



## **TRABAJO FINAL DE GRADO**

**Presentado para acceder al título de**

**Licenciatura en Acompañamiento Terapéutico**

**Título: “Aportes del AT para la contextualización del diagnóstico infantil”**

**Autor**

**López Luciana Paula D.N.I: 28.637.731**

**Tutor:**

**Alarcón Alex**

**Lugar:**

**Rosario**

**Fecha de presentación**

**18/12/2023**

**Firma autor/es**

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'Luciana Paula López', is positioned below the text 'Firma autor/es'.

## ÍNDICE

1. RESÚMEN: .....	3
3. OBJETIVOS GENERALES .....	5
3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	5
4. MARCO TEÓRICO: .....	6
4.1 RESEÑA HISTÓRICA DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO EN LA ARGENTINA. ....	6
4.2 RESEÑA HISTÓRICA DEL CONCEPTO INFANCIA .....	7
4.3 DERECHOS DE LA INFANCIA EN LA ARGENTINA.....	8
4.4 ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO EN LA INFANCIAS .....	9
4.4.1 EL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO .....	9
4.5 CONSTRUYENDO UNA ESCENA LÚDICA, CONSTRUYENDO VÍNCULOS.....	11
4.6 DIAGNÓSTICOS .....	12
4.7 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS .....	13
4.8 DIAGNÓSTICO, ENFERMEDAD Y SUJETO DESDE UNA MIRADA SOCIAL Y CULTURAL .....	15
4.8.1 CONTEXTO ECOCULTURAL Y COMPORTAMIENTO.....	15
4.8.2 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA, PSICOPATOLOGÍA Y CONTEXTO CULTURAL.....	16
4.9 REPRESENTACIONES SOCIALES .....	16
4.10 LAS INFANCIAS EN LAS INSTITUCIONES .....	17
4.11 SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES (SMP).....	17
4.11.1 RESEÑA HISTÓRICA .....	17
4.11.2 DEFINICIÓN .....	18
4.11.3 ACTUALIZACIÓN TERMINOLÓGICA DEL SMP .....	19
4.11.4 CARACTERÍSTICAS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SMP .....	20
4.11.5 COMPORTAMIENTO DE LAS MADRES PERPETRADORAS Y LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS .....	20
4.11.6 TIPOS DE MADRES SMP.....	21
4.11.7 ESTRATEGIAS PARA EL DIAGNÓSTICO .....	21
5. DESARROLLO: .....	24
5.1 RASGOS DE SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES - APORTES DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO PARA UN DIAGNÓSTICO CONTEXTUALIZADO. ....	24
5.1.2 CONCLUSIÓN DEL CASO: .....	27
5.2 DIAGNÓSTICO Y NORMAS INSTITUCIONALES. ....	28
5.2.2 CONCLUSIÓN DEL CASO .....	30
5.3. UNA MIRADA SOCIAL Y CULTURAL .....	30
5.3.1 LA INTERVENCIÓN DEL AT PARA OBSERVAR CONTEXTOS .....	32
5.3.2 CONCLUSIÓN DEL CASO .....	32
6. CONCLUSIÓN .....	34
7. BIBLIOGRAFÍA .....	35

## 1.RESÚMEN:

El presente trabajo se desarrolla a partir de experiencias en el acompañamiento terapéutico de las infancias. Aborda los diferentes contextos y situaciones subjetivas en la que los niños se encuentran al momento de ensayar los procesos de diagnóstico en edades tempranas. A su vez, intenta resaltar la importancia de la figura del acompañante terapéutico en la inserción a los equipos de profesionales para disminuir la probabilidad de incurrir en diagnósticos que resultan descontextualizados.

Recorre distintas bibliografías y fuentes de información secundaria abordando temas en relación a los diagnósticos en la niñez, entre los que se destacan los factores distorsivos que pueden afectar la observación en el consultorio.

En una segunda parte expone tres experiencias que enfocan la intervención del acompañante terapéutico. Resalta el potencial del sujeto como facilitador de información de campo que recoge en entrevistas iniciales, observaciones en el contexto del niño, de la familia, de los adultos y de los pares con los que el infante trata en su cotidianidad, para ofrecerlas al servicio del diagnóstico y del equipo.

**Palabras claves:** Diagnósticos- Acompañante Terapéutico (a.t.) - Acompañamiento Terapéutico (A.T) - contextos - Síndrome de Munchausen.

## 2.INTRODUCCIÓN

El presente trabajo aborda los diagnósticos en las infancias desde la perspectiva del acompañamiento terapéutico. El objetivo del mismo es analizar diferentes aspectos como lo familiar, social y conductual en la niñez, dentro de un proceso de evaluación en el que intervienen diferentes profesionales de la salud incluyendo el “at “. Fundamentalmente, se pondrán en valor los diferentes aportes del AT frente al diagnóstico infantil, para garantizar precisión y la construcción de un plan de trabajo adecuado según el caso.

En la publicación “Diagnósticos en la arena: las infancias y las etiquetas en un mundo de clasificaciones” de Corvalán (2016), el autor realiza una aproximación y pone en alerta sobre los resguardos que debemos tener sobre las etiquetas o rótulos en las infancias. Al respecto dice: “Sobre los niños recaen representaciones y acciones que dificultan un crecimiento saludable. De aquí que aparece la importancia de reconocer qué discursos y modos de asumir prácticas en la infancia, traen más problemas que soluciones” (párr. 1)

En relación a los aportes de Corvalan, se puede expresar que el niño en dicha etapa, se encuentra transitando un desarrollo evolutivo, y como tal, su madurez, su aprendizaje y adaptación no debe reducirse a un diagnóstico fijó “una etiqueta”, éste debe ser tomado como una foto de un momento específico, por lo que es necesario ser flexible y observadores en cuanto a la posición de dicho diagnóstico.

Asimismo, se busca identificar factores distorsivos que interfieran en la evaluación de los casos, como el multiculturalismo y patologías ligadas a la salud mental, por ejemplo, el Síndrome de Munchausen, que puedan tergiversar y generar un impacto negativo en el diagnóstico del niño, influyendo en su vida cotidiana, educativa y social.

El enfoque evolutivo en un diagnóstico es lo que “permite trazar un perfil incluyendo la orientación terapéutica. Considera que cuando hay trastornos severos, un tratamiento sería insuficiente, necesitando un abordaje familiar y a veces interdisciplinario” (Ferrer, 2022, p.26)

El presente trabajo intenta analizar los factores que deben considerarse en los diagnósticos de la infancia. El análisis de esta investigación tiene como finalidad visibilizar la relevancia que pueda adquirir la figura del AT en el proceso de evaluación del diagnóstico infantil. Siendo fundamental el acompañamiento preventivo y de protección al niño para su salud mental. Por lo mismo, se indagará en posibles soluciones, a partir de una red de actores que, de forma interdisciplinaria, acompañen al sujeto. Proponiendo estrategias de trabajo que involucren a las familias, para que el acompañamiento no se vea dificultado, respetando y fomentando los derechos del niño.

En este sentido de derechos de la infancia, la Convención Internacional sobre los derechos del niño (CIDN) contempla la situación en la que los estados partes deberán encargarse y tutelar el bienestar del niño. En el artículo 27°, además de las responsabilidades paternas y del Estado, refiere a un nivel de vida adecuado para su desarrollo integral de la niñez. Lo que comprende resguardarlo de ciertas prácticas que atenten contra las posibilidades de su desarrollo integral.

### 3. OBJETIVOS GENERALES

Reflexionar en torno al rol del AT frente al diagnóstico infantil

#### 3.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Analizar factores distorsivos que interfieran sobre el diagnóstico.

Historizar el síndrome de Munchausen.

Historizar y reflexionar sobre el rol del acompañante terapéutico en el contexto de las infancias y los aportes al equipo terapéutico.

Investigar y proponer aportes que puedan derivar en posibles soluciones.

## PARTE I

### 4. MARCO TEÓRICO:

#### 4.1 RESEÑA HISTÓRICA DEL ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO EN LA ARGENTINA.

La Historia del AT en la Argentina no surge como un hecho aislado, fortuito o espontáneo, sino que resulta de un cambio en el modo de pensar y replantear la forma de tratar a los pacientes de la salud mental.

Sobre AT, Saliche (2021) aporta que: “Surge como parte del movimiento que se produce a escala mundial, con el desarrollo de los hospitales de Día de Salud Mental, alrededor de la Segunda Guerra Mundial. En Argentina este movimiento avanza en la década del 60”. (p.17)

En el Siglo XX se producen, en distintos países, movimientos de transformación en el tratamiento de pacientes que llegan a la clínica psiquiátrica. Con influencias del psicoanálisis, la psiquiatría comunitaria, la antipsiquiatría y los efectos en las modalidades asistenciales, que trae la psicofarmacología, comienzan a ofrecer otras posibilidades para la implementación de la atención ambulatoria, dando lugar a los hospitales de día y a las comunidades terapéuticas. (Rossi, 2007)

Todo ese marco de revolución hizo que este recurso naciera mediante la implementación de sistemas abiertos, teniendo en cuenta una nueva significación de “la locura” y de su tratamiento con el fin de resguardar la inserción social del paciente. (Rossi, 2007).

Por su parte, Casabella (s.f) explica que el AT surge de la mano de Eduardo Kalina. El acompañante aparece como una práctica ligada a la psiquiatría, puntualmente al tratamiento de pacientes psicóticos y pacientes en tratamiento por adicciones, bajo el nombre de “amigo calificado”. El pronto pasaje de esta denominación a la de at estuvo ligado a centrar el rol en el aspecto terapéuticos por sobre la amistad.

En los '60 se había iniciado una división dentro de la Psiquiatría en dos grupos claramente diferenciados: por un lado, los psiquiatras manicomiales, integrado por los defensores del sistema de hospicios y directivos de los manicomios de todo el país y los psiquiatras reformistas, integrado por quienes se oponían al sistema manicomial y pretendían modificar sus estructuras. (Casabella, s.f)

El AT empieza a insertarse en la línea de trabajo de los psiquiatras reformistas como una alternativa frente a las internaciones psiquiátricas. El AT surge como un dispositivo que puede

intervenir en la cotidianeidad de los pacientes favoreciendo así a la permanencia de estos últimos en el hogar y evitando la internación en manicomio.

Siguiendo la lectura de Casabella, los primeros psiquiatras que comienzan a trabajar con el AT pertenecen al grupo de reformistas. A fines de la década de los '80 comienza a consolidarse su actuación en el campo de la Educación Especial, incluyendo entre las tareas del AT la integración escolar, el tratamiento de pacientes oncológicos y el ámbito de la geriatría.

Según el autor, "a mediados de los '90 el acompañamiento terapéutico comienza a institucionalizarse. Comienza a formar parte entre los profesionales de las diferentes instituciones y ser parte de los llamados equipos de acompañamiento terapéutico." (p. 2)

Según Saliche (2021), el acompañante se presenta hoy como una alternativa de asistencia, de pacientes con trastornos graves, en situación de crisis o internación, que posibilita desarrollar un tratamiento integral de dichas patologías.

A la fecha se encuentra una variedad de ofertas académicas que construyen conocimiento en distintos niveles de complejidad sobre la profesionalización del AT. Se ofrecen desde cursos introductorios hasta carreras de nivel terciario y universitario en carreras de pregrado y grado.

El rol y la figura del AT, continúa su proceso evolutivo, y se abre un espacio cada vez más participativo en los equipos profesionales del campo de la salud mental. Ponderando un mayor grado de importancia para recabar información y nutrir a los equipos terapéuticos.

#### 4.2 RESEÑA HISTÓRICA DEL CONCEPTO INFANCIA

Para entender la niñez, es imprescindible ubicar históricamente el concepto de infancia. En relación a ello, Levin (1995), citado por Kuras y Resnizky (2020):

Articula la relación entre la historia de las infancias y el psicoanálisis, subraya el lugar de no reconocimiento que tuvo el niño durante largos períodos históricos, en los que fue víctima de toda una variedad de formas de rechazo, partiendo de la no aceptación de su inermidad y de sus mínimas necesidades afectivas, incluyendo el infanticidio, fuera consiente o no. (p.93)

Claramente las infancias eran sinónimos de esclavitud y maltrato, esta etapa era considerada como un tiempo de no importancia. Los niños eran tratados con desprecio a lo que estaba permitido dar muerte contra ellos.

A fines del siglo XIX, surge con Sigmund Freud el descubrimiento de la sexualidad infantil, lo que conlleva una nueva manera de pensar la infancia. La posición infantil avanzó a costa de la posición adulta. Los niños eran considerados adultos pequeños orientados a valerse por sí mismos, en consecuencia, muchos morían a corta edad, por falta de satisfacción de sus necesidades y por el trabajo inhumano que se le asignaban (Kuras y Resnizky, 2020).

#### 4.3 DERECHOS DE LA INFANCIA EN LA ARGENTINA

La Ley 26061 se alinea a los postulados de la CIDN, concibe a niñas y niños como sujetos, titulares de derechos mínimos comunes a todas las personas y otorga un valor agregado por las situaciones puntuales que incrementan sus vulnerabilidades.

La ley irrumpe el paradigma previo y pretende dejar atrás una concepción de la niñez en términos de incapacidad o de no completitud de dicha capacidad en términos etarios, para pasar a considerar a niñas y niños plenos, en proceso de formación, sujetos de derechos. Y al mundo adulto (constituido por la familia, el Estado, las organizaciones de la sociedad civil y al sistema de salud), como responsables de garantizar la efectividad de estos derechos. La infancia se aborda como un tiempo en la vida de las personas que requiere de protecciones específicas de derechos y se consolida la idea de que los adultos son responsables de la garantía de acceso a ellos y de acompañar el proceso de ejercicio de los mismos. (Battistini, 2020)

A diario pueden identificarse ejemplos generales en los que los derechos de los niños son vulnerados por el mundo adulto que debería garantizar su cumplimiento. En relación con el presente documento, el film del director Roosevelt (2023) titulado "Salven a Maya", narra y deja en evidencia cómo ese mundo adulto, contrario a lo que establece la norma, puede en su rol de protector avasallar dichos derechos. El mismo trata sobre el caso de la familia Kowalski en la que su hija Maya que padece de una singular enfermedad. Es observada acusatoriamente por el sistema médico y el Estado en los que se evidencian abusos de poder y violan sistemáticamente los derechos de la niña y de la familia aduciendo a un posible caso de Síndrome de Munchausen por poderes, que contrario a proteger y garantizar los derechos tal como se establece en la CIDN desde 1989 se atenta contra los mismos y contra la familia.



#### 4.4 ACOMPAÑAMIENTO TERAPÉUTICO EN LA INFANCIAS

El acompañamiento terapéutico en la infancia no difiere, en sus fundamentos, de otros campos de aplicación, pero puede exponerse desde diferentes enfoques en el abordaje. De acuerdo a lo que plantean Kuras y Resnizky (2020) “La inserción del Acompañante Terapéutico se inscribe entre las múltiples modalidades del auxilio ajeno. Con el que se proporciona al niño un alivio psíquico y a su vez su campo clínico es heterogéneo” (p.95)

El AT se inserta con una gran variedad de pacientes, no sólo en relación a las problemáticas que presente cada uno, sino también por las etapas de la vida. El desarrollo suele dividirse en diferentes periodos que en ocasiones adoptan características particulares a partir de las condiciones contextuales en las que se desarrollan los niños, así como las singularidades propias de cada niño.

En las primeras etapas de la vida, en la primera infancia suelen ser más comunes las consultas por distintas problemáticas o trastornos de salud. Asimismo, en la actualidad se registra un aumento de demanda de padres y profesionales que solicitan el acompañamiento terapéutico. (Kuras y Resnizky, 2020)

##### 4.4.1 EL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO

Sobre el abordaje del AT en la infancia, Kuras y Resnizky (2021), sostienen que es una práctica que fue desafiando los límites de su accionar. Haciendo referencia a la inclusión del AT en el trabajo psicoterapéutico, psiquiátrico y de rehabilitación a niños con discapacidad.

En palabras de las autoras:

pensar en las infancias presupone situar tomando en cuenta los múltiples entrecruzamientos que la determinen como, el estado de indefensión del niño en etapas tempranas de la vida, la dependencia del amparo y sostén parental y las condiciones del contexto sociocultural en la que el niño está alojado. (p. 83)

Como se describe en la cita, el AT en las infancias se debe abordar desde una mirada integral, desde la singularidad del sujeto sin perder de vista el desarrollo de las etapas evolutivas de cada niño, pautando lineamientos terapéuticos acorde a cada sujeto.

Es entonces que para Kuras y Resnizky, las discursividades de las infancias, la búsqueda del contacto físico, la gestualidad, el juego, son vías de procesamiento psíquico. La inclusión del

AT en la infancia responde a una concepción del funcionamiento psíquico, con el objetivo de disminuir el sufrimiento e incrementar la posibilidad de pensar.

A su vez, aportan que los acompañamientos en las infancias en edades tempranas surgen en respuestas a las consultas recurrentes por parte de los padres a profesionales preocupados por la observación de retrasos significativos en la marcha -Motricidad- y lenguaje.

Cabe considerar que el AT desempeña un rol flexible en donde no hay pautas preestablecidas acerca de cómo proceder frente a determinadas situaciones, por tanto, es un rol que se construye a partir de la experiencia de la práctica. (Granovsky, Russi y Serafini, 2013)

Tomando las ideas de Granovsky, Russi y Serafini (2023), en el trabajo con niños, el acompañante terapéutico utiliza su cuerpo como soporte en donde se depositan las ansiedades y miedos, que van surgiendo durante el proceso de integración social.

El acompañante ofrece el cuerpo, las palabras, los juegos, dibujos, afecto y sostén. Se trata de encontrarse con el otro a través del vínculo, de intentar construir algo compartido, el AT, es un agente necesario para el trabajo de la integración social.

Según Freud (1973) en Kuras y Resnizky (2021):

Los siguientes interrogantes, con respecto al contacto con el niño, en la que los profesionales carecen de criterio en torno a la complejidad del padecimiento del niño.

¿De qué índole es el trastorno del desarrollo al que nos referimos? ¿Se trata de un síndrome pasajero? ¿Estamos en el terreno de la psicosis? (p.84)

Aquí, Freud propone un criterio integral de evaluación clínica en la que clasifica a diferentes categorías diagnósticas a tener presente. La evaluación clínica del niño, está formada por diversos datos que hacen referencia a las diferentes etapas de la personalidad infantil, haciendo hincapié en lo orgánico, ambiental, psíquico e históricos, entre otros.

Estas articulaciones de datos hacen el perfil metapsicológico del niño, lo que debe ser contextualizado en relación al entorno familiar, que facilita la integración del sujeto.

Este perfil analizado, será un referente, con el objetivo de situarse ante el problema al cual se realiza la consulta.

De este modo, es necesario el trabajo interdisciplinario en el que el a.t. recaba información del contexto en el que el niño se encuentra. Y sirve de feedback al equipo terapéutico para poder retroalimentar el diagnóstico y ajustar las terapias. Por lo que es importante al momento de comenzar con el acompañamiento terapéutico que se realicen las primeras entrevistas y visitas en el hogar, para dar a conocer y observar la cotidianidad del niño y tener un panorama específico de la realidad del sujeto a acompañar. La ansiedad de las familias en querer que el niño hable y camine con los tiempos establecidos conlleva a generar trastornos o diagnósticos apresurados, interrumpiendo el desarrollo normal del sujeto.

Tomando la idea de las autoras, la figura del AT permite explicar el panorama de las condiciones en la que el niño se encuentra, lo que posibilita no sólo una planificación de las actividades, sino también el trabajo con la familia. Lo que se aporte de la observación de la figura del a.t, será una herramienta importante para el desarrollo del tratamiento.

Según las palabras de las trabajadoras de la salud mental:

La inclusión del acompañante terapéutico amplía las fronteras del registro, favoreciendo una mayor consistencia en la evaluación del caso. El acompañante terapéutico es testigo de algunos datos relevantes de la dinámica familiar, que la familia no relata por qué no los registra como inconvenientes y menos aún como conflictivos. (p.89)

#### 4.5 CONSTRUYENDO UNA ESCENA LÚDICA, CONSTRUYENDO VÍNCULOS

Dentro del proceso de la inclusión del AT, se pueden distinguir dos etapas, una individual o pre-acompañamiento y otra centrada en la integración social y el vínculo con el otro.

El juego es un espacio en la que se establece un vínculo con el otro, existen efectos transferenciales, que son necesarios para el proceso terapéutico.

En éste sentido, Granovsky, Russi y Serafine (2013) sostienen que “el niño construye su mundo a partir del otro, el juego posibilita la construcción subjetiva, ayudando al niño a elaborar sus angustias” (p.64)

El a.t que represente dicha función será una de las personas que más trato tenga con el niño, la familia y el contexto. Será quien sepa sobre sus debilidades y fortalezas, brindará subjetividad y pondrá su cuerpo para que la terapia sea posible.

En el mismo sentido, afirman: “El niño potenciará su desarrollo con la ayuda del otro. Y es importante tener en cuenta que en los juegos de equipo entiende la importancia del vínculo para llevar adelante tareas que sólo no podría hacer.” (Baquero & Limón Luque, 2001, p.65)

De acuerdo con lo escrito, la figura del a.t., es fortalecedor para el desarrollo del niño, que debidamente lo requiera en edades tempranas, siendo el vínculo una herramienta transferencial entre acompañante y acompañado.

#### 4.6 DIAGNÓSTICOS

Hablar de diagnósticos tiene múltiples miradas y trae discusión y debate ante las diferentes posturas multidisciplinares del área de salud mental.

Según la Real Academia Española (RAE), diagnosticar es recoger y analizar datos para evaluar problemas de diversa naturaleza. Determinar el carácter de una enfermedad mediante el examen de sus signos.

Es decir, los diagnósticos en la infancia, permiten reflexionar sobre los aportes y contraindicaciones de los mismos.

En palabras de Corvalán:

Cada diagnóstico se manifiesta de manera particular en cada niño. Todas las generalidades que se expresan sobre la infancia, en cada niño en particular, adquieren condiciones específicas. Estas condiciones específicas están dadas no sólo por el contexto social y familiar, sino también por la personalidad del sujeto.  
(párr.2)

En base a lo citado, los diagnósticos producidos por profesionales únicamente en el ámbito del consultorio pueden omitir información presente en la cotidianidad y el contexto del niño, niña o sujeto a diagnosticar. Dicha omisión de variables del contexto que participan en un proceso de trastornos o enfermedad dificultan la realización de un diagnóstico certero.

#### 4.7 CRITERIOS DIAGNÓSTICOS

La salud mental infantil, el abordaje terapéutico, el testimonio de los padres y el sufrimiento psíquico que se puede estar atravesando en la niñez, impactan en el diagnóstico a partir de diferentes instrumentos estandarizados que hacen a esa clasificación diagnósticas.

Según lo que menciona Corvalán:

Siguiendo con los criterios diagnósticos debemos tener presente que cambian continuamente, el Manual Diagnóstico estadístico de los trastornos mentales (DSM) desde su primera versión en 1952, hasta la última en 2013, ha duplicado los trastornos posibles de 106 a 206. Es decir, tanto adultos como niños, tienen más posibilidades de ser diagnosticados y medicados. Muchos de los signos que antes formaban parte de un desarrollo normal, ahora son “patologizados”, como el movimiento, un atracón o los berrinches. (párr.2-3)

En relación con lo citado, es importante hacer una observación detallada, más allá del síntoma para obtener un diagnóstico real, que no pueda confundirse con otro padecimiento y que la misma implique una estigmatización social.

El uso de clasificaciones diagnósticas pertenecientes al DSM, y su aplicación en niños cada vez más infantes, ha producido resultados que son utilizados con distintos fines, como son los accesos a coberturas médicas con mayor porcentaje o acceso a tratamientos específicos, o bien a la obtención del CUD (certificado único de discapacidad) que permite un acceso a una cobertura médica integral en prestaciones básicas, además de accesos con gratuidad del transporte y la reducción de impuestos para acceder a determinados bienes y servicios.

Un diagnóstico temprano puede generar dudas, puede prestarse a discusión, sin tener en cuenta que los niños en edades tempranas se encuentran en pleno desarrollo de la subjetividad y que sus síntomas pueden ser modificables para definir un diagnóstico. Corvalán (2016)

Es decir, que un diagnóstico a tiempo orienta a pasos a seguir, tanto a la familia como a los profesionales entendiendo que se da en los primeros años del desarrollo del niño, con características visibles al síntoma, pero, a su vez, se debe tener presente que los diagnósticos no son inquebrantables, que, a través de estímulos y terapias tempranas, se pueden reducir los síntomas y brindar apoyo para el desarrollo y aprendizaje. (Corvalán, s/f)

Los diagnósticos vienen a aportar conocimientos sobre una situación específica, que se recogen a través de estudios, y en ocasiones bajo la observación clínica de signos y síntomas que pueda presentar el sujeto.

Sin embargo, un diagnóstico temprano facilita un abordaje de tratamiento a seguir, sin dejar de tener presente las necesidades de cada niño. Por lo tanto, se alude que el diagnóstico es orientador de una posible patología y que esta puede cambiar constantemente, lo que permite

a los a.t. ser observadores del acompañado ante los signos y síntomas que éstos demuestren, sin encasillarse en un posible diagnóstico como una verdad absoluta.

Por su parte, Bleichmar (2016) realiza aportes a la clínica psicoanalítica, considerando que los diagnósticos siempre van a ser modificables y dinámicos, que debemos atenernos al hecho de que se trata de un psiquismo en constitución.

En el ámbito de la salud mental hay una frase popular que expresa: “los diagnósticos en la infancia, se escriben con lápiz”. Dicha frase toma mayor relevancia cuando observamos que en estos últimos tiempos hay una demanda del mundo adulto que patologiza a los niños, sin considerar el proceso de desarrollo y los diferentes factores que involucran la singularidad de cada sujeto.

En el mismo tema Llobet y Almagro (2016) aportan que:

En la actualidad existen dos tendencias que tienen que ver con el abordaje de las problemáticas presentes en las infancias, por un lado, aquella que tienden a biologizar y medicalizar y por otro lado la que surge como respuesta cuestionando el etiquetamiento, pero a su vez quitan la importancia del diagnóstico como fundamento de la definición del método, del tipo de intervención que se requiere para abordar esa problemática. (p.38)

Es aquí en la que aparece la patologización y medicalización en la infancia que se conoce como “el modelo médico hegemónico” que tiene como rasgos: ser individualista, no igualitario y medicalizante una concepción que hace énfasis en la enfermedad y toma al niño como objeto de diagnóstico en la que se lo busca rotular. Teniendo presente lo citado cabe preguntar, ¿se evaluó el entorno del niño? ¿se tuvieron en cuenta otros factores?, como la dimensión histórica vivencial, que da cuenta al modo singular de constitución de cada sujeto psíquico. (Dueñas,2014).

Las búsquedas de respuestas a estos interrogantes nos permiten orientar nuevos enfoques para comprender y maximizar el contexto del diagnóstico del paciente, en la que nuevamente el AT puede resultar irremplazable en la obtención de la construcción de la información de base.

## 4.8 DIAGNÓSTICO, ENFERMEDAD Y SUJETO DESDE UNA MIRADA SOCIAL Y CULTURAL.

La perspectiva sociocultural incide en las costumbres, en las acciones de la vida cotidiana, en los hábitos de las familias y en la contextualización en la que los sujetos desarrollan sus cotidianidades. Con ello se hace referencia a lo que en diversas ocasiones se considera la normalidad, o lo que se impone como ideal (familias, instituciones educativas, entre otros.)

### 4.8.1 CONTEXTO ECOCULTURAL Y COMPORTAMIENTO

Según Berry (2000), citado por Contini de González (2003).

A la Psicología Cultural le concierne la comprensión de la diversidad del comportamiento humano y parte del supuesto básico de que los factores culturales afectan a aquél. Se ocupa del estudio de las relaciones entre el contexto cultural y el desarrollo humano analizando el modo en que los comportamientos se configuran por haber crecido el sujeto en una determinada cultura. (p.94)

A través de la psicología cultural se busca conocer el vínculo que existe en ese niño entre las variables ecológicas, sociales, culturales y el comportamiento en su contexto. Para reflexionar sobre los métodos que se emplean en la evaluación y los diagnósticos psicológicos.

La noción de cultura, es central en este enfoque, no se debe descuidar la consideración de las variables biológicas. En el campo de la evaluación infantil es frecuente la necesidad de estimar el desarrollo cognitivo o la maduración viso-motora. En ese caso, no es posible dejar de considerar factores tales como la nutrición, la herencia genética o los procesos metabólicos. (Contini de González, 2003)

En relación con los aportes planteados, se considera imprescindible tener presente estos diversos factores al momento de la realización del diagnóstico y preguntarse ¿se evaluó la nutrición del niño? para saber si su retraso de sus funciones está ligadas a esta problemática ¿se analizó el vínculo madre e hijo? Estos interrogantes pueden llevar a un análisis más profundo para conocer cada situación.

### 4.8.2 EVALUACIÓN PSICOLÓGICA, PSICOPATOLOGÍA Y CONTEXTO CULTURAL

La evaluación psicológica, reconoce al sujeto o problemática de salud que se debe atender, Contini de González hace referencia al riesgo de cometer errores de diagnóstico al utilizar

instrumentos de evaluación en un contexto diferente en el cual fueron diseñados, busca indagar si la cultura genera diferencias en la psicopatología. Es decir, las pruebas diagnósticas deben ser realizadas a través de un análisis al sujeto en su contexto.

En palabras del autor:

Reflexionar acerca de los métodos que se emplean en evaluación y diagnóstico psicológicos, de las teorías que los fundamentan, de los riesgos de subdiagnosticar o sobre diagnosticar al confundir etnicidad con aculturación y de considerar como psicopatológicas variaciones normales del comportamiento que son habituales en la cultura de un particular sujeto. (p. 93)

En coincidencia con el autor, cabe agregar que los métodos a utilizar varían de acuerdo a la cultura del sujeto, y que no siempre existe una patología a diagnosticar. Por lo que se debe indagar ¿qué es un sujeto normal? o bien, ¿cuál es un comportamiento normal?

Por su parte, Millón (1999) señala que:

Todas las distinciones entre normalidad y patología son en parte construcciones sociales o culturales y que los trastornos son definidos por estándares que son asumidos por la mayoría de las personas. La patología sería entonces un comportamiento poco frecuente con relación al grupo de referencia. (p.96)

Aquí se expresa que se pone en juego la práctica del acompañamiento dentro de objetivos a implementar en los comportamientos pocos frecuentes, asimilados o aprendidos por las construcciones culturales.

#### 4.9 REPRESENTACIONES SOCIALES

Se destaca aquí la importancia de contrastar las representaciones y prácticas de actores claves que forman parte del desarrollo infantil. Jodelet (2003), citado por Corvalán, manifiesta: “Es una manera de dar cuenta de fenómenos que están ligados, permite integrar el aspecto simbólico de las conductas, también el aspecto subjetivo.” (p.4)

De este modo las representaciones sociales en los niños, se puede ver reflejado los trastornos psicopatológicos, como problemáticas, que luego quedan excluidas o no visibilizadas y dificultan el tratamiento terapéutico a seguir.



## 4.10 LAS INFANCIAS EN LAS INSTITUCIONES

En las sociedades actuales se impone el niño modelo, que debe comportarse como referencia, para pensar en lo esperable y en las características de un desarrollo normal. Corvalan (2013) expone:

Cuando ante lo esperable se presenta lo inesperable, el eje de la problemática se puede situar en la figura del niño y no en las lógicas institucionales. La exigencia sobre el cómo se debería actuar, pensar o sentir, recae sobre el niño y no sobre la representación que del mismo se hace desde los lugares que alojan a la infancia. (p.89)

Concordando con la cita, se expresa que el sistema escolar establece reglas según las que los niños en determinadas edades deben cumplir con parámetros generales que deben adaptarse al sistema propuesto (contenidos, reglas sociales, entre otros).

El fracaso escolar, es cuando el niño queda por fuera del sistema, es vivenciado de manera conflictiva, habilitando una zona de incertidumbre en los procesos infantiles en donde la patologización encuentra un terreno fértil. Marcando contrapuntos entre lo normal y la exigencia institucional, acreditando en el campo de la enfermedad en la infancia.

Si bien es cierto que el niño se debe adaptar a las normas institucionales, no nos podemos olvidar de la subjetividad de cada niño, en la que todos son diferentes, presentando un nivel de aprendizaje que varía en el desarrollo de madurez del sujeto.

## 4.11 SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES (SMP)

### 4.11.1 RESEÑA HISTÓRICA

Este aporte intenta poner de relieve las características de un trastorno que es poco común, pero que puede tener significancia en los diagnósticos infantiles si el equipo tratante o el médico a cargo no lo tiene presente.

Siguiendo a los aportes de Cerda Ojeda (2006), el término fue introducido en el año 1977 por Meadow, pediatra británico, quien explicando el síndrome de Munchausen por poderes (SMP), referidos a casos en los que un sujeto inventa síntomas de otro que se encuentra vulnerable a éste (en indefensión). Previamente (en 1951), dicha situación ya había sido descrita por Asher al observar a pacientes adultos y aportó que se trataba de "pacientes que

presentan unas historias clínicas espectaculares, llenas de mentiras e invenciones, en un presumible intento de conseguir seguridad hospitalaria y atención médica". (p. 48)

Meadow decide acuñar el nombre del barón von Munchausen, por el fantasioso alemán del siglo XVI que en sus relatos en las destacaba unas extraordinarias historias sobre sus proezas como soldado y deportista. En su encuadre, Asher diferencia dos actores: el "paciente" (o víctima), con sus fábulas tendentes a engañar a la otra, y el médico, con su potencial clínico. El incluir "por poder" da paso a un tercer "actor" (el perpetrador), que provoca e inventa síntomas sobre el menor y del que es responsable.

Finalmente, el pediatra británico le asigna el nombre del Síndrome de Munchausen "por poderes", a aquellas enfermedades de los niños que son provocadas por las personas más cercanas a él, usualmente la madre.

#### 4.11.2 DEFINICIÓN

¿Qué es el Síndrome de Munchausen por Poderes?

En relación a los aportes de Lovaglio y Del Bagge (2021)

La Asociación Americana de Psiquiatría[AAP], (1994), en el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-IV), lo define como trastorno facticio no especificado. En esta clasificación se incluye la denominación trastorno facticio por poderes, en el apéndice de criterios y ejes propuestos para estudios posteriores. (p.125)

El DSM-IV TR (AAP, 2002) lo denomina desorden facticio por poderes y en la actualidad. El DSM-5 lo denomina Trastorno facticio, incluyendo dentro de la categoría de trastornos somáticos.

En relación con los aportes de Morici(s.f.), miembro del comité de Salud y familia, de la sociedad Argentina de Pediatría, describe el síndrome como una forma de maltrato infantil que incluye la creación ficticia de una enfermedad en el niño por su madre y la participación involuntariamente activa del cuerpo médico, es decir es una enfermedad mental y una forma de maltrato infantil. El cuidador del niño con frecuencia la madre, inventa síntomas falsos provocando síntomas reales, para que parezca que el niño está enfermo pudiendo manipular a los médicos y hasta convertirlos en cómplices involuntarios de maltrato, a través del abuso de técnicas médicas invasivas.

### 4.11.3 ACTUALIZACIÓN TERMINOLÓGICA DEL SMP

Tras los avances en las investigaciones y con el correr de las actualizaciones el SMP se ha reformulado y puede derivar en dos corrientes similares, pero diferentes. Cerda Ojeda (2006) plantea que se crea un término específico a utilizar en el diagnóstico médico nominado "falsificación de un proceso pediátrico (FPP)".

El término desorden facticio por poderes (DFP) forma una categoría diagnóstica que se aplica al cuidador al tercer actor que ha provocado daños al niño mediante la FPP. El motivo primario parece ser una intensa necesidad de recibir la atención de profesionales y manipularlos. En la clasificación DSM-IV-TR no aparece como el SMP, usándose el término "desorden facticio por poderes" para definirlo. (Cerda Ojeda, 2006).

En el DSM IV, el síndrome de Munchausen por poderes (SMP) es parte del Trastorno Facticio (TF) no especificado, caracterizado por un patrón conductual que va desde el reporte de síntomas falsos por parte de los cuidadores del paciente (usualmente la madre) hasta la fabricación de síntomas y perpetración de daño físico.

El manual de psiquiatría propone los siguientes criterios de investigación para el trastorno facticio por poderes:

Está descripto que quien genera un trastorno fáctico por poderes no responde a un cuadro psicótico ni alucina mientras enferma a sus hijos, lo que motiva a la perpetradora es el deseo de asumir el papel de paciente a través de otra persona. El comportamiento es la presencia de un trastorno mental, por lo que no existe algún incentivo externo para justificar este comportamiento.

Por lo que este complejo diagnóstico involucra a dos protagonistas, quien produce los síntomas y quien los padece.

Tomando como referencia los textos, sobre este síndrome, las personas con trastornos ficticios actúan de tal manera porque tienen la necesidad de que los vean como personas enfermas o lesionadas, no porque necesiten obtener algún beneficio. Precisamente, por eso se trata de un trastorno de salud mental, asociado a graves dificultades emocionales.

Morici aporta que: "La comprensión dinámica no solo debe abarcar el estudio de este vínculo materno extremadamente perturbado que lleva al maltrato del cuerpo del niño, sino extendiéndose al tercer término involucrado, que está dado por la figura y el accionar del pediatra". (párr.2)

Citando la Ley de Historia Clínica Electrónica 26934, documento que tiene acceso los profesionales de Salud, resulta pertinente preguntar: ¿Puede la instrumentación eficiente del dicho dispositivo favorecer el error y la ausencia de comunicación entre profesionales para alertar tempranamente el SMP “DR Shopping o similares?

Morici pone en manifiesto que aparece un criterio compartido, que esta forma de maltrato requiere de un vínculo altamente patológico de la madre hacia su hijo y de una inteligencia de manipulación hacia el médico, que tiene como función operar en el sentido contrario de su función de cuidador de la salud del niño.

#### 4.11.4 CARACTERÍSTICAS Y MANIFESTACIONES CLÍNICAS DEL SMP

En el síndrome de Munchausen por poderes (SMP), participan diferentes aspectos médicos, psicológicos, psiquiátricos y legales que afectan tanto al niño como a su familia, los cuales reafirman que, para llegar a un diagnóstico, es necesario el trabajo multidisciplinario.

De acuerdo lo expresado por Lovaglio y Del Bagge (2021) en relación con los aportes de Meadow, refiere que algunos síntomas se pueden expresar en cambios comportamentales y emocionales, como por ejemplo el déficit de atención, dificultades por aprendizaje como así también la psicosis entre otros, producto de síntomas inventados por los cuidadores.

Por lo que es recurrente la visita hospitalaria, por diferentes motivos, sin encontrar causa o diagnóstico que afirme lo que la madre expresa a través del maltrato que se le realiza al niño.

#### 4.11.5 COMPORTAMIENTO DE LAS MADRES PERPETRADORAS Y LOS TRASTORNOS PSIQUIÁTRICOS ASOCIADOS.

Según Lovaglio y Del Bagge (2021) las madres se caracterizan, por violar constantemente las normas y ser muy hábil para el engaño, poseen un pensamiento del tipo perverso. Simulan ser buenas madres, se muestran sobreprotectora con el niño y poseen comportamientos de cooperatividad ante los médicos, a pesar del maltrato ejercido.

#### 4.11.6 TIPOS DE MADRES SMP

La Sociedad Argentina de Pediatría a través del comité de salud de mental y familia distinguen cuatro (4) rasgos/tipos de madres dentro del SMP que se resumen en la Tabla I:

Ejercen maltrato como tipo de ayuda	En ellas se puede ver que buscan atención médica para sus hijos con el objetivo de demostrar sus propias ansiedades.
Las médico-adictivas	Son aquellas que están obsesionadas en obtener tratamiento médico para enfermedades inexistentes en sus hijos. Se dedican a detallar síntomas, se niegan a aceptar la evidencia médica que dice lo contrario, y realizan sus propios tratamientos hacia sus hijos.
Inductoras-activas	Estas madres inducen la enfermedad a través de métodos dramáticos, ejercen una relación de control sobre el médico tratante.
Asesinas	Incluyen a las de tipo inductoras activas, predomina la crueldad y la ausencia de culpa, poseen un deseo de muerte sobre el niño.

Tabla I: Cuatro tipos de madre con SMP  
Fuente: Elaboración propia a partir de Morici

Lovaglio y Del Bagge explican que “las madres perpetradoras de este síndrome evidencian al momento de la evaluación diagnóstica un trastorno histriónico, límite, narcisista o no especificado de la personalidad. Sólo en muy raras ocasiones la madre tiene un trastorno psicótico.” (2021, p.134) Por lo que es necesario entender que este tipo de madres suelen tener una historia de maltrato durante su infancia, por demás está por decir que este síndrome es consciente, voluntario y violento.

#### 4.11.7 ESTRATEGIAS PARA EL DIAGNÓSTICO

El Síndrome Munchausen por poderes es muy difícil de diagnosticar, por lo que se sugiere que la organización del resguardo del niño o adolescente intervenga en el caso.

Lovaglio y Del Bagge expresan que:

En el caso de existir un alto grado de sospecha al abordar a un paciente ambulatorio, se lleva a cabo la internación del mismo y se da intervención a los servicios de protección de derechos. Además, se solicita acompañante hospitalario

para cuidar del niño o de la niña las 24 horas, explicitando su función en el diagnóstico de esta patología. (p.131)

En relación con los aportes citados, la intervención del dispositivo del acompañante terapéutico, cumplirá una función primordial en la observación de la sintomatología del niño, para ser transmitida al equipo médico tratante.

Retomando los autores:

Las pacientes víctimas de este tipo de maltrato confirman que, en algunos casos, cuando los niños y las niñas llegan a púberes o adolescentes comienzan a participar de este tipo de patología y arriban a la adultez siendo ellos portadores del síndrome y pudiendo ejercerlo sobre otros. (p.137)

Por lo que es pertinente un tratamiento terapéutico en el que el niño tiene como desafío empezar a construir nuevas configuraciones a través de un dispositivo en red.

Criterios de diagnóstico para detección de SMP
<ul style="list-style-type: none"><li>- El sujeto lleva al paciente (niño) de forma reiterada a las consultas médicas.</li><li>- Se detectan pruebas o eventos de manipulación o engaño con el niño o con la situación médica del niño (Ej: Emular manchas de sangre con Ketchup o tomate).</li><li>- La positividad de la prueba o del evento no es consecuencia de un error de la misma, de una misma (o única) comunicación o de un mal tratamiento.</li><li>- No existe otra explicación médica posible respecto a dicha positividad que la falsificación de la enfermedad.</li><li>- Ningún hallazgo excluye la falsificación de la enfermedad de forma creíble.</li></ul>

Tabla II: Criterios de diagnóstico para detección de SMP  
Fuente: Elaboración propia a partir de Goñi González (2006)

En el estudio de caso publicado por Goñi González (2006) fue condición sine qua non el cumplimiento de las cinco condiciones descritas en la tabla para clasificar los casos de SMP en el hospital pediátrico de Sevilla.

## PARTE II

### 5. DESARROLLO:

#### 5.1 RASGOS DE SÍNDROME DE MUNCHAUSEN POR PODERES - APORTES DEL ACOMPAÑANTE TERAPÉUTICO PARA UN DIAGNÓSTICO CONTEXTUALIZADO.

##### DESCRIPCIÓN DEL CASO 1:

Niño, de cuatro (4) años de edad.

Tipo de acompañamiento: Escolar, nivel inicial sala multiedad (3 a 5 años).

Diagnóstico inicial: Apraxia del lenguaje infantil y trastorno sensorial indicado a los 18 meses de edad. Se tramitó CUD a los 3 años y seis meses con trastornos específicos del desarrollo del habla y del lenguaje y trastornos específicos de la función motriz. El diagnóstico se realizó únicamente con observación en consultorio.

Equipo tratante inicial: Neurólogo - Terapeuta Ocupacional (TO) - Fonoaudióloga.

Estudios Previos: No se realizaron estudios que evidencien o descarten fallas orgánicas. (Análisis de sangre específicos, Polisomnografía, Resonancias de cerebro u electroencefalogramas).

Detalles de la entrevista inicial del AT con la familia: La entrevista con los padres se realiza en la vivienda familiar. En la entrevista los padres comunican la necesidad de contratar los servicios de acompañamiento terapéutico para el ciclo lectivo del año 2022. Y se busca desde el enfoque terapéutico conocer el contexto, tal como sugieren Kuras y Resnizky (2021) *ut supra*. Los padres indican que el niño muestra diferentes síntomas:

- Aunque posee control de esfínter y orina por modo propio en el baño, utiliza pañales únicamente para evacuar heces.
- No se sienta a la mesa a la hora del almuerzo o la cena, ni acata órdenes de ellos, por lo que sospecha que podría tener TDAH.
- Es muy sensible a los sonidos fuertes y no juega con otros niños.
- No tolera que otras personas lo toquen, ni siquiera jugando.
- No tolera ensuciarse, ni jugar con texturas (masas, harinas, arena, etc.). razón por la cual no se lavaba las manos y no recibía baños higiénicos diarios. La higiene se la realizan los padres con toallas húmedas descartables.

- Expresa que no tiene coordinación motora en su brazo y mano derecha.
- Indican que tiene parálisis en el labio inferior, producto de eso el niño babea y no desarrolla correctamente su lenguaje.
- Indican que tiene alimentación selectiva, sólo ingiere productos de su interés, no ingiere frutas.
- Indicaron que en ese momento no tenían un médico pediatra, dado que quien lo había tratado desde su nacimiento, no estaba de acuerdo con el diagnóstico en el que se le había asignado al niño.
- El hermano de la Madre había sido diagnosticado con TDAH.

En la entrevista se observa que la composición familiar corresponde a la de una familia tipo (Mamá, Papá, hermana y niño), con vivienda propia. Ambos padres profesionales de la Salud, de formación Enfermeros y con trabajo en relación de dependencia. En el transcurso de la entrevista, el niño estaba presente, percibía que se conversaba de él y buscaba permanentemente llamar la atención de los padres interrumpiendo la comunicación mediante gritos y llantos.

A su vez, se pudo recabar que la madre asistía a un Médico Psiquiatra desde los 12 años, al cual continuaba asistiendo 22 años después, y había sido, en palabras de la madre, quien había detectado rasgos de alguna enfermedad en el desarrollo del niño, similar a lo que le había diagnosticado a su hermano en la infancia.

Al acordar la incorporación al equipo tratante se definieron las tareas que se iban realizar con el niño: Actividades de la vida cotidiana, hábitos de higiene e intervenir como sostén no sólo desde el ámbito escolar, apoyar y promover su interacción social, integrarlo con sus pares y ser soporte en las nuevas experiencias, generando contención ante alguna situación de crisis. Cabe aclarar que el equipo se reducía a la TO y a la Fonoaudióloga, dado que el neurólogo sólo conversaba con la TO.

En las primeras semanas de asistencia a clases, se observó que el niño no presentaba dificultades significativas para integrarse, y en relación al resto de sus pares, su comportamiento y desempeño en el aula podría catalogarse como normal. Simplemente se aplicaron diferentes técnicas para lograr estimular las áreas sensoriales y comenzar a incorporar hábitos de higiene. A su vez se trabajó con reforzamientos positivos para fijar aquellas buenas acciones que el niño ejecutaba y buscar asociarlo mediante la estimulación de juegos para integrarlo con sus pares. En el área de educación física se lo notaba con mucha felicidad y predisposición, incluso con los gritos y ruidos fuertes. Particularmente es



importante destacar que en el aula se realizaban muchos juegos con texturas, pinturas y elementos en los que se ensuciaba, y no demostró rechazo a dichas actividades.

Diariamente se podía observar que el niño carecía totalmente de hábitos de higiene. Asistía a clases sin bañarse, sin desayunar, y con sueño. Pero rápidamente se integraba a las actividades.

En las reuniones mensuales y en los informes se destacó que a medida que avanzaba el año escolar, el niño dependía cada vez menos del acompañamiento. No obstante, los padres sostenían la importancia y el temor de prescindir del mismo.

Los informes del área de educación desde el ámbito docente no observan dificultades en el desenvolvimiento del niño. Indican que el mismo no presenta dificultades desde lo cognitivo, ni en la vinculación con sus pares, desenvolviéndose sin dificultades al igual que en la relación con sus pares. Observan comportamientos acordes a su edad cronológica, aunque en ocasiones mostraba corta atención frente a actividades que no le resultan de su interés.

En cuanto a la perspectiva pediátrica se observó falta de continuidad en la atención profesional. En el periodo del acompañamiento se consultó al menos a cuatro pediatras distintos. No existía la figura del médico de cabecera, con lo cual no se podía tener un seguimiento acorde a la historia clínica o integrarlo al equipo de trabajo.

Sin embargo, se observó que cuando el niño manifestaba síntomas compatibles con cuadros de resfrío, los padres sin consulta médica lo automedicaban con antibióticos que suministraban ellos mismos. La continuidad en la asistencia a clases se vio interrumpida en varias ocasiones, la gran mayoría de ellas relacionadas a la salud y cuadros gripales, propios de niños que comienzan etapas de escolarización.

Hacia el cierre del ciclo escolar los padres recurrieron al Neurólogo solicitando medicación para tratar su comportamiento inadecuado, de acuerdo al parámetro que estipulaban los padres y que ellos consideraban como anormal, y se lo comenzó a medicar por recomendación del Neurólogo a través de los síntomas y modos de comportamiento que comunicaron sus padres.

Sobre el avance del ciclo lectivo, pudo hacerse más visible un aspecto, que también observaron desde el área educativa; ante la presencia de los padres, principalmente de la madre, el niño cambiaba su actitud participativa y desenvuelta por una actitud tímida y retraída. Aunque en el día a día el niño se mantenía activo y feliz, ante la aparición de la madre cambiaba su conducta. Sobre el cierre del ciclo, los padres adquirieron auriculares de

aislamiento de sonido y mordillos para que el niño los utilice en clase. Estos elementos no fueron recomendados por el equipo tratante, y a tal efecto, no se utilizaron en el establecimiento escolar.

### 5.1.2 CONCLUSIÓN DEL CASO:

Para éste primer caso, puede observarse un diagnóstico prematuro del niño. El niño no presenta deformaciones físicas, o rasgos en su fenotipo que coincidan con ningún tipo de trastorno, enfermedad o síndrome establecido en el DSM.

Tal como se expresan las citas de Kuras y Resnizky (2021) del marco teórico, se observa un claro ejemplo de diagnóstico descontextualizado, dado que se determina únicamente con los relatos de los padres, y con escasas visitas al neurólogo a una edad muy temprana. No se realizaron estudios que detecten, perciban o descarten fallas orgánicas.

No se observó la singularidad del niño, que permanentemente era comparado por sus padres con el desarrollo de su hermana mayor.

Los padres tienen actitudes negacionistas frente a los rasgos evolutivos de hijo, no aceptaban las observaciones positivas del niño y los avances expuestos en cada una de las devoluciones técnicas.

La madre expresa que posee diferentes síntomas y el discurso de la misma no concuerda con el desenvolvimiento del niño.

Las observaciones dan cuenta de que existe la posibilidad de una madre con rasgos de SMP tipo médicos-adictivas, aquellas que se dedican a detallar síntomas y se niegan a aceptar la evidencia médica que indica lo contrario.

Se observó que parte del equipo tratante, no compartía el diagnóstico y el desenvolvimiento del niño, con lo relatado por los padres, asimismo decidían continuar con el tratamiento siendo cómplices tal como cita Morici (s.f.), miembro del comité de Salud y familia, de la sociedad Argentina de Pediatría.

Se observa liviandad y facilidad para etiquetar al niño y tramitar el CUD, en etapas tempranas sin estudios complementarios, objetivos que respalden las observaciones detectadas en los consultorios sin tener presente que los niños sienten la presión de tener que responder y sentirse presionados por los exámenes, que hasta para los adultos resultan al menos inquietantes.

## 5.2 DIAGNÓSTICO Y NORMAS INSTITUCIONALES.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO 2:

Niño de tres (3) años de edad.

Tipo de acompañamiento: Escolar, nivel inicial sala (3 años).

Diagnóstico inicial: Trastorno de espectro Autista, con lenguaje no verbal. El diagnóstico se realizó únicamente con observación en consultorio.

Equipo tratante inicial: No posee equipo tratante, ni abordajes terapéuticos realizados.

Estudios Previos: No se realizaron estudios que evidencien o descarten fallas orgánicas. (Análisis de sangre específicos, Polisomnografía, Resonancias de cerebro u electroencefalogramas).

Entrevista inicial con AT: La entrevista con la madre se realiza en la vivienda familiar. Los padres están separados (de hecho), y conviven tres personas en la vivienda. En ella comunica la necesidad de contratar los servicios de acompañamiento terapéutico para el ciclo lectivo. Se busca desde el enfoque terapéutico conocer el contexto inicial como indican Kuras y Resnizky (2021). La madre indica que el niño muestra diferentes síntomas:

- No posee control de esfínteres utiliza pañales.
- Posee lenguaje no verbal, se comunica mediante el llanto.
- Sufre alteraciones en el sueño.
- Permanece la mayoría del día en brazos de la madre.

En la entrevista se observa que la composición familiar corresponde a padres separados, padre ausente, solo se encuentra la figura de la madre y hermano mayor(adolescente). La madre no cuenta con trabajo propio, por lo que se dedica exclusivamente al cuidado del niño.

Expresa que el niño no cuenta con un equipo tratante, por dificultades económicas no puede sostener dichos tratamientos, pero que a su vez es necesario la incorporación al jardín salita de tres (3), para que socialice y que pueda ser integrado al sistema educativo. La madre en su relato, expresa preocupación para que su hijo no quede desescolarizado, mostrando una gran ansiedad de que el niño concurra al jardín.

Al momento del inicio del acompañamiento y transcurrido las semanas de adaptación, el niño no dejaba de llorar, debido que este episodio se daba dentro de la jornada completa del horario del jardín y que esta situación es traumática y muy angustiante para el niño. Se acordó con el equipo directivo, que asistiera solo dos (2) horas al establecimiento, para darle tiempo a su adaptación, sugiriendo que luego tendría que completar el horario escolar establecido, por normas institucionales. Se comenzó con lo acordado, la docente de sala se mostró muy reticente ante esta situación, la presencia del acompañante incomodaba a la docente, por lo que no se pudo establecer el modo de trabajo. Marcaba una gran diferencia hacia el trato con el niño, manifestando que él mismo era caprichoso con falta de límites, a esto hacía relación por no poder adaptarse como los demás.

El desenvolvimiento del niño, era escaso, no pintaba, no dibujaba, no compartía el desayuno con el resto de sus compañeros, sólo permanecía en brazos del acompañante, el comportamiento en sala era llorar para luego quedarse dormido. El único momento en el que lograba calmarse era cuando se lo trasladaba al Sum del jardín, corría, reía y jugaba con el acompañante. Pero esta secuencia fue rechazada por la docente, en la que insistía que debía quedarse en la sala al igual que el resto.

Con respecto a la asistencia, en los cinco (5) días de la semana el niño concurría solo tres (3), al manifestar dificultades para conciliar el sueño. Lo que derivó por parte de los directivos que se llame la atención a la madre, por las irregularidades de las asistencias.

En muy pocas oportunidades, el niño lograba mantenerse en la calma dentro de la sala del jardín, luego de una actividad dada por la docente y con la ayuda del acompañante se pudo lograr que el mismo hiciera trazos, con marcadores en su hoja. Esta situación generó que la docente ponga en duda el accionar del niño, acusando a la acompañante que no habría sido él quien realizó dicha actividad.

Con las exigencias de las normas institucionales, y la no adaptación por parte del niño, no continuó con el ciclo escolar, se decidió que al no ser obligatorio salita de tres años, el niño continuará con el acompañamiento desde el domicilio, estimulando y reforzando sus debilidades. Para luego insertarse al año siguiente, dándole las herramientas suficientes para su adaptación.

## 5.2.2 CONCLUSIÓN DEL CASO

Cabe mencionar, que las alteraciones de las conductas en los niños con autismo frecuentemente se expresan en el ámbito escolar, en el nivel inicial, hay mucha sobrecarga de estímulos visuales y auditivos. Por lo que se debe implementar estrategias de abordajes

que disminuyan la alteración del comportamiento. Siendo que en este contexto nos encontramos con diferentes niños, atravesando períodos de aprendizaje, normas sociales, control conductual, procesos de adaptación, entre otros.

Estos indicadores aparecen en las implicancias de un abordaje escolar, que debemos tener presente para que nuestros acompañados logren la mejor adaptación posible, respetando los tiempos y la subjetividad de cada niño.

Se observó en este recorrido que los docentes, no respetaron los tiempos de aprendizaje no se tuvo presente la singularidad del niño, constantemente se lo rótulo con diferentes etiquetas, los prejuicios de los educadores, permitieron que no logre adaptarse a las normas institucionales como ellos esperaban o consideraban, dando lugar al fracaso escolar que es vivenciado de manera conflictiva.

Sin duda es importante como expresa Corvalán en lo citado, que, a través de estímulos y terapias tempranas, se pueden reducir los síntomas y brindar apoyo para el desarrollo y aprendizaje. El niño en este caso, no demostraba tener las herramientas suficientes para poder afrontar las exigencias institucionales.

Para este caso hubiese sido necesario la intervención de un equipo o gabinete psicopedagógico, que pudiera dar intervención y mediar. Se observa que las instituciones educativas no se encuentran preparadas para alojar a niños con trastornos o patologías severas. No pueden explicar y comprender comportamientos que adhieren a la Salud Mental infantil.

### 5.3. UNA MIRADA SOCIAL Y CULTURAL.

Caso 3:

Niño de cuatro (4) años de edad

Tipo de acompañamiento en domicilio.

Diagnóstico Médico: Desnutrición crónica - Retraso madurativo

Diagnóstico en hogar transitorio: Trastorno del Espectro Autista.

El niño nació en términos normales con peso adecuado para edad gestacional. Al año de edad ingresa al Hospital por un grado de desnutrición, producto de la no atención y abandono por parte de su progenitora.

A los dos años de edad, el niño es trasladado al Hospital por segunda vez para recuperación nutricional, por desnutrición crónica grave, posee secuelas de traqueostoma producto de operaciones que se le realizaron. Por tal motivo, el servicio de Pediatría en conjunto con el servicio social, deciden su remoción de su entorno familiar por mal apego y no cumplimiento del tratamiento.

Al momento del alta, recibe el diagnóstico de desnutrición crónica y retraso madurativo. Luego es trasladado al hogar de niños en seguimiento por el servicio de pediatría y de nutrición del Hospital. Además, se encuentra en seguimiento por diferentes especialidades (nutrición, endocrinología, cardiología, neumología, nefrología y neurología).

Es resguardado en el hogar de niños, en el 2023 se le convoca a una familia de guarda hasta el proceso de su adopción. La familia solicita la intervención del acompañante terapéutico, para abordar la revinculación del niño que se encuentra en la casa de hogar. Al momento de la entrevista se sugiere que el acompañante realice la observación del niño en el centro de hogar para dar a conocer su cotidianidad.

La familia recibe el diagnóstico de espectro autista por el equipo de la institución, el mismo se realizó mediante la observación. Desde el centro de hogar describen que el niño posee un alto grado de agresividad y autoflagelo, no posee lenguaje oral, así como no verbal, que permita determinar la intención comunicativa. Su desempeño se restringe en gritos, llantos y no posee control de esfínteres, como así tampoco el paso a la marcha por lo que se está iniciando en la bipedestación con ayuda y de los cuidadores.

Luego que la figura del a.t, visitará el centro de hogar, se observó que el niño permanecía en una cuna la gran parte del día, no tenía movilización a otros espacios, no disponía de calzados, permanecía frente un televisor pequeño, mirando una secuencia repetitiva de dibujos, que al sacarlo de ese hábito comenzaban los gritos y llantos. Los cuidados de higiene no responden a un hábito para él. Cabe mencionar que el cuidado estaba a cargo de los niños más grandes del hogar, el desayuno era por medio de una mamadera y el trato era de un bebe, no el de un niño de 4 años.

Sin embargo, en su nuevo hogar, se observó un cambio de comportamiento en corto plazo de forma inmediata, se produjo el vínculo entre los padres adoptivos y el niño. Se establecieron rutinas de horarios de la convivencia familiar, se observa que el niño por

imitación de los adultos y por decisión propia comenzó a beber en vaso y taza. Los padres comentan que desde que llegó a su nuevo hogar, intentó pararse por sus propios medios, logrando poder caminar.

### 5.3.1 LA INTERVENCIÓN DEL AT PARA OBSERVAR CONTEXTOS

Se realizó nuevas consultas médicas, en la que el diagnóstico dado por los profesionales del equipo del Hogar era equivoco, haciendo referencia a lo citado por Contini de Gonzales (2003) al riesgo de cometer errores de diagnósticos, al utilizar instrumentos de evaluación en un contexto diferente.

No se tuvo en cuenta el diagnóstico inicial del equipo médico del Hospital, era tratado y visto como un niño con Trastorno de Espectro autista y no con un retraso madurativo, producto de la desnutrición crónica. Por otra parte, al tener una lesión de traqueotomía, su lenguaje se ve imposibilitado para su desarrollo, producto que esta lesión no se encuentra cerrada y necesita una nueva operación que facilite el desarrollo del lenguaje.

La noción de cultura y comportamiento es central en este enfoque, no se debe descuidar la consideración de las variables biológicas. Como es citado en el marco teórico por Contini de Gonzales (2003) en este caso, no es posible dejar de considerar factores tales como la nutrición, la herencia genética o los procesos metabólicos.

### 5.3.2 CONCLUSIÓN DEL CASO

A partir de lo anteriormente expuesto es necesario que la figura del AT, pueda insertarse en el contexto en la que se encuentre ese niño, permitiendo en algunos casos modificar prácticas sociales, hábitos y mejorar la calidad de vida del sujeto.

Por lo que el trabajo interdisciplinario y la función del a t, será ser observador de ese contexto, poseer una mirada integradora de los diferentes actores que intervienen.

En este caso no se tuvo en cuenta el diagnóstico inicial, se lo etiquetó por el comportamiento que el niño expresaba en ese contexto (casa de hogar). Queda claro que los primeros años de vida, los niños se encuentran en pleno desarrollo vital, la falta de estímulos afecta el retraso en el desarrollo, como así también la adquisición de las habilidades motoras, cognitivas y sociales.

Se llega a la conclusión que el niño no caminaba, porque su lugar de espacio era una cuna, jamás utilizó zapatillas, no disponía de nadie quien lo ayude a sostenerse, los episodios de crisis eran la falta de contención y afecto que él demandaba.

Por consiguiente, se pudo observar la ausencia de responsabilidad de quienes debieron cuidarlo, desde el desarrollo integral de la niñez.

Estos criterios de evaluación no se tuvieron en cuenta, con la intervención del acompañante terapéutico y la predisposición de la familia y el equipo nuevo tratante, se pudo lograr abordar objetivos terapéuticos, acorde a su diagnóstico inicial, (Retraso madurativo, producto de una desnutrición crónica).

Con el pasar de los días, comenzó a adquirir hábitos de higiene, está aprendiendo a dejar el pañal, logrando sus primeros pasos de la marcha, no tiene episodios de crisis, la contención y el afecto que está recibiendo lo hacen un niño seguro. EL juego es un espacio en la que se estableció para fomentar el vínculo entre familia, paciente y acompañado, generando efectos transferenciales, este espacio fue necesario para el proceso terapéutico.



## 6. CONCLUSIÓN

La presente conclusión se aborda en base a los objetivos, el marco teórico, y específicamente a los casos desarrollados a lo largo del presente documento, desde dicho lugar analiza la coherencia de diagnósticos y la importancia de éstos para enfocar correctamente la aplicación de la cura que mejor se puede aplicar en cada caso.

En consecuencia, a lo historizado se puede detallar como se han ido modificando los conceptos de diagnósticos a través del DSM, (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Psiquiátrica Americana (APA)), y cómo éste ha ido evolucionando hasta llegar al manual de diagnóstico vigente.

En la actualidad nos encontramos con el (DSM 5) que es la versión más utilizada desde la práctica clínica y por los especialistas en las disciplinas de salud mental, por lo que hablar de diagnóstico permite seguir debatiendo desde los distintos enfoques a investigar.

Los diagnósticos en las infancias permiten un punto de partida, para comenzar con las terapias designadas, si bien puede resultar orientador para la cura, no son determinantes, debe hacerse un diagnóstico diferencial, descartar lo orgánico, no podemos quedarnos sólo con la observación en consultorio para determinar un diagnóstico certero, sobre todo con los avances que la ciencia ha incorporado en el ámbito de la salud mental. Pero no debemos olvidar, por, sobre todo, la sinergia que las diferentes visiones de los profesionales del equipo pueden ofrecer para abordar diagnósticos interdisciplinarios, entre los cuales el a.t. aporta información muy importante.

En el ámbito del AT se suele afirmar que “los acompañantes no trabajamos con diagnósticos”, nos sirve como punto de encuentro para conocer a nuestro acompañado, no define el potencial de cada sujeto, por lo que no debemos construir barreras ni generar “etiquetas” o “rótulos”. Hay que humanizar, entender, que un niño está en proceso de construcción de su propia subjetividad, si bien podemos encontrar cientos de diagnósticos iguales, cada niño se encuentra en contextos diferentes y su propia singularidad definirá su potencial. Está en ése contexto la posibilidad de crear las condiciones para que el niño desarrolle dicho potencial.

El acompañante terapéutico, debe poder indagar sobre cómo es el contexto intersubjetivo en el que se va a trabajar. La entrevista es una herramienta importante, sin olvidarnos que a través de ella podemos obtener información de la percepción que el entorno ofrece del acompañado. Ser observador es una herramienta que no podemos pasar por alto, nos va a permitir transmitir al del equipo de profesionales, para solucionar posibles diagnósticos descontextualizados

El SMP parece no estar muy presente al momento de las evaluaciones y como en los casos desarrollados, la observación del desenvolvimiento del niño y el comportamiento de los padres, que constantemente buscan, estigmatizar a su hijo como un niño enfermo. El acompañante debe informar o alertar ante un posible rasgo del síndrome de Munchausen, al equipo tratante, si la vida del niño se encuentra en peligro, se debe hacer la denuncia pertinente a quien corresponda porque, ante todo, el mundo adulto y en particular el equipo de salud, debemos velar por los derechos consignados por la (CIDN) y detectar cualquier tipo de posibles violencias sobre ello.

Si bien el a.t, no puede diagnosticar, tiene recursos para participar dentro del equipo interdisciplinario y advertir de situaciones que son ajenas a un diagnóstico que no coincide con el fin terapéutico que fue abordado. Cabe aclarar que el mismo a.t. debe ser honesto y objetivo con el AT y debe autoevaluar la significancia de su presencia respecto a los objetivos y la terapia a los efectos de que su presencia no perjudique o incide negativamente en el desarrollo del niño. Todo esto puede concretarse siempre y cuando exista una profesionalización del AT.

Como se hizo referencia en el apartado teórico, los diagnósticos son desarrollados para distinguir, reconocer, nombrar y sugerir, pero nunca deben utilizarse para discriminar, encasillar, juzgar o condenar, tampoco deben manipularse para la obtención de intereses particulares, porque los perjudicados directa o indirectamente terminan siendo los niños.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

- Battistini, M. (2020). "Legislación sobre infancias en Argentina. Una mirada en el contexto histórico". *Revista argumentos. Estudios transdisciplinarios sobre culturas jurídicas y administración de justicia*, 2020(10), 70–82.  
<https://doi.org/10.5281/zenodo.4568969>
- Bleichmar, S., L. de, Ferrer, S. Valeros, J., García Arzen, M. (2022) "Indicaciones y contraindicaciones en el tratamiento psicoanalítico de niños". *Revista Psicoanálisis: ayer y hoy*, N° 2, 1-27. <https://www.elp psicoanálisis.org.ar/old/impnumero2/mesaredonda15-2-doc.htm>
- Cerda Ojeda, F., Goñi González, T. y Gómez de Terreros, I. (2006). "Síndrome de Munchausen por poderes". *Cuad. med. forense [online]*. n.43-44, 47-55. ISSN 1988-611X.
- Contini de González, E. (2003). "Multiculturalismo y Psicopatología: Perspectivas en Evaluación Psicológica". *Psicodebate*, 3, 91-106.  
<https://doi.org/10.18682/pd.v3i0.504>
- Corvalan, F (s,f) *Diagnósticos en la arena: las infancias y las etiquetas en un mundo de clasificaciones*. [https://www.scribd.com/document/649780959/ Corvalan-Diagnosticos-en-La-Arena](https://www.scribd.com/document/649780959/Corvalan-Diagnosticos-en-La-Arena)
- Corvalán, F (2013) "50 años de Representaciones Sociales y Psicología: Campo Psy, bifurcaciones y desafíos". *Universidad Federal Fluminense. Instituto da Ciencias da Sociedad e Desenvolvimento Regional. Ecos*, 3, 1, 115-127.  
<http://www.periodicoshumanas.uff.br/ecos/article/view/1055>
- Dueñas, G.; Gorbacz, L.; Rattagan, M. (2014): "La clínica en los límites de la Ley: la medicalización de las Infancias en el marco de la legislación vigente". *Revista Generaciones, Editorial Universitaria de Buenos Aires*. 3, 3, 143-166.
- Goñi González T, Martínez Roda, M. F. de la Cerda Ojeda y I. Gómez de Terrenos (2006) "Síndrome de Munchausen por poderes". *Anales de Pediatría. Servicio de Pediatría General. Hospital Infantil Virgen del Rocío. Sevilla*. 609-611 <https://www.analesdepediatría.org/es-pdf-S1695403308702133>

- Granovsky, B. Russi, M. y Serafini, M. (2013). "La puesta del cuerpo en la escena del acompañamiento terapéutico con niños." V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires. 62-65  
<https://www.aacademica.org/000-054/217>
- Kuras de Mauer, S. Resnizky, S (2004) *Acompañantes terapéuticos actualización teórico-clínica* (2ª ed.). Letra Viva.
- Kuras de Mauer, S. Resnizky, S (2021) *Territorios del Acompañamiento Terapéutico* (3ª ed.). Letra Viva
- Lovaglio, G. S., & Del Bagge, P. L. (2021). "Síndrome de Munchausen por poderes. Alto riesgo para la vida de niños, niñas y adolescentes". *Revista De Psicología*, 20(2), 123–138. <https://doi.org/10.24215/2422572Xe082>
- Llobet, M., & Almagro, M. (2016). "Modos diagnósticos y determinantes de la psicopatología infantil." VIII Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XXIII Jornadas de Investigación XII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires,35-41  
<https://www.aacademica.org/000-044/646>
- Morici, S. (s.f.) Síndrome de Munchausen por poder. Sociedad Argentina de Pediatría. Comité de salud mental y familia.  
<https://www.sap.org.ar/docs/institucional/Munchausen.pdf>
- ONU: (1989) *Asamblea General, Convención sobre los Derechos del Niño*, United Nations, Treaty Series, vol. 1577, 1-50  
<https://www.refworld.org/es/docid/50ac92492.html>
- Rossi, G. (2007) *Acompañamiento terapéutico, lo cotidiano, las redes y sus interlocutores*- Polemos.
- Roosevelt, H. (2023) *Cuiden a Maya*. Netflix [Film]