dicho” (“*no apareció nada puntual*”) y lo “operante” (el lugar que ocupa el púber “*como varón en esa familia*”), pudiendo poner de relieve la tensión y los efectos de la heteronorma en los roles y las configuraciones familiares y en los padecimientos.

5.4. Adolescencia

En la adolescencia, se percibe cómo las psicólogas expresan de manera más explícita el modo en que el género se manifiesta, tanto en relación con los ideales de feminidad (peso de la mirada, cuerpo) como en los procesos de construcción identitaria de las adolescencias trans.

➤ *El peso de la mirada y los ideales de feminidad*

Sobre el caso de la adolescente mujer de 13 años, la admisora relata:

“Creo que la preocupación de la adolescente está centrada en algo de lo identitario propio de esa etapa y ahí mismo se recorta lo que tiene que ver

con el motivo de consulta para ella. En esto de ver cómo se posiciona, cómo se ubica, haciendo malabares con eso del abrochamiento de su identidad, digamos. Sobre todo, en esta dificultad en relación al peso que siente de la mirada de los otros y respecto de tomar la palabra”.

La dificultad de la adolescente para “*tomar la palabra*” y la sensación de estar bajo “*el peso de la mirada*” podría leerse como una respuesta a la exigencia de presentarse de un modo aceptable ante las otras personas, lo que en el campo de la feminidad suele intensificarse por la dimensión del cuerpo como objeto de observación y juicio. A su vez, estas reflexiones permitirían pensar en el impacto de los mandatos de género en los procesos de identificación del período de la adolescente como tal.

➤ *Identidad trans y reconocimiento: "no sentirse tomada en serio":*

Acerca del primer caso trans (adolescente de 14 años con autolesiones), la entrevistada precisa:

“Creo que en este caso se vio muy claro en esta cuestión de no sentirse tomada en serio respecto de su identidad de género, de no ser aceptada por su entorno familiar. Por lo menos en ese momento, que tenía 14. Habrá que ver si eso persiste o no ahora, pero sí, eso influía en el motivo de consulta”.

En este relato, resulta más nitida la articulación entre el género y el motivo de consulta pudiendo ser enmarcado el impacto heteronormativo sobre las trayectorias adolescentes: la imposibilidad de ser reconocida en los propios términos de identidad “*esperable*” (femenina / masculina) deviene experiencia de exclusión, rechazo y desamparo por parte de su familia.

➤ *Identidad en disputa y cuidado materno excesivo*

Sobre el segundo caso trans (adolescente de 14 años), la profesional menciona:

“En este caso el motivo de consulta está relacionado directamente con cuestiones de identidad, bien preciso. Él habló de lo trans y de cómo estaba transitando el proceso sobre eso. También, por su parte la madre mencionó lo trans como algo que a ella le costó un montón aceptar”.

Aquí también la articulación entre género e identidad adquiere una forma más directa. La profesional misma señala que el adolescente *“habló de lo trans”* como parte del proceso de construcción de sí, mientras que la madre *“mencionó lo trans como algo que le costó aceptar”*. Cabe agregar que, podría interpretarse que la escena de la admisión se configuró alrededor de una tensión entre el proceso de afirmación identitaria del adolescente y la dificultad materna de simbolizar aquello que se constituye como tal.

5.5. Reflexiones acerca de las miradas clínicas en juego

En los recortes de las entrevistas analizadas, a través de los relatos, se articula el modo en que el género se encuentra estructurando los modos de subjetivación en el terreno de las infancias y adolescencias. En los dichos, es posible reconocer que, incluso cuando el género no aparece nombrado explícitamente, su lógica atraviesa los modos de sentir, hablar y actuar de lxs sujetos, articulándose en relación a factores de identidad, sexualidad y roles sociales que se entrelazan con los padecimientos subjetivos y dejan su impronta en los motivos de consulta.

En la primera infancia, las narrativas clínicas muestran cómo el mandato de cuidado y sacrificio, históricamente atribuido a lo femenino, se reactualiza en las figuras maternas que cargan con la responsabilidad exclusiva del bienestar infantil, pero también en las niñas que asumen lugares de sostén emocional o se ven atrapadas en lógicas de idealización y falla.

En la latencia, el género se torna visible en los modos en que se codifican o medicalizan los comportamientos infantiles, poniendo de relieve cómo la patologización puede reproducir estereotipos de lo que “debería ser un niño o una niña”. Asimismo, la sobrecarga materna y la ausencia paterna configuran un escenario recurrente donde los síntomas infantiles se inscriben.

Durante la pubertad, los relatos permiten observar cómo los ideales parentales y sociales de autonomía, fortaleza o éxito se articulan con los mandatos de género tradicionales, generando tensiones identitarias en quienes deben responder simultáneamente a expectativas contradictorias: cuidar y obedecer (reconocido como “lo femenino”), ser fuertes y destacarse (atribuido a lo “masculino”).

Finalmente, en las admisiones analizadas que pertenecen al período de la adolescencia, se percibe cómo el género se manifiesta como un punto de tensión ya sea frente al peso de la mirada social y los ideales de feminidad o en los procesos de afirmación identitaria de adolescentes trans frente al rechazo familiar y la falta de reconocimiento.

Estos resultados dialogan con los antecedentes relevados que describen el impacto de la heteronorma y los estigmas de género en la salud mental infantojuvenil. Tal como se ha explicitado, diversos estudios (UNICEF, 2021, 2022; OMS, 2013-2020; Capicüa Diversidad, 2014; 100% Diversidad y Derechos, 2016) advierten que las disidencias sexuales y de género enfrentan mayores niveles de rechazo, acoso y violencia simbólica, lo que incrementa el riesgo de depresión, ansiedad y autolesiones. Asimismo, los modelos hegemónicos de masculinidad y femineidad generan efectos diferenciados: mientras que las ‘niñas’ y adolescentes ‘mujeres’ son socializadas en la obediencia, la culpa y el autocontrol, los ‘niños’ y

adolescentes ‘varones’ varones lo son en la fortaleza, la autosuficiencia y la negación del miedo o la vulnerabilidad (UNICEF, 2022).

De modo convergente con los aportes de Bleichmar (2006), Butler (1990/2007), Fernández (1992, 2005) y Tajer (2018, 2021), las reflexiones de este análisis confirman que las tramas de género instituyen modos de subjetivación regulando lo que puede o no ser reconocido como malestar legítimo. Por su parte, y en línea con lo ya fundamentado, el entorno -constituido en su mayoría por el mundo adulto circundante a cargo de las tareas de cuidado y crianza-, también sesgado por la heteronorma, cumple un papel preponderante en el juego intersubjetivo que hace a la constitución del psiquismo, interpretado, valorando o desestimando los padecimientos. Al respecto, y en línea con las percepciones de las psicólogas, el género impacta desde la conformación de los roles y las dinámicas familiares, en los modos de subjetivación infantojuveniles.

En suma, los motivos de consulta analizados permiten concluir que el padecimiento subjetivo no puede pensarse al margen del entramado simbólico que el género organiza el cual incide en las prácticas diagnósticas y de atención, atravesando las miradas clínicas en juego.

CAPÍTULO 6. PADECIMIENTOS SUBJETIVOS INFANTOJUVENILES EN CLAVE DE GÉNERO

Este apartado propone caracterizar las significaciones que las profesionales atribuyen a las diferencias de género en los modos de presentación, diagnóstico y abordaje clínico de los padecimientos subjetivos de lxs niñxs y adolescentes a partir de sus relatos y experiencias

Desde una lectura situada, el análisis reconsidera la noción de padecimiento subjetivo como expresión singular del sufrimiento psíquico,

enmarcado en las tramas vinculares, simbólicas y sociales que lo sostienen y al género como un principio organizador de la subjetividad y determinante social que estructura tanto las formas de sentir y padecer como las posibilidades de su reconocimiento clínico y social (Bleichmar, 2006; Butler, 1990/2007; Fernández, 1992; Tajer, 2017 y 2021).

A su vez, el desarrollo advierte sobre la tendencia contemporánea a la medicalización de los comportamientos infantiles (Janin, 2013; Untoiglich, 2014), fenómeno que condiciona la legitimación o desestimación de los padecimientos según su grado de codificación diagnóstica. Dicha tendencia se sostiene en el discurso biomédico y en la distribución desigual de los roles de cuidado, permeada por los valores normativos de feminidad y masculinidad vigentes.

Por último, se contemplan las características e implicancias de la época en los padecimientos subjetivos infantojuveniles, atendiendo a las transformaciones sociales, familiares y tecnológicas que configuran nuevas formas de malestar y de expresión del sufrimiento.

En esta línea, las preguntas orientadoras del estudio abordan la legitimación o desestimación de los síntomas, los diagnósticos y modos de medicalización diferencial según el género y los motivos de consulta más recurrentes en la admisión infantojuvenil.

6.1. En torno a la legitimación y desestimación de las formas de expresión del padecimiento infanto-juvenil

Las entrevistadas destacan que las formas de sufrimiento que arriban con diagnóstico previo son las más legitimadas social e institucionalmente.

Una de las profesionales sintetiza:

“Lo que escuchás que te parece que tiene más legitimidad es todo lo que llega con diagnóstico. En contraposición, lo que queda en los márgenes son aquellas manifestaciones menos codificables, ligadas muchas veces a

situaciones de violencia o al silencio, que suelen ser desestimadas o malinterpretadas”.

Otra de las psicólogas refiere:

“Sin dudas, lo que es más reconocido digamos es todo lo que viene con diagnóstico previo de otras instituciones, ya sea la escuela, un juzgado o un hospital, y muchas veces eso hace de obstáculo para habilitar un trabajo posible porque obtura la posibilidad del armado de una pregunta sobre ese malestar e incluso, hay veces un diagnóstico previo genera tensión para dar ciertas respuestas, por ejemplo si viene con TDAH que se haga la interconsulta con psiquiatría”.

De los relatos de las entrevistadas es posible situar cómo la legitimación de ciertas formas de sufrimiento, la cual se asocia a un diagnóstico previo, opera en múltiples niveles: determina qué síntomas son más reconocidos como tales por las instituciones (escuela, salud, justicia) y qué malestares permanecen invisibilizados hasta que se agravan o devienen crisis. En este aspecto, el diagnóstico funciona así como un dispositivo que, al tiempo que habilita el acceso a recursos y tratamientos, puede clausurar el sentido del padecimiento reduciéndolo a una nomenclatura que desatiende su historicidad y sus determinantes sociales.

6.2. Primera infancia

En este período las profesionales refieren que en la práctica clínica del servicio se observa un predominio de varones con manifestaciones de desborde pulsional, que se traducen en “excesos” conductuales los cuales son rápidamente etiquetados en categorías diagnósticas. Las niñas, en cambio, suelen llegar con presentaciones de inhibición o mutismo, configurando un padecimiento “más silencioso” y menos disruptivo.

Una entrevistada resume:

“Solemos ver que los nenes llegan a la consulta más que nada por alguna conducta disruptiva. También llegan nenes con diagnósticos de TEA (Trastorno del Espectro Autista). No así las nenas, que vienen más por cuestiones de inhibición”.

Otra integrante del equipo refiere:

“Cuando pensamos en los niños varones más chicos, la mayoría de las consultas tienen que ver con impulsividad, con desinhibición, y con el cuerpo y eso es más del lado de los varones, mucho más. Veíamos que en los casos que estuvimos charlando, las niñas venían por un mutismo, y los varones por demasiado, por exceso. Mucha pasividad del lado de las niñas”.

A su vez, otra de las psicólogas menciona:

“En la primera infancia recibo más varones que nenas. Mucho más relacionado al desborde pulsional. Desde ya que intervienen, por ejemplo, retirándolos del jardín antes, o proponiendo alguna reubicación. Muchas veces son cuestiones que aparecen en los jardines, también en las casas, donde tampoco saben muy bien cómo regular eso, y quizás la palabra no termina de alcanzar”.

6.3. Período de latencia

En este tramo las diferencias por género se tornan más difusas pero las psicólogas destacan que los varones siguen ocupando el lugar de lo “*disruptivo*”, mientras que las niñas tienden a expresar su sufrimiento por vías simbólicas, como el dibujo. En este sentido, lo disruptivo y lo visible vuelve a quedar ligado al varón, mientras que lo introspectivo y lo simbólico aparece asociado a las niñas. Esta diferenciación permitiría poner de relieve, nuevamente, cómo los mandatos sociales modelan la lectura de los síntomas y en qué términos se construyen los diagnósticos con los que llegan a la admisión.

En palabras de una de las entrevistadas:

“Sobre las diferencias me queda más claro lo de la primera infancia, que aparece más con lo disruptivo, con lo rabioso. En la latencia hay que estar más atentos porque todo es más silencioso. Ahí pueden estar pasando un montón de cosas, pero no necesariamente se expresan con claridad”.

Por su parte, otra refiere:

“En la latencia las nenas tienden más a dibujar, a expresarse por ese lado, a jugar más. A través de los dibujos aparecen muchas cuestiones a través de las cuales se puede trabajar. Con los varones puede aparecer también pero suele aparecer más con las nenas”.

En otra de las entrevistas, se corta lo siguiente:

“En la latencia las consultas aparecen más por lo que pasa en la escuela, sobre todo con los nenes. Ahí solemos ver que llegan más que nada por

alguna conducta disruptiva que pasa ahí en el colegio que muchas veces se nombra como hiperactividad y viene etiquetada como TDAH (Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad)”.

6.4. Pubertad

En esta etapa, las entrevistadas remarcan que los varones muestran mayor rechazo frente a figuras de autoridad y que a los padres varones *“les cuesta mucho más aceptar o canalizar ciertas vivencias”*. Afirman que las consultas por los varones se encuentran ligadas en torno a cuestiones de segregación, bullying. En cambio, las mujeres comienzan a presentar malestares más asociados a la mirada y a la presión sobre los ideales de belleza del cuerpo y la feminidad.

Una de las psicólogas relata:

“He recibido en el consultorio más situaciones con púberes mujeres, por cortes y para hablar de una elección sexual por ejemplo, más en mujeres que en varones”.

Otra de las profesionales refiere:

“En esta etapa veo que hay bastante diferencia en la manera de relacionarse con los padres y con las figuras de autoridad en general. Los varones presentan ciertas cosas, y las chicas otras. En ellas aparece más el malestar con la mirada. En los varones veo más segregación, más bullying. No digo que en las chicas no esté, pero es distinto. También en los varones veo más rechazo y ciertas dificultades en el armado de grupos de pares y que no aceptan ciertas cosas en torno a los límites. Y además cuando aparece algo de la violencia, cuesta más trabajar sobre eso. Y también veo que a los padres, especialmente los padres varones, les cuesta mucho más aceptar o canalizar ciertas vivencias”.

6.5. Adolescencia

En lo que respecta al período de la adolescencia las psicólogas perciben con más claridad una diferenciación por género. En los relatos de experiencia clínica, las entrevistadas explicitan cómo entre las mujeres predominan las autolesiones (cortes superficiales) y cuestiones en torno al cuerpo y la (hiper) sexualidad, siendo éstos los síntomas que condensan y recrudecen el peso de la mirada social y los vínculos. Mientras que entre los varones, se reportan con mayor frecuencia síntomas de retraimiento, vinculados al aislamiento social y al refugio en dispositivos tecnológicos.

Una de las psicólogas explicita:

“Los cortes que suelen aparecer a partir de los 13 lo más frecuente es que aparezca en mujeres, aunque también los recibí en pacientes varones, pero no en su mayoría. (...). Aunque tuve pacientes varones que estando en la facultad recurrieron al corte pero no es lo más común digamos”.

Otra de las entrevistadas refiere:

“En mujeres adolescentes, lo que aparece más frecuente son los cortes. Por lo menos, yo tuve una racha de chicas así. Y en varones, se observan más rasgos de tristeza y retraimiento, de quedarse en la casa, jugar solo a la Play... no comunicarse con otros”.

Cabe agregar además, un recorte más de otra de las integrantes:

“En la adolescencia aparecen nuevamente más consultas de mujeres, y donde interviene con más fuerza la mirada del otro: el cuerpo, la sexualidad,

las relaciones vinculares entre pares. Hay como un apuro, una urgencia -no me sale otra palabra-, como si estuvieran empujadas por la sociedad a meterse en la sexualidad antes de poder preguntarse con qué, con quién, para qué. Eso tiene mucho peso para ellas. Ahí aparecen más las mujeres, con conductas hipersexualizadas, y a la vez una cosa muy infantil, muy pequeña”.

6.6. En relación al grupo de las disidencias

Las profesionales no realizan una caracterización para el grupo de las disidencias en los períodos de primera infancia y latencia dado que no cuentan con casuística al respecto. Las primeras menciones que se recuperan corresponden a los períodos de pubertad y adolescencia, sustentándose en su experiencia clínica.

Al respecto, las entrevistadas precisan que las consultas de este grupo suelen centrarse en torno a la identidad de género y a la sexualidad, con un fuerte componente vincular y social.

En palabras de una de las psicólogas:

“Por lo general en estos casos aparecen muchas cuestiones en relación a las auto-percepciones, a las cuestiones de la identidad de género y de la sexualidad (...). Y con respecto a los padres es notorio como muchos dicen ‘yo no tengo ningún problema’, pero después a medida que va indagando se encuentra con una gran intolerancia”.

Mencionan, a su vez, que estas situaciones suelen articularse con episodios de autoagresión y urgencia clínica, mostrando la fragilidad de los soportes familiares frente a lo disruptivo de la adolescencia. Al respecto, señalan que lo

“*diagnosticable*” oscila entre el campo biomédico y las problemáticas de identidad, con el riesgo de patologizar procesos de búsqueda subjetiva.

Y en relación a los entornos familiares, otra de las profesionales explicita:

“Agrego que hay muchos padres que dicen “yo no tengo ningún problema con que sea así”, pero después uno se encuentra con una gran intolerancia de no poder transitar ni acompañar esos momentos de tanto cambio, de tanta sorpresa y de tanta incomodidad. No pueden acompañar, no pueden sostenerlo”.

6.7. Apreciaciones acerca de las implicancias de la época en los padecimientos subjetivos infantojuveniles

Las profesionales coinciden en que el sufrimiento actual aparece con mayor complejidad clínica y social que en otras épocas, donde la soledad y la precariedad vincular atraviesan todas las franjas del campo infantojuvenil. Destacan una caracterización concreta para el campo de las infancias acerca de las consultas refiriendo de que en éstas observan niñxs con compromisos subjetivos más graves que en décadas anteriores. Y además, subrayan una creciente demanda de resultados inmediatos por parte de quienes efectúan las derivaciones.

En palabras de una entrevistada:

“Percibo que hay una disminución en la implicancia de los contextos que atraviesan a quienes llegan a la consulta (...). Pareciera que cada vez más las niñas y los niños están más “solos”. Y acá, es importante marcar una diferencia entre estar presentes de forma controladora y estar de forma protectora. Quiero decir, el exceso de control de los padres y madres no sustituye la función de sostén y de cuidado”.

“También creo que cada vez más nos vemos exigidas por tener que dar respuesta con resultados inmediatos para quienes hacen las derivaciones, desde los juzgados o defensorías, desde las escuelas y desde las mismas familias. Y estas exigencias muchas veces tienen que ver con que diagnostiquemos eso que pasa”.

Otra de las psicólogas refiere:

“Me parece importante agregar como característico de esta época esto del aislamiento, de la perturbación en los modos de hacer lazo y de cómo el cuerpo queda por fuera”.

“Hay algo del entramado familiar e incluso de lo social en general que llega muy agujereado, y a veces de lo que se trata es de armar algo con eso. Que haya alguien que pueda ocupar una función, que aloje, que ponga un límite. Y las instituciones para eso ayudan un montón. Sin dudas, si bien esto era algo que ya se venía manifestando antes de la pandemia, después de haber atravesado ese período se evidencia mucho más. Creo que entre otras cosas, el deterioro del lazo social es un efecto post pandemia”.

A su vez, otra entrevistada agrega:

“Me parece que en la actualidad hay algo de la soledad que caracteriza a este tiempo y se manifiesta por ejemplo a través del poco lazo con pares, con la pandilla, con el grupo... Hay algo de eso. Tal vez se conectan a través de un dispositivo, pero no en el cuerpo a cuerpo. Creo que hay algo de esa exclusión del cuerpo en el lazo”.

Otra de las psicólogas explicita:

“En estos años estoy notando muchos más niñas y niños pequeños muy comprometidos subjetivamente. Mucha dificultad en la constitución subjetiva. Se me ocurre que eso puede tener que ver con la dificultad del otro con el que se encuentra ese niño o niña, para que lo sostengan, le hablen, para poner ahí una palabra, para suponerle algo (...) Ya no se escucha la consulta típica de hace unos años “vengo porque se hace pis” digamos. Vienen con dificultades en el lenguaje, en la mirada, con afecciones más complejas”.

Y por último, otra más relata:

“Algo más que me parece importante hoy en día es que tenemos el fenómeno de la pantalla, eso asintótico entre lo virtual y lo real que trae efectos para pensar cómo intervenir en la clínica (...)”.

6.8. Lecturas en clave de género sobre la práctica clínica en salud mental infantojuvenil situada en contexto

Las profesionales permiten complejizar la lectura a partir de sus relatos situándolos en el entramado general de su práctica cotidiana.

En esta dirección, sus experiencias muestran un patrón consistente: lo que llega con diagnóstico previo se legitima con mayor rapidez en circuitos escolares, judiciales y sanitarios. En cambio, las expresiones menos codificables -silencios, inhibiciones, signos ligados a contextos de violencia- tienden a desestimarse o a malinterpretarse.

Asimismo, acuerdan en que la expresión del padecimiento subjetivo varía según el momento del desarrollo, el tiempo de la estructuración psíquica / constitución subjetiva y el género, mostrando diferencias consistentes a lo largo de las etapas. En este sentido, se desprende que el género incide ordenando la lectura clínica en cada período, reproduciendo los sesgos que los antecedentes de las investigaciones consultadas advierten.

En la primera infancia, las profesionales señalan una predominancia de varones con manifestaciones de desborde pulsional, traducidas en “excesos” conductuales -hiperactividad, impulsividad o desinhibición- que son rápidamente etiquetadas en categorías diagnósticas, mientras que las niñas suelen llegar con presentaciones ligadas a la inhibición o al mutismo, configurando un sufrimiento más silencioso y menos disruptivo. Esta caracterización de la experiencia clínica general del servicio contrasta con la muestra de casos analizados en el Capítulo 4, donde sólo se registraron niñas en primera infancia. Como se señaló anteriormente, esta diferencia responde a las características de la demanda en el período específico analizado (segundo semestre 2024) y al recorte metodológico (dos casos por mes durante seis meses), que no capturó la distribución habitual. No obstante, los relatos de las profesionales confirman que, en su práctica cotidiana, sí reciben habitualmente consultas de varones en primera infancia, principalmente por conductas disruptivas, diagnósticos de TEA y desborde pulsional, reproduciendo el patrón epidemiológico reportado en la literatura.

Durante la latencia, refieren que las diferencias se vuelven menos nítidas, aunque persiste una tendencia a ubicar a los varones del lado de la disrupción y lo visible, mientras que las niñas expresan su sufrimiento mediante formas simbólicas, como el juego o el dibujo. En la pubertad, observan que los “varones” presentan con mayor frecuencia conflictos con las figuras de autoridad, episodios de segregación y manifestaciones de violencia o desafío, mientras que en las “mujere” los malestares se articulan en torno a la mirada del otro, la imagen corporal y la exigencia de adecuarse a los ideales de feminidad.

De esta manera, en la primera infancia, la latencia y la pubertad, las profesionales describen una distribución que reproduce los sesgos de género señalados en las investigaciones relevadas: un predominio de varones con manifestaciones de desborde pulsional, impulsividad o conductas disruptivas -rápidamente traducidas en diagnósticos o etiquetas de tipo externalizante (TDAH, TEA, “problemas de conducta”), frente a niñas cuyas presentaciones se expresan mediante la inhibición, el mutismo o el retraimiento, configurando padecimientos más silenciosos y menos visibles. Estas lecturas articulan con las tendencias reportadas por la OMS (2020), la OPS (2022) y estudios regionales como los de Cova (2005) y UNICEF (2021), que documentan una mayor prevalencia de trastornos del desarrollo, de la conducta y del aprendizaje en varones, y de cuadros internalizantes -ansiedad, inhibición, retraimiento- en niñas. Se enfatiza nuevamente que, dichas diferencias se leen como efecto del sesgo de la heteronorma, que moldea tanto las formas de expresión del sufrimiento como su lectura diagnóstica y social.

Para la adolescencia, sostienen que, esta diferenciación se acentúa: entre las adolescentes “mujeres” predominan las autolesiones, los conflictos con el cuerpo y la sexualidad, síntomas que condensan el peso de la mirada social y los mandatos sobre la feminidad. En los “varones”, las profesionales refieren con mayor frecuencia manifestaciones de retraimiento, aislamiento y refugio en el uso de dispositivos tecnológicos, configurando formas de sufrimiento menos visibles para el mundo adulto. No obstante, esta caracterización clínica, construida desde la experiencia local, se distingue parcialmente de lo que señalan los informes internacionales, los cuales describen una mayor prevalencia global de trastornos mentales en varones, con expresiones vinculadas al consumo, la impulsividad o las conductas de riesgo, mientras que las adolescentes mujeres presentan tasas más altas de depresión, ansiedad y autolesiones (OPS, 2023; UNICEF, 2022).

En el caso de las disidencias -cuya caracterización, tal como se expresó anteriormente, quedó circunscripta a los periodos de la pubertad y adolescencia- las profesionales refieren que las consultas se centran en la identidad de género y

la sexualidad, con un fuerte peso vincular y social. Asimismo, advierten episodios de autoagresión y urgencias cuando el entorno familiar responde con rechazo o intolerancia, y señalan el riesgo de patologizar procesos de búsqueda identitaria. Estas lecturas dialogan con los antecedentes descritos acerca del impacto de la heteronorma, el estigma y estrés crónico que elevan los cuadros de depresión, ansiedad y autolesiones en población LGBTQ+ (100% Diversidad y Derechos, 2016; Capicúa, 2014; OMS, 2013–2020; UNICEF, 2021).

Por su parte, se advierte una tensión persistente entre medicalización y patologización: demandas de “respuesta rápida”, etiquetamientos (por ejemplo, TDAH) y las derivaciones que privilegian lo mensurable por sobre la lectura de entramados vinculares y contextuales. Esta reflexión refuerza lo desarrollado y articulado en torno al diagnóstico el cual, en este escenario, opera muchas veces como dispositivo de clausura del sentido: estabiliza provisoriamente la escena - facilita trámites, adecua circuitos escolares, ordena responsabilidades-, pero a costa de reducir el padecimiento a una nomenclatura que desatiende su historicidad y sus determinantes sociales. Los antecedentes revisados confirman esta deriva, señalando el sobreuso de diagnósticos y psicofármacos, así como sesgos de género en las prescripciones -con énfasis en varones y presentaciones externalizantes- que consolidan itinerarios terapéuticos desiguales (Gerlero y Augsburger, 2019).

Finalmente, las profesionales coinciden en que el malestar actual se presenta más complejo y más desbordado, como producto del debilitamiento de los lazos sociales, la soledad de las infancias y adolescencias y la fragilidad de las figuras adultas para ejercer funciones de crianza. Sostienen que esta tendencia se profundizó tras la pandemia y que las presentaciones clínicas, especialmente en la primera infancia, observan una notoria presencia de perturbaciones severas en la constitución psíquica.

En este marco emergen nuevos fenómenos –que denominan “fenómenos de la pantalla”- lo cual se alinea con lo que describen las investigaciones recientes en salud mental infantojuvenil post COVID-19, en tanto que dichos fenómenos –

como la hiperexposición a pantallas y la mediación tecnológica en los vínculos-
introducen transformaciones en los procesos de constitución subjetiva y en las
modalidades de expresión del sufrimiento (UNICEF, 2021).

CAPÍTULO 7. CONSIDERACIONES FINALES

“Quizá sea más honesto admitir que en la actualidad las herramientas clínicas y teóricas con las cuales contamos (en el campo de la salud mental) están en su mayoría constituídas para aliviar el padecimiento humano, pero desde una perspectiva heteronormativa con una naturalización del sexo y una escencialización del género” (Tajer, 2022, p. 83).

La investigación ha tenido como propósito analizar la relación entre género y padecimientos subjetivos en las infancias y adolescencias desde una perspectiva situada en la práctica clínica del ámbito público, con el fin de comprender cómo el género interviene en la configuración del sufrimiento psíquico y en los modos en que éste se expresa, se nombra y se legitima.

En vistas de las investigaciones consultadas y de los análisis llevados a cabo, se observan coincidencias entre los resultados obtenidos y los estudios nacionales e internacionales que abordan las diferencias de género en la expresión sintomática, los sesgos de medicalización y las desigualdades en el reconocimiento del padecimiento infantojuvenil. De los relatos de las psicólogas se desprende que las diferencias observadas a lo largo de las etapas (primera infancia, latencia, pubertad y adolescencia) reproducen patrones que se desprenden en las formas de expresión del sufrimiento, las lecturas clínicas y sociales que de él se hacen, e incide también en la construcción de los diagnósticos y las categorías nosográficas.

En la primera infancia, los casos analizados presentan una particularidad: la totalidad de las consultas correspondió a niñas, con predominio de problemáticas familiares y sociales junto con conductas disruptivas en contextos de crisis familiar. Esta distribución no se condice con la tendencia reportada en la literatura, donde los varones predominan en las consultas de este período. No obstante, según la experiencia clínica de las profesionales entrevistadas, sí reciben habitualmente consultas de varones en primera infancia, principalmente por conductas disruptivas y diagnósticos de TEA, lo que confirma que la ausencia de varones en la muestra responde a limitaciones del recorte temporal y metodológico, y no a un cambio en los patrones de demanda del servicio.

En la latencia, en cambio, la muestra sí reproduce el patrón recurrente: un predominio de varones en cuadros vinculados a la conducta y la atención, y de niñas en aquellos asociados a la inhibición o la ansiedad. Asimismo, los diagnósticos presuntivos y las categorías utilizadas para nombrar el malestar

reflejan la persistencia de sesgos de género que tienden a medicalizar lo que se aparta de la norma, reproduciendo etiquetamientos.

En el pasaje por la pubertad y la adolescencia -períodos que en las investigaciones consultadas suelen unificarse bajo la categoría de "adolescencia", aunque presentan particularidades clínicas y subjetivas- esta diferenciación se complejiza. Las profesionales del servicio observan que en las mujeres y las disidencias predominan los malestares emocionales, las autolesiones y los conflictos con la imagen corporal, mientras que en los varones identifican formas de sufrimiento caracterizadas por el retraimiento, el aislamiento y el refugio en el uso de dispositivos tecnológicos, expresiones menos visibles para el mundo adulto. Estas lecturas se corresponden parcialmente con los informes nacionales e internacionales: si bien coinciden en la mayor frecuencia de malestares emocionales, autolesiones y conflictos corporales en adolescentes mujeres y disidencias, difieren significativamente respecto de los varones. Al respecto, la bibliografía describe una mayor prevalencia global de padecimientos vinculados al consumo, la impulsividad o la violencia, mientras que las formas de retraimiento y aislamiento observadas en el servicio resultan escasamente registradas por los relevamientos epidemiológicos, sugiriendo la existencia de padecimientos subrepresentados en este grupo. De este modo, al poner en relación las percepciones de las psicólogas con la información que proveen las diversas investigaciones relevadas, más allá de las variaciones observadas entre los estudios y las prácticas, se desprende que estas diferencias dan cuenta de la impronta de las normas de género: en los varones, los mandatos de fortaleza y autosuficiencia obstaculizan la expresión del sufrimiento y el acceso a la ayuda; en las mujeres y disidencias, la presión sobre el cuerpo y la sexualidad potencia la vulnerabilidad emocional.

En el caso de las adolescencias trans, los relatos dan cuenta de un sufrimiento atravesado por el rechazo o la incompreensión social, lo que incrementa la vulnerabilidad psíquica y expone el riesgo de que los procesos de búsqueda identitaria sean interpretados desde una lógica patologizante. Estas

configuraciones, atravesadas por los mandatos de la heteronorma y por la tensión entre medicalización y patologización, tal como lo refieren las mencionadas investigaciones consultadas, evidencian cómo las prácticas diagnósticas y las respuestas institucionales tienden a reforzar desigualdades de género en el acceso al reconocimiento y al cuidado.

Además, los resultados revelan la presencia recurrente de contextos familiares atravesados por la ausencia de figuras paternas, la sobrecarga materna en soledad, la precariedad económica y/o la migración. A partir de esto mismo, es posible señalar cómo el género opera como determinante social de la salud, donde la distribución desigual del cuidado que recae en las mujeres configura escenarios de vulnerabilidad que atraviesan los padecimientos infantojuveniles. Asimismo, el predominio de derivaciones institucionales de varones por conductas "disruptivas" y el arribo frecuente de casos con diagnósticos previos permiten poner de manifiesto cómo los marcos de lectura generizados del mundo adulto -provenientes del ámbito familiar, escolar y sanitario- operan como dispositivos que legitiman ciertos malestares mientras invisibilizan otros, reproduciendo sesgos de medicalización y patologización diferenciados por género.

Cabe agregar que, la ausencia del grupo de las disidencias para la primera infancia, latencia y pubertad, la ausencia de varones en primera infancia y la ausencia de niñas en la pubertad subrayan la importancia de reconocer las limitaciones metodológicas de la muestra.

En esta dirección, y como proyección del trabajo realizado, se desprenden dos líneas futuras de indagación que amplían los horizontes abiertos por este estudio. En primer lugar, resulta fundamental llevar a cabo futuras indagaciones que incorporen al grupo de las disidencias durante la primera infancia, la latencia y la pubertad a fin de complejizar la comprensión del padecimiento subjetivo desde una perspectiva de diversidad. En segundo lugar, las caracterizaciones elaboradas por las profesionales en torno a los avatares contemporáneos de la clínica infantojuvenil también permiten identificar un campo fértil para nuevas investigaciones orientadas a examinar el impacto del auge tecnológico en los lazos

sociales y en los procesos de constitución psíquica, desde el enfoque de género como eje transversal.

Bajo este marco, la investigación realizada constituye un aporte al conocimiento con miras a fortalecer tanto las prácticas en salud mental como la formación de profesionales situadas en el ámbito público. Al respecto, los resultados obtenidos serán puestos a disposición de la Comisión de Investigación del efector con el fin de favorecer nuevas líneas de trabajo.

Asimismo, los resultados obtenidos contextualizados en el proceso local habilitan la posibilidad de profundizar la articulación en torno a la transversalidad glocal del género. Abordar estudios de estas características permite echar luz las cristalizaciones de sentido sociohistórico cultural que determinan lo esperable en términos de normalidad y psicopatología según lo establecido por la heteronorma. En este aspecto, la noción de transversalidad aplicada al constructo “género” explicita tanto la relación glocal entre los determinantes sociales como su impacto directo en los modos en que se presenta, se interpreta y se aborda el padecimiento subjetivo en las infancias y adolescencias, tal como se manifiesta en las consultas por salud mental que se reciben en los servicios públicos locales.

Por lo hasta aquí expuesto, se considera fundamental continuar consolidando líneas de investigación en el campo de la salud mental que incluyan el “lente” de género en pos de visibilizar los modos de subjetivación tamizados por lo heteronormativo así como también de incluir y reconocer aquellos otros que suelen quedar deslegitimados. De ahí que, se enfatiza la relevancia sanitaria, política y social de este aporte para el campo de la salud mental y la salud pública en lo que respecta al abordaje de las infancias y adolescencias.

BIBLIOGRAFÍA

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Child Behavior Checklist/4–18 and 1991 Profile*. University of Vermont, Department of Psychiatry.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2022). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5-TR)* (5ª ed.). American Psychiatric Association Publishing. <https://www.psychiatry.org/news-room/news-releases/apa-publishes-dsm-5-tr>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (s. f.). *¿Qué es el DSM?* <https://www.psychiatry.org/patients-families/what-is-the-dsm>
- Asociación Americana de Psicología. (s. f.). Cisgénero. En *Diccionario de Psicología de la APA*. <https://dictionary.apa.org/cisgender>

- Barcala, A. (2013). Ampliando los márgenes de la clínica: Trayectoria de un programa de salud mental comunitaria para niños, niñas y adolescentes desde una perspectiva de derechos en la Ciudad de Buenos Aires. *Vértice*, 24(115), 27–32.
https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2020/07/Infancias_y_Adolescencias_Barcala_Toricelli_Ampliando_los_margenes_de_la_clinica.pdf
- Barcala, A. (2019). *Salud mental y derechos humanos en las infancias y adolescencias*. CONICET.
https://ri.conicet.gov.ar/bitstream/handle/11336/197886/CONICET_Digital_Nro.c2245454-34f2-4077-b46c-6c96c4427de7_C.pdf?isAllowed=y&sequence=5
- Barcala, A., Toricelli, F., Zunino, G., & Marotta, V. (2009). *Programa de atención comunitaria a niños/as y adolescentes con trastornos mentales severos*. Ministerio de Salud de la Provincia de Buenos Aires.
https://www.ms.gba.gov.ar/sitios/saludmental/files/2020/07/Infancias_y_Adolescencias_Barcala_Toricelli_Zunino_Marotta_Programa_de_atencion_comunitaria.pdf
- Bleichmar, D. (1992a). Del sexo al género. *Revista Asociación Escuela Argentina de Psicoterapia para Graduados*, 18, 127-155.
- Bleichmar, D. (1992b). *La sexualidad femenina*. Paidós.
- Bleichmar, D. (1992c). *La sexualidad femenina: De la niña a la mujer*. Paidós.
- Bleichmar, S. (1993). *La fundación de lo inconsciente: Destino de pulsión, destino del sujeto*. Amorrortu.
- Bleichmar, S. (1997). *Clínica psicoanalítica y neogénesis*. Paidós.
- Bleichmar, S. (2006). *Paradojas de la sexualidad masculina*. Paidós.
- Bleichmar, S. (2007). *Dolor país: Subjetividad y vínculo social*. Topía.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa: El feminismo y la subversión de la identidad*. Paidós. (Trabajo original publicado en 1990).

- Campbell, O. L., Bann, D., & Patalay, P. (2021). La brecha de género en la salud mental de lxs adolescentes: Una investigación transnacional de 566.829 adolescentes en 73 países. *SSM-Salud de la Población*, 13, 100742. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2020.100742>
- Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2017). *Planes de igualdad de género en América Latina y el Caribe: Mapas de ruta para el desarrollo*. Naciones Unidas. <https://oig.cepal.org/es/documentos/planes-igualdad-genero-america-latina-caribe-mapas-ruta-desarrollo>
- Comité de los Derechos del Niño. (2015). *Observaciones sobre el uso de psicofármacos y el sobrediagnóstico en TDAH*. Naciones Unidas.
- Congreso de la Nación Argentina. (2005, 26 de octubre). Ley 26.061 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26061-110778>
- Congreso de la Nación Argentina. (2010, 3 de diciembre). Ley 26.657 de Salud Mental. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26657-175977>
- Congreso de la Nación Argentina. (2012, 24 de mayo). Ley 26.743 de Identidad de Género. Boletín Oficial de la República Argentina. <https://www.argentina.gob.ar/normativa/nacional/ley-26743-197860>
- Conrad, P. (2007). *The medicalization of society: On the transformation of human conditions into treatable disorders*. Johns Hopkins University Press.
- Cova, F., Valdivia, M., & Maganto, C. (2005). Diferencias de género en psicopatología en la niñez: Hipótesis explicativas. *Revista Chilena de Pediatría*, 76(4), 418-424. <https://doi.org/10.4067/S0370-41062005000400014>
- Escobar, J. C., González, J., Palazzesi, A., Maldini, V., Bramajo, N., López, M., Soler, N., Ruiz, M., Quirós, C., & Soubies, E. (2018). Construcción de masculinidades y su relación con la salud integral: Estudio cualitativo de adolescentes varones escolarizados en Argentina. *Revista de la Asociación Médica Argentina*, 131(3), 5-12.

- Falcone, R. (2014). Historia del "Instituto de psicopatología aplicada" (hoy Centro de Salud Mental - 3 "Dr. Ameghino"): Reconstrucción de su proyecto asistencial. En *VI Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXI Jornadas de Investigación, Décimo Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR*. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Faraone, S., Bianchi, E., Torricelli, F., Leone, C., Oberti, M., & Valero, A. S. (2019). Diez años de investigaciones sobre TDAH en Argentina desde las ciencias sociales: Balance y desafíos. En A. Barcala & L. Povere (Comps.), *Salud mental y derechos humanos en las infancias y adolescencias: Investigaciones actuales en Argentina* (pp. 83–96). Ediciones de la UNLa. <https://www.academia.edu/42112094/>
- Fernández, A. M. (1992). Introducción. En A. M. Fernández, *Las mujeres en la imaginación colectiva: Una historia de discriminación y resistencias* (pp. 11-23). Paidós.
- Fernández, A. M. (1993). *La mujer de la ilusión: Pactos y contratos entre hombres y mujeres*. Paidós.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2019). *Caring for the Caregiver: The experiences of Mali and Sierra Leone* [Documento de referencia]. UNICEF. <https://www.unicef.org/media/69866/file/Implementers-Guide-Prototype.pdf>
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. (2022). *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. UNICEF. <https://www.unicef.org/media/114641/file/SOWC%202021%20Full%20Report%20Spanish.pdf>
- Foucault, M. (2001). Historia de la medicalización. En *Microfísica del poder* (pp. 27-51). La Piqueta. (Trabajo original publicado en 1977).
- Freud, S. (1992a). Tres ensayos de teoría sexual. En J. Strachey (Ed. y Trad.), *Obras completas* (Vol. VII, pp. 109-224). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1905).

- Freud, S. (1992b). Introducción al narcisismo. En J. Strachey (Ed. y Trad.), *Obras completas* (Vol. XIV, pp. 65-98). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1914).
- Freud, S. (1992c). El malestar en la cultura. En J. Strachey (Ed. y Trad.), *Obras completas* (Vol. XXI, pp. 57-140). Amorrortu. (Trabajo original publicado en 1930).
- Gerlero, S. S., & Augsburger, A. C. (2019). Debates sobre el derecho a la salud mental: La indicación y prescripción de psicofármacos en población infantojuvenil en la estrategia de Atención Primaria de la Salud (Rosario, Santa Fe). En A. Barcala & L. Povere (Comps.), *Salud mental y derechos humanos en las infancias y adolescencias: Investigaciones actuales en Argentina* (pp. 67-82). Ediciones de la UNLa.
- Gita, S., Asha, G., & Piroška, O. (2005). Incorporar la perspectiva de género en la equidad en salud: Un análisis de la investigación y las políticas. *Revista Panamericana de la Salud Pública*, 7(5-6), 282-292.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (2006). *El descubrimiento de la teoría fundamentada*. Siglo XXI Editores. (Obra original publicada en 1967)
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (1998, 3 de diciembre). Ley 114 de Protección Integral de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes. Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/1298>
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (1999, 7 de enero). Ley 153. Ley Básica de Salud de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/3800>
- Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. (2000, 4 de septiembre). Ley 448 de Salud Mental de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Boletín Oficial de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. <https://boletinoficial.buenosaires.gob.ar/normativaba/norma/8111>
- Grassi, A., & Córdova, N. (s.f.). *Entre niños, adolescentes y funciones parentales: Psicoanálisis e interdisciplina*. Entre Ideas.

- Grigoravicius, M., Bardi, D., & Luzzi, A. M. (2023). Salud mental en la niñez: Género y vulnerabilidad. *Revista de Psicología*, 22(1), 156-174. https://www.researchgate.net/publication/368318898_Salud_mental_en_la_ninez_genero_y_vulnerabilidad
- Hall, W. J. (2018). Psychosocial risk and protective factors for depression among lesbian, gay, bisexual, and queer youth: A systematic review. *Journal of Homosexuality*, 65(3), 263–316. <https://doi.org/10.1080/00918369.2017.1317467>
- Hankivsky, O. (2012). Salud de las mujeres, salud de los hombres y género y salud: Implicaciones de la interseccionalidad. *Ciencias Sociales y Medicina*, 74(11), 1712-1720. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2011.11.029>
- Herrero, M. B. (2019–2020). *La necesidad de los enfoques transversales* [Material de cátedra]. Diplomado Semipresencial en Cooperación Sur-Sur, FLACSO-Argentina – PIFCSS.
- Herrero, M. B., & Greco, A. (2023). *Material introductorio a los temas de debate de la Agenda de Salud Internacional* [Ficha de cátedra]. Diplomatura en Salud Internacional, Seminario 7: Grandes temas de la salud internacional.
- Janin, B. (2013). La desatención y la hiperactividad en los niños como modo de manifestar el sufrimiento psíquico. *Psicología, Conocimiento y Sociedad*, 3(2), 55–79. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v3n2/v3n2a04.pdf>
- Janin, B. (2018). *Infancias y adolescencias patologizadas: La clínica psicoanalítica frente al arrasamiento de la subjetividad*. Noveduc.
- Kann, L. (2016). Sexual identity, sex of sexual contacts, and health-risk behaviors among students in grades 9–12: United States and selected sites. *MMWR Surveillance Summaries*, 65(9), 1–202. <https://doi.org/10.15585/mmwr.ss6509a1>
- Laplanche, J., & Pontalis, J.-B. (2005). *Diccionario de psicoanálisis*. Paidós.
- Machado Zubeldia, V., & Bardi, A. (2013). Los estereotipos de género en la construcción subjetiva de las niñas: Su relación con las derivaciones a

servicios de salud mental. *Anuario de Investigaciones*, 27, 283-291. https://www.psi.uba.ar/investigaciones/revistas/anuario/trabajos_completos/27/machado.pdf

- Merriam-Webster. (2024). Cisgender. En *Merriam-Webster.com dictionary*. <https://www.merriam-webster.com/dictionary/cisgender>
- Ministerio de las Mujeres, Géneros y Diversidad de la Nación. (2021). *Glosario para la comunicación con perspectiva de género*. Presidencia de la Nación. <https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/glosario-para-la-comunicacion-con-perspectiva-de-genero.pdf>
- Ministerio de Salud de la Nación. (2022). *Estrategia Federal de Abordaje Integral de la Salud Mental* [Documento técnico]. https://www.argentina.gob.ar/sites/default/files/2018/08/estrategia_federal_de_abordaje_integral_de_la_salud_mental.pdf
- Ministerio de Salud de la Nación. (2023, 8 de septiembre). *Plan Nacional de Salud Mental 2023–2027* (Resolución MS - 1997/2023). <https://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/385000-389999/389694/res1997ms.pdf>
- Morse, J. M. (2015). Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qualitative Health Research*, 25(9), 1212-1222. <https://doi.org/10.1177/1049732315588501>
- Organización de las Naciones Unidas. (1979). *Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer* (CEDAW). <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-elimination-all-forms-discrimination-against-women>
- Organización de las Naciones Unidas. (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. <https://www.unicef.org/es/convencion-derechos-nino/texto-convencion>
- Organización de las Naciones Unidas. (2015). *Transformar nuestro mundo: La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible* (Resolución A/RES/70/1). https://www.un.org/ga/search/view_doc.asp?symbol=A/RES/70/1&Lang=S

- Organización Mundial de la Salud. (2010). *Salud en todas las políticas: Enfoques intersectoriales para la salud pública*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Violencia sexual*. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/98821/WHO_RHR_12.37_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Género y salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia contra los niños 2020: Resumen de orientación*. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/332450/9789240007154-spa.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (2020). *Social Determinants of Mental Health*. OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Gender mainstreaming for health managers: A practical approach*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789240030830>
- Organización Panamericana de la Salud. (2017). *Salud mental y atención comunitaria: Principios, políticas y prácticas*. OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Una nueva agenda para la salud mental en las Américas: Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la OPS*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57504>
- Orleans, C. (2020). Género e Infancia: Su intersección en los hogares residenciales de niñas sin cuidado parental. *Memorias XII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología* (Tomo 2, pp. 25–31). Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Pavan, V. (Comp.). (2019). *Niñez trans: Experiencia de reconocimiento y derecho a la identidad*. Universidad Nacional de General Sarmiento.

- Plöderl, M., & Pierre, T. (2015). Mental health of sexual minorities: A systematic review. *International Review of Psychiatry*, 27(5), 367–385. <https://doi.org/10.3109/09540261.2015.1083949>
- Rapoport, J. L. (2013). Pediatric psychopharmacology: Too much or too little? *World Psychiatry*, 12(2), 118–123. <https://doi.org/10.1002/wps.20028>
- Real Academia Española. (2025). *Diccionario de la lengua española* (24.ª ed.). <https://dle.rae.es>
- Resma, G. L. (2019). What's unique about LGBT youth and young adult suicides? Findings from the National Violent Death Reporting System. *Journal of Adolescent Health*, 64(5), 602–607. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2018.10.303>
- Russell, S. T., & Fish, N. J. (2016). Mental health in lesbian, gay, bisexual, and transgender (LGBT) youth. *Annual Review of Clinical Psychology*, 12, 465–487. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-021815-093153>
- Samaniego, V. (2004). Prevalencia de trastornos psíquicos en población escolar de 6 a 11 años de edad. En *Memorias de las XI Jornadas de Investigación en Psicología: Psicología, Sociedad y Cultura* (pp. 226–228). Universidad de Buenos Aires.
- Samaniego, V. C. (2008). El Child Behavior Checklist: Su estandarización en población urbana argentina. *Revista de Psicología (UCA)*, 4(8), 113–130.
- Sen, G., & Östlin, P. (2007). *La inequidad de género en la salud: Desigual, injusta, ineficaz e ineficiente. Por qué existe y cómo podemos cambiarla* [Informe final a la comisión sobre Determinantes Sociales de la Salud de la OMS]. OPS. <https://archivocolmed.colegiomedico.cl/wp-content/uploads/2018/08/La-inequidad-de-genero-en-lasalud-desigual-injusta-ineficaz-e-ineficiente.pdf>
- Slapak, S., & Luzzi, A. M. (2013). Estudio de una población clínica de niños desde una mirada epidemiológica. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 22(1), 67-84.

- Steinhäusen, H. C. (2015). Recent international trends in psychotropic medication prescriptions for children and adolescents. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(6), 635–640. <https://doi.org/10.1007/s00787-014-0631-y>
- Stolkiner, A. (2001). Subjetividades de época y prácticas en salud mental. *Actualidad Psicológica*, 26(239), 26–29. https://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/obligatorias/066_salud2/material/unidad1/subunidad_1_2/stolkiner_subjetividades_de_epoca.pdf
- Stolkiner, A. (2012). *El sufrimiento psíquico en la epidemiología crítica*. Universidad de Buenos Aires.
- Tajer, D. (2012). Construyendo una agenda de género en las políticas públicas en salud. En D. Tajer (Comp.), *Género y salud: Las políticas en acción* (pp. 23–48). Lugar Editorial.
- Tajer, D. (2017). Algunas consideraciones éticas y clínicas sobre las infancias trans. En I. Meler (Comp.), *Psicoanálisis y género: Escritos sobre el amor, el trabajo, la sexualidad y la violencia* (pp. 115-138). Paidós.
- 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., Solís, M., Cuadra, M. E., Reid, G. B., Gaba, M., Romeral, J. F., Saavedra, L., Fernández, S., Slapak, S., & Luzzi, A. M. (2020). *Niñez, adolescencia y género: Herramientas interdisciplinarias para equipos de salud y educación* (Vol. 66). Noveduc.
- Tajer, D. (2022). *Psicoanálisis para todxs: Por una clínica postpatriarcal, posheteronormativa y poscolonial*. Topía Editorial.
- Thornicroft, G., Rose, D., Kassam, A., & Sartorius, N. (2007). Stigma: Ignorance, prejudice or discrimination? *The British Journal of Psychiatry*, 190(3), 192–193. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.106.025791>
- UNICEF. (2017). *Una situación habitual: Violencia en las vidas de los niños y adolescentes*.

https://www.unicef.es/sites/unicef.es/files/comunicacion/Una_situacion_habitual_Violencia_en_las_vidas_de_los_ninos_y_los_adolescentes.pdf

- UNICEF. (2018a). *Abusos sexuales y embarazo forzado en la niñez y adolescencia: Lineamientos para su abordaje interinstitucional*. <https://www.unicef.org/argentina/media/3961/file/Abusos%20sexuales%20y%20embarazo%20forzado%20en%20la%20ni%C3%B1ez%20y%20adolescencia.pdf>
- UNICEF. (2018b). *Un análisis de los datos del programa "Las Víctimas contra las Violencias", 2017–2018* (Serie - 6). <https://www.unicef.org/argentina/media/6781/file/Datos%20%22Las%20v%C3%ADctimas%20contra%20las%20violencias%22%202017-2018.pdf>
- UNICEF. (2019). *El suicidio en la adolescencia en la Argentina: Recomendaciones de política pública*. <https://www.unicef.org/argentina/media/7196/file/>
- UNICEF. (2021). *Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente- Promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia*. <https://www.unicef.org/media/114641/file/SOWC%202021%20Full%20Report%20Spanish.pdf>
- UNICEF. (2022). *Situación de la población adolescente en Argentina: 2.º Informe especial del Observatorio de la Infancia y Adolescencia SAP-UNICEF*. https://sap.org.ar/uploads/archivos/general/files_informe-especial-del-observatorio-de-la-infancia-y-adolescencia-final-11-22sap-unicef_1668805381.pdf
- Untoiglich, G. (2014). Medicalización y patologización de la vida: Situación de las infancias en Latinoamérica. *Nuances: Estudos sobre Educação*, 25(1), 20-38. https://www.researchgate.net/publication/275605974_MEDICALIZACION_Y_PATOLOGIZACION_DE_LA_VIDA_SITUACION_DE_LAS_INFANCIAS_EN_LATINOAMERICA
- Vásquez, A. (2020). *A Rights-based Approach to Disability in the Context of Mental Health* [Documento de debate]. UNICEF.

ANEXOS

ANEXO I

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO SOBRE LA PARTICIPACIÓN EN ENTREVISTAS

Por la presente, le hago partícipe de la investigación no experimental que se realiza desde el Proyecto titulado “Género y modalidades de presentación del padecimiento subjetivo en infancias y adolescencias”, desarrollado en el marco de la Maestría en Salud Pública de la Universidad Nacional de Rosario.

El desarrollo de este Proyecto respeta los principios establecidos en la Declaración de Helsinki – “Principios Éticos para las Investigaciones Médicas en Seres Humanos” y la Ley de Protección de Datos Personales Nº 25.326, de aplicación en todo territorio nacional, preservando la identidad de todos/as los/as participantes y los datos obtenidos, a los cuales sólo accederá la investigadora de este Proyecto. Cabe aclarar que de acuerdo a la Ley Nº 25.326, Ud. tiene derecho a que sus datos personales no sean utilizados ni registrados sin su consentimiento, a acceder a sus datos personales y/o solicitar rectificación en caso de ser necesario, a pedir que sus datos sean suprimidos, en los casos en que corresponda; y también a pedir de que sean guardados confidencialmente. De requerir más información de la protección de sus datos personales, tomar contacto con la Agencia Nacional de Protección de Datos: <https://www.argentina.gob.ar/aaip/datospersonales>; e-mail: datospersonales@aaip.gob.ar

Las entrevistas/cuestionarios se realizan a partir de la participación voluntaria y gratuita con el objetivo de analizar la relación entre género y modalidades de presentación del padecimiento subjetivo de infancias y adolescencias desde la perspectiva de las profesionales psicólogas del servicio infanto juvenil turno vespertino del Centro de Salud Mental Nro. 3 Dr. Arturo Ameghino (CABA) en relación a las admisiones del último semestre del año 2024. Cabe aclarar que, el total de personas a reclutar a través del presente consentimiento informado será de seis (6) participantes que son quienes conforman el personal de planta del mencionado servicio infanto juvenil perteneciente a la franja vespertina.

Toda la información recopilada a lo largo del proceso será tratada con las exigencias requeridas por la legislación vigente en relación a la protección de datos. El procesamiento y análisis de los datos de las entrevistas se realizarán con un tratamiento anónimo (sin incluir nombre del/ de la participante). Las respuestas de las entrevistas se recopilarán en planillas Excel que no recuperan información personal y serán resguardadas en la computadora personal de la investigadora que cuentan con claves para su acceso. La comunicación de los resultados resguardará también la condición de anonimato, sin la necesidad de considerar casos singulares ni información específica.

Es importante que Ud. sepa:

Que de participar de las entrevistas, será entrevistada en dos oportunidades por la misma investigadora, con una duración aproximada de 1 hora en cada instancia.

Que los ejes temáticos que se abordarán en cada entrevista son: sintomatología manifiesta y motivo de consulta; medicalización social y patologización; entramado social familiar o de referencia (características e implicancia respecto del motivo de consulta); impacto heteronormativo en la salud mental; contextos o conductas de violencia.

Que su participación en esta investigación no tiene ninguna responsabilidad durante el estudio y no le conllevará riesgo alguno y las entrevistas se realizarán con un tratamiento anónimo (sin incluir nombre de la participante), bajo las condiciones de seguridad anteriormente enumeradas. Asimismo, los datos recabados serán utilizados solamente para los propósitos descritos en el presente consentimiento o bien a propósitos relacionados.

Es importante que Ud. sepa que su participación voluntaria y gratuita en este estudio beneficia a la producción de conocimiento en una temática vital y vigente para el sector de salud pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, ya que posibilita aportar reflexiones para enriquecer las prácticas en salud mental infanto juvenil.

Si tuviera alguna consulta acerca de este estudio puede contactarse directamente con la investigadora del Proyecto:

Lic. María Natalia Pujol, email: marianataliapujol@gmail.com

Este Proyecto ha sido puesto en consideración del Comité de Ética del Hospital Tobar García perteneciente al sistema de salud pública de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en cumplimiento de los resguardos éticos basados en la Ley Nro. 3301 de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Si tuviese alguna inquietud sobre sus derechos o quisiera realizar alguna observación puede comunicarse con el mencionado Comité de Ética al siguiente e-mail: cei.tobargarcia2022@gmail.com

Teniendo en cuenta todo lo expuesto hasta aquí, la Sra. _____,
con DNI _____ manifiesta que:

1. He leído y comprendido toda la información señalada en esta declaración.
2. He sido informada de que la participación es libre y voluntaria sin ningún tipo de consecuencias en caso de negativa, pudiendo retirar mi participación en cualquier momento que lo desee sin que ello conlleve ninguna clase de perjuicio.
3. He sido informada de los objetivos principales de la actividad desarrollada.
4. He sido informada de que los resultados obtenidos de las entrevistas/cuestionarios serán difundidos manteniendo la condición de anonimato de las participantes.

5. He sido por lo tanto informada de que los resultados de esta experiencia serán protegidos con las garantías que establece la legislación vigente (Ley de Protección de Datos Personales N° 25.326).
6. He sido informada de que puedo negar mi permiso a la publicación del contenido de la entrevista/cuestionario.
- 7.

Y, tras su lectura,

Autorizo a publicar el contenido transcrito de la entrevista de forma anónima. No autorizo a publicar el contenido transcrito de la entrevista realizada.

Buenos Aires, a los días del mes
de.....de 2025.

Firma de la participante: _____

Firma de la investigadora:

Lic. María Natalia Pujol: _____

Anexo II



GOBIERNO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES
Comité de Ética en Investigación del Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García
Comité de Ética en Investigación

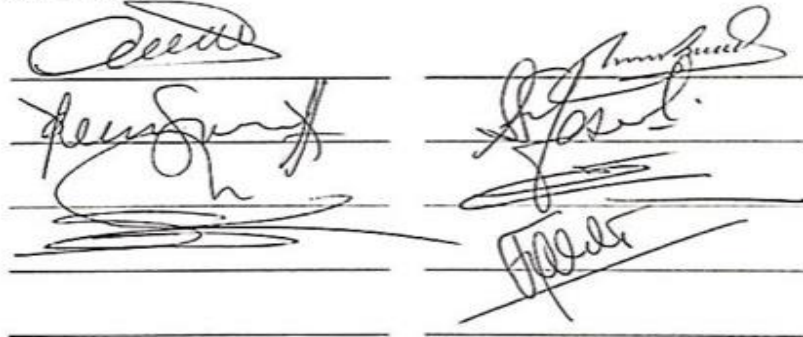
Luego de considerar todo lo antes mencionado, el Comité de Ética en Investigación del Comité de Ética en Investigación del Hospital Infante Juvenil Dra. Carolina Tobar García ha decidido aprobar el protocolo de referencia para su realización en Centro de Salud Mental Nro. 3 Arturo Ameghino, dirigido por Pujot, Mariana Natalia como Investigador principal. El presente dictamen tiene una vigencia de un (1) año.

Con relación a esta aprobación, se deja constancia que se han aprobado específicamente los documentos que se mencionan a continuación:

- Protocolo, fecha: 06 / 05 / 2025, versión: 2
- Consentimientos/asentimientos: - Protocolo: Género y modalidades de presentación del padecimiento subjetivo en infancias (V2) (Corregido) - Declaración de consentimiento informado sobre la participación de entrevistas
- Material que se entrega a los sujetos, avises de reclutamiento y otros documentos: --

La investigación de referencia será supervisada de manera continua por este Comité de acuerdo con lo contemplado en sus Procedimiento Operativos Estandarizados.

Firmas por el CEI



ANEXO III

A continuación, se detallan las definiciones las categorías presentes en los motivos de consulta tomando como referencia las últimas versiones vigentes del DSM y CIE (DSM 5 -TR, 2022 y CIE-11, 2022):

Alteraciones del estado de ánimo

Se refiere a la presencia persistente de síntomas emocionales como tristeza, pérdida de interés, irritabilidad, ansiedad, pánico o retraimiento social. Pueden acompañarse de cambios en el sueño, apetito, concentración y rendimiento escolar.

- DSM-5-TR: incluye los trastornos depresivos (episodio depresivo mayor, trastorno depresivo persistente) y los trastornos de ansiedad (ansiedad generalizada, fobia social, pánico). Se agrega el trastorno de duelo prolongado, lo que visibiliza la relevancia del impacto psicosocial de pérdidas en niños y adolescentes.
- CIE-11: clasifica los trastornos depresivos (6A70, 6A71) y de ansiedad (6B00–6B01) según curso, duración e intensidad. Reconoce la co-ocurrencia frecuente de ansiedad y depresión en población infanto-juvenil.

Problemas familiares y/o sociales

Se trata de conflictos o situaciones adversas en el entorno inmediato: violencia intrafamiliar, separaciones conflictivas, migración, ausencia de referentes significativos o precariedad social. Son factores que condicionan la presentación clínica y los modos de demanda.

- DSM-5-TR: codifica estos factores como V-codes (ej. problemas de relación padres-hijos, problemas sociales o ambientales). No constituyen diagnósticos, pero se consideran determinantes clínicos.
- CIE-11: utiliza códigos QE50–QE59, que incluyen factores de estrés psicosocial, dificultades familiares y sociales. Resalta la importancia del contexto relacional como variable epidemiológica y clínica.

Problemas de aprendizaje y/o conducta

Comprende las dificultades persistentes en la adquisición de habilidades académicas (lectura, escritura, cálculo), y también conductas disruptivas en el ámbito escolar.

- DSM-5-TR: define los trastornos específicos del aprendizaje (con dislexia, disgrafía o discalculia), el TDAH y los trastornos disruptivos (como el trastorno negativista desafiante). Recalca el impacto funcional en rendimiento y adaptación escolar.
- CIE-11: clasifica estos cuadros en trastornos del aprendizaje específico (6A03), TDAH (6A05) y trastornos de conducta disruptiva (6C90, 6C91). La CIE-11 incorpora una visión más dimensional, reconociendo grados de severidad.

Comportamientos disruptivos / perturbadores

Actos impulsivos, agresivos, caóticos o desbordantes que interfieren en la integración social y en la regulación de la conducta.

- DSM-5-TR: se incluyen en los trastornos disruptivos, del control de impulsos y de la conducta (como el trastorno de conducta, el trastorno explosivo intermitente).
- CIE-11: 6C90 (trastorno disocial), 6C92 (otros trastornos disruptivos). Reconoce la co-ocurrencia con TDAH y trastornos emocionales.

Comportamientos desafío-oposición

Se trata de conductas de hostilidad, desafío, discusión constante con figuras de autoridad, que exceden la oposición normativa del desarrollo.

- DSM-5-TR: conceptualiza el trastorno negativista desafiante con tres dimensiones: ánimo irritable, comportamiento desafiante y actitud vengativa.
- CIE-11: clasifica como 6C91 (trastorno negativista desafiante), diferenciándolo del trastorno disocial por la ausencia de violación grave de normas sociales.

Déficit de atención e hiperactividad (TDAH)

Se caracteriza por inatención, hiperactividad e impulsividad persistentes en distintos contextos, con inicio antes de los 12 años.

- DSM-5-TR: distingue tres presentaciones: predominante inatento, predominante hiperactivo/impulsivo, combinado. Considera el grado de severidad.
- CIE-11: 6A05 (TDAH), con especificadores según tipo y gravedad. Recalca la persistencia de síntomas en la adolescencia y adultez.

Problemáticas en torno a la identidad de género

Aluden a las experiencias de incongruencia entre el género sentido y el asignado al nacer, incluyendo interrogantes, transiciones y rechazos sociales.

- DSM-5-TR: ubica la disforia de género como diagnóstico, centrado en la dificultad emocional significativa asociada a la incongruencia.
- CIE-11: introduce el término incongruencia de género (HA60–HA61) y lo traslada al capítulo de *condiciones relacionadas con la salud sexual*, eliminando la categoría de trastorno mental. Este cambio supone una despatologización importante.

Autolesiones

Conductas autoinducidas de daño corporal (cortes, quemaduras, ingesta de sustancias), con o sin intención suicida.

- DSM-5-TR: diferencia entre conducta suicida y comportamiento autolesivo no suicida (categoría en estudio).
- CIE-11: distingue MB21 (autolesión intencional con intención suicida) y MB22 (sin intención suicida), lo que permite una mejor caracterización clínica y epidemiológica.

Mutismo selectivo

Se caracteriza por la incapacidad persistente para hablar en determinadas situaciones sociales (por ejemplo, en la escuela o con personas desconocidas) pese a hacerlo en otros contextos, lo cual interfiere significativamente en el desempeño social y educativo.

- DSM-5-TR (2022): el *mutismo selectivo* se ubica dentro de los trastornos de ansiedad. Se define como el fracaso constante para hablar en situaciones sociales específicas donde se espera el habla, a pesar de hacerlo en otras; con una duración mínima de un mes (no limitada al primer mes escolar). No se explica por desconocimiento del idioma ni por otro trastorno de la comunicación, del espectro autista o psicótico. Se asocia con altos niveles de ansiedad social y suele manifestarse en la infancia temprana.
- CIE-11 (2022): clasificado bajo el código 6B06 – Mutismo selectivo, dentro de los *trastornos de ansiedad u otros relacionados con el miedo*. Se describe como la falta persistente de habla en contextos sociales donde se espera, pese a la capacidad para hablar en otras circunstancias. Implica deterioro significativo en el funcionamiento

social o educativo y no puede atribuirse a desconocimiento lingüístico ni a otro trastorno del desarrollo del lenguaje.

Trastorno de la conducta con autoagresión

Corresponde a un patrón persistente de comportamientos que vulneran normas sociales o derechos de los demás, con manifestaciones de agresividad, desafío, o transgresión, pudiendo coexistir conductas autoagresivas o autolesivas sin intención suicida o con ella.

- DSM-5-TR (2022): el *trastorno de conducta* se caracteriza por un patrón repetitivo y persistente de violación de normas sociales o derechos ajenos, incluyendo agresión a personas o animales, destrucción de la propiedad, engaño o robo, y violaciones graves de reglas. Puede acompañarse de irritabilidad, impulsividad y escasa empatía. El manual reconoce la posible presencia de comportamientos autoagresivos en algunos casos, que requieren evaluación diferencial respecto de la ideación suicida o el trastorno límite de la personalidad.
- CIE-11 (2022): corresponde al diagnóstico 6C91 – Trastorno disocial de la conducta, incluido entre los *trastornos disruptivos del control de impulsos y de la conducta*. Se define por un patrón persistente de comportamientos que transgreden normas sociales y derechos de los demás, con inicio en la infancia o adolescencia. Se especifican subtipos según la edad de inicio y la presencia de rasgos emocionales disociales (“callous-unemotional”). Las guías clínicas contemplan la posible presencia de conductas autoagresivas dentro del espectro del trastorno, especialmente en adolescentes con alta impulsividad o comorbilidad con trastornos afectivos.