

MENDOZA
CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

**“FORTALECIMIENTO Y DESARROLLO DEL
VÍNCULO TEMPRANO”**

INFORME FINAL

Setiembre de 2009

Experta: Lic. Valeria Chiavetta

Colaboradora Principal: Lic. Emiliana Ganem

Colaboradoras: Lic. María Luz Yañez

Lic. Virginia Brennan

Lic. Cecilia Torres

Agradecimientos

Agradecemos muy especialmente a Liliana Barg por su apoyo y orientación permanente y por haber creído que este proyecto es un aporte a la prevención en salud mental.

Agradecemos a la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Mendoza por haber avalado este proyecto. Al Dr. Alberto Navarro y al Dr. Juan Manuel Valverde

A Fernando Simón por su valoración y respeto. Porque valora lo importante que es continuar procesos y por respetar aquello que ya tiene una historia.

Agradecemos al Consejo Federal de Inversiones por haber apoyado este proyecto

*Agradecemos también a **todos/as** los profesionales que nos abrieron sus consultorios para que realizáramos un trabajo conjunto, especialmente a la Dra. Alicia Arroyo, Dra. Raquel Sonzogni, Dra. Valeria Menéndez, a la Lic. María Laura Bernaldo de Quirós, Dra. Lobato y también a aquellos que colaboraron para el desarrollo de las actividades del proyecto Dra. Mariana Demiqueli, Dra. Falaschi y Dr. Cobos. También a los equipos de profesionales y enfermeras que derivaron pacientes al Consultorio de Vínculo. A todo/as los profesionales que se proponen acompañar y ayudar a las familias en la maravillosa tarea cotidiana de ser padres.*

*Y principalmente, a **todas las familias** que confiaron en nosotras y compartieron sus aciertos y dificultades para que juntos encontráramos un camino posible en el que los niños crezcan y se desarrollen felizmente. A ellos, que saben que a ser padres se aprende siendo padres, pero también compartiendo con otros vivencias, alegrías, miedos y dudas.*

También a nuestras familias.

Índice temático

Introducción ----- pág. 4

Resumen ----- pág. 5

Parte I:

Marco Teórico -----pág. 6

Introducción al Marco teórico----- pág. 7

Capítulo 1 Vínculo Temprano y Servicios de Salud ----- pág. 9

Capítulo 2 El lugar del Niño en la Familia----- pág. 29

Capítulo 3 Posición Materna y Función Paterna-----pág. 48

Capítulo 4 Los Cuidados en la Primer Infancia. El lugar del Adulto----- pág. 62

Capítulo 5 La importancia de la Lactancia y la Alimentación
en el Desarrollo del Vínculo Temprano ----- pág. 79

Capítulo 6 La Maternidad y Paternidad en la Adolescencia ----- pág. 99

Parte II

Análisis del Seguimiento de las Díadas ----- pág. 118

Conclusiones generales----- pág. 200

Parte III

Anexos ----- pág. 202

Anexo 1 Proyecto “Desarrollo y Fortalecimiento del Vínculo Temprano” --- pág. 203

Anexo 2 Instrumentos de Registro ----- pág 208

Anexo 3 Selección de Fichas Personales y Registros de Seguimiento de
Díadas ----- pág 226

Anexo 4 Selección de Registros de Talleres----- pág 257

Introducción al Informe

El presente trabajo constituye el Informe Final de este proyecto de investigación-acción. Este proyecto surge de la necesidad de darle continuidad al Proyecto de Investigación Acción llevado a cabo durante el año 2007. Pretende realizar aportes teórico-prácticos que profundicen los conocimientos acerca del vínculo temprano, su desarrollo, y la importancia de su fortalecimiento desde los equipos de salud en Centros de atención primaria.

Se busca demostrar que una mirada integral e interdisciplinaria de la díada madre-hijo en las intervenciones profesionales -de los servicios que se brindan desde atención primaria de la salud- previene dificultades en el desarrollo del vínculo temprano y fortalece factores protectores en relación a dicho vínculo; promoviendo un desarrollo y crecimiento integral del niño.

Consta de tres partes. En la primera parte, desarrollamos el **marco teórico** que sustenta la temática abordada.

En la segunda parte, se realiza el **análisis del seguimiento de las díadas** a la luz de los conceptos desarrollados en el marco teórico.

Finalmente, en la tercera parte, se incorpora como Anexos el Proyecto “Desarrollo y Fortalecimiento del Vínculo Temprano”, los instrumentos de registro utilizados en esta investigación, y por último una selección de fichas personales, registros de seguimiento de díadas y registros de los talleres realizados con embarazadas y en Centro de Salud Infanto Juvenil.

Resumen

Título: **Proyecto “Desarrollo y Fortalecimiento del Vínculo Temprano”**

Palabra Clave: Vínculo Temprano

El objetivo del Proyecto es demostrar que una mirada integral e interdisciplinaria de la díada madre-hijo en las intervenciones profesionales -de los servicios que se brindan desde atención primaria de la salud- previene dificultades en el desarrollo del vínculo temprano y fortalece factores protectores en relación a dicho vínculo; promoviendo un desarrollo y crecimiento integral del niño.

Se profundizó en el estudio del vínculo temprano y se rediseñaron los instrumentos a utilizar.

Se promovió la articulación de tareas con cuatro Centros de Salud de la Provincia de Mendoza (N°30, N° 204, N° 607, N° 16). Se promovió la capacitación y formación de profesionales y no profesionales de dichos Centros.

Se realizó el seguimiento y acompañamiento periódico a las díadas madre-hijo de acuerdo a diferentes estrategias:

- *Acompañamiento y seguimiento periódico del vínculo emocional de la díada madre-hijo en Consulta Pediátrica*, detectando dificultades y fortaleciendo los aspectos saludables del vínculo.
- *Talleres para la Preparación integral para Embarazadas*, incorporando la temática del vínculo temprano en este ámbito.
- *Talleres con padres* realizados en el proceso de admisión con padres del Centro de Salud Mental Infante Juvenil N° 1 Dr. Julio Arduso.

Las intervenciones tempranas en el desarrollo del vínculo demuestran que se logran modificaciones en la modalidad vincular relativamente rápidas. En ocasiones son suficientes intervenciones u orientaciones puntuales.

Existen ciertas dificultades que se encuentran estrechamente relacionadas al vínculo temprano y que pueden revertirse con intervenciones oportunas. Entre ellas: dificultades en la lactancia y alimentación, en los cuidados cotidianos, colecho, dificultad en la puesta de límites y en el desarrollo del lenguaje.

Consideramos esencial que el espacio que se ha logrado instituir en los Centros de Salud de la Provincia se consolide en el tiempo, convirtiéndose en un servicio continuo y disponible para todas las familias que lo requieran.

PARTE I



MARCO TEÓRICO

Introducción al Marco Teórico

En el presente estudio se busca dar continuidad y mayor profundidad a ciertos conceptos que fueron enunciados en la investigación “Fortalecimiento del Vínculo Temprano”, llevada a cabo en los años 2006-2007.

En este marco teórico se analiza y reflexiona acerca de ciertos temas que cobran importancia por la recurrencia en que se presentan en el desarrollo del vínculo temprano.

Se considera que la estrategia que logra un mayor impacto positivo en el fortalecimiento del vínculo temprano entre la mamá y su hijo es la incorporación del equipo en la consulta pediátrica de centros de salud. Es por esto que en el primer capítulo se analiza la función del pediatra como referente en la atención temprana, enmarcando esta relación a partir del derecho a la salud y las políticas en salud mental.

Se intenta además reflexionar sobre la relación que se establece entre la familia y el pediatra, entendiendo que este último tiene un lugar privilegiado para poder intervenir fortaleciendo el vínculo temprano.

En el segundo capítulo, se intenta cuestionar la familia como el “mejor” ámbito para cuidar, proteger y educar a los hijos. Para esto se busca complejizar las concepciones de familia, enunciar ciertas transformaciones que han ocurrido a lo largo de la historia y desarrollar la noción de infancia como el resultado de un complejo proceso de construcción social. Estas ideas nos permiten comprender el lugar simbólico que ocupa cada niño en su familia.

En el tercer capítulo se desarrollan las funciones que cumplen los adultos significativos en el desarrollo del niño. Se investiga la posición materna, es decir la función que debe ejercer la mamá o su sustituto, posibilitando el sostenimiento de la vida del recién nacido y su progresivo desarrollo. También se explicará la necesidad de la operatoria de la función paterna, para posibilitar la salida del bebé de la simbiosis con la madre, la ampliación de su mundo social y la inscripción de los límites.

El cuarto capítulo, muestra los cuidados cotidianos como momentos privilegiados de interacción entre el niño y el adulto cuidador, por lo que son centrales en el establecimiento y fortalecimiento del vínculo temprano.

En el quinto capítulo, se investiga con mayor exhaustividad el momento de la alimentación como fundante del vínculo entre la mamá y el bebé. Se muestra que la comida no solo alimenta el cuerpo, sino que el momento de la alimentación tiene además profundos significados sociales, culturales y psicológicos.

Identificamos las alteraciones en el proceso de alimentación, diferenciándolas de los trastornos de la alimentación, en su relación con el establecimiento del vínculo temprano.

En el último capítulo, se desarrolla el embarazo adolescente por dos razones: en primer lugar, porque es significativo el número de adolescentes embarazadas que se atienden en los centros de salud, y en segundo lugar, porque este tema preocupa a los equipos de salud. El capítulo busca cuestionar la creencia de que el embarazo adolescente es un problema en sí mismo.

CAPÍTULO 1

VÍNCULO TEMPRANO Y SERVICIOS DE SALUD

Lic. Cecilia Torres

VÍNCULO TEMPRANO Y SERVICIOS DE SALUD

I) Introducción

El presente capítulo intentará en un primer momento, plantear algunos conceptos como el de habitus -haciendo hincapié en la noción de capital cultural-; inconsciente cultural y las nociones de enclasmiento sociales y lazos sociales. Estos conceptos nos permitirán tener una visión dinámica y contextualizada de las familias.

El análisis de aquellos conceptos como sistemas psico-socio-culturales internalizados en los actores sociales serán el hilo conductor que nos permitirá aprehender las distintas estrategias identitarias de cada familia – comunidad. El estudio de estas nociones nos permitirá pensar, que es erróneo suponer que todas las familias presentan las mismas dificultades, estilos y estrategias en la crianza de sus hijos. Las modalidades propias que cada familia establece en la crianza de un hijo serán distintas en cada sociedad, cultura, región geográfica, etc.

En este capítulo también se desarrolla el concepto de Derecho a la Salud, sus implicancias y las acciones que desarrolla –o no desarrolla- el Estado para garantizarlo.

Por ultimo, se analiza la función y rol del médico pediatra con las familias y su papel en el fortalecimiento del vínculo temprano.

Consideramos que la impresión subjetiva del pediatra y las representaciones sociales que sobre él realicen las familias, forman parte del diagnóstico que debemos considerar en la intervención.

II) Conceptos que aportan a un análisis dinámico de las familias: habitus, capital cultural, enclasmiento sociales, imaginario social y lazos sociales.

Concepto de Habitus

Pierre Bordieu permite aprehender un aspecto esencial del peso de la historia en la construcción de la identidad a partir de la noción de “Habitus”. Señala que el comportamiento del individuo, tiene por principio un sistema de disposición: “habitus”, que es producto de toda la experiencia bibliográfica.

El habitus es el resultado de un conjunto de prácticas internalizadas que se han constituido a lo largo de días, meses, años que han sido capitalizadas en función de su pertinencia, es decir, de su capacidad de dar respuestas a las condiciones de existencia en un momento dado. El habitus es un conjunto de prácticas conscientes e inconscientes que se transmiten de generación en generación, que pautan nuestros estilos de vida, nuestras vidas cotidianas, y que reproducen nuestra historia.

Es un proceso dinámico, a través del cual se van incorporando sistema de disposiciones que se inscriben en el cuerpo y el psiquismo, en las maneras de hablar y no hablar, de caminar, de comer, que se van caracterizando a lo largo de una vida el conjunto de las actitudes y de las conductas del individuo.

Cada una de las formas de criar a un hijo que establece cada madre, padre, familia, esta íntimamente relacionado con este conjunto de practicas internalizadas a lo largo de la historia; es decir, las maneras de "dar de mamar", las "mejores posiciones", la alimentación sólida, la formas de alzarlo, de higienizar a cada hijo responden al habitus de cada sujeto y su comunidad.

"El habitus es una forma de vivir y vivirse que puede generar nuevas prácticas adaptadas a las nuevas condiciones de existencia, inscriptas a su vez en las condiciones de producción. Es la producción y reproducción de conductas sociales internalizadas por nosotros mismos y nuestro entorno social. Es un proceso transformador que hace que "reproduzcamos" las conductas sociales de nuestra propia producción"¹.

Capital Cultural

El capital cultural se "hereda", se transmite y se recibe, a través de la incorporación de formas dadas de relacionamiento con personas y los objetos. El capital cultural no se define solamente por el grado de educación formal, o por la "cultura" recibida institucionalmente en establecimientos de educación formal. Se construye a través de la herencia cultural, en el idioma.

Es a través de él, que el "secreto" de nuestros orígenes sociales se debate. Por encima del ingreso económico, más allá del dinero.

¹ Bourdieu, Pierre. "Cuestiones de Sociología". Buenos Aires, Editorial Istmo, 1984.

El capital cultural atraviesa “la novela familiar” que nos cuentan y que nos contamos sobre nuestros orígenes, para irrumpir, de pronto, en la forma más inesperada de hacer el té o en la manera de sentarnos en la mesa; en el color de la blusa que usamos, en el nombre que elegimos para nuestro hijo, creyendo que nadie en la familia tiene ese nombre. Por encima de lo “aprendido”, lo que a veces es invisible: la vivencia de nuestros antepasados.

“los sujetos sociales se diferencian por las distinciones que realizan – entre lo sabroso y lo insípido, lo bello y lo feo, lo distinguido y lo vulgar – en los que se expone o se revela sus posiciones sociales, su enclasmiento social, destaca Ana María Araujo.²

Cada campo de producción cultural tiene además sus propios códigos, reglas que pueden permanecer implícitas y ser desconocidas. Así, por ejemplo, la comunidad de Hospital Gahilac, mayoritariamente de nacionalidad boliviana, mantiene códigos y reglas particulares en relación a la crianza de los niños, posiblemente diferentes a aquellas establecidas por los sujetos que concurren al Centro de Salud N° 204, provenientes de barrios populares de Mendoza.

El capital cultural es su matriz, más allá del capital económico que es visible, demasiado visible.

Enclasmientos Sociales

El concepto de “enclasmiento social” va a complejizar y enriquecer el concepto de habitus, desarrollado por Pierre Bordieu. Más aún, estará a la base misma del proceso de construcción de los habitus.

Estos enclaves sociales dominan las relaciones de una persona dada con su entorno humano, pautan su existencia, provienen de su pasado, condicionan su futuro, señala Ana María Araujo.³

² Araujo, Ana M. “De Historia e historicidad. Distancias ocultas. De nuestras identidades”, Montevideo Uruguay, Ed. Roca Viva., 1997. p. 21

³ Ibid. P. 20

En un mismo corpus social coexisten, como sabemos, distintos “enclasmientos sociales”. Las distintas maneras de moverse, de comer, de vivir la estética personal y la estética de lo urbano, de construir uno u otro proyecto educacional, de cuidar su cuerpo, de divertirse, de concurrir a uno u otro Centro de Salud estarán en función no sólo del deseo y la historia personal del individuo, sino de los distintos grupos socio-económicos-culturales dentro del cual él se inscriben.

Bourdieu habla del peso de los “enclasmientos sociales” en la construcción de los habitus. Aunque se desee profundamente romper con el enclasmiento social, rechazar el pasado de todas las formas, él es nuestra piel, solo asumiéndola podemos transformarla.

El concepto de enclasmiento social enriquece el concepto tradicional de clases sociales, centrando las distancias entre uno y otro “enclasmiento social”, no solamente en el capital económico sino en el cultural”⁴.

Inconsciente Cultural

Cada sociedad, cada comunidad, cada grupo va construyendo su inconsciente cultural que pauta las formas de vincularse con el otro, las creencias comunes, los ritos y rituales, aceptados en ceremonias sociales (o políticas), los signos y símbolos compartidos.

“Mundo simbólico que integra e identifica. Génesis y matriz de nuestras cotidianeidades, dichas o no dichas”, señala Devereux⁵.

Por lo tanto, no puede hablarse de un imaginario social único, nacional, identitario. Ni tampoco un único “inconsciente cultural” capaz de abarcar nuestras diferencias.

“Cada cultura permite a ciertas fantasías, pulsiones y otras manifestaciones del psiquismo, acceder y permanecer en un nivel consciente, y exige que otras sean reprimidas. Por ello, los miembros de una misma cultura poseen en común cierto número de conflictos inconscientes que los caracterizan, los identifican. Reconocer

⁴ Bourdieu, P. Op. Cit.

⁵ Devereux. “Ensayos de Etnopsiquiatría”. Barcelona, 1973.

dicho “inconsciente cultural” se convierte así en un prerrequisito para (conjuntamente con los actores sociales) comprender la realidad social. Y transformarla.”⁶

Devereux plantea la importancia de lo cultural, como construcción de un basamento mítico - simbólico, en el que las pulsiones de los seres humanos están inmersas ineludiblemente. Conformando su entorno y su ontología, ya que son su génesis y su devenir.

Lazos Sociales

Cuando hablamos de la dimensión social, nos referimos a las relaciones que mantiene el individuo a lo largo de su vida, las redes, los vínculos, las interrelaciones a través de las cuales el sujeto se socializa, convive. En síntesis, todo aquello que lo sitúa dentro de determinada sociedad; son los lazos del individuo con las instituciones y los grupos sociales.

Los lazos sociales inscriben a los individuos en redes complejas. Vicent de Gaulejac⁷ aporta la distinción entre **lazos horizontales y verticales**. Los **“lazos horizontales”** se dan en los grupos primarios tales como la familia, los vecinos, amigos y agrupamientos voluntarios, en donde las relaciones se dan cara a cara. Por su parte, los **“lazos verticales”**, ligan a cada individuo con el conjunto de la colectividad bajo la idea de Nación o de sociedad, por caminos institucionales e instancias intermedias.

El debilitamiento de los **lazos sociales horizontales** acarrea la fragilización e inseguridad, merma la identidad y los sentimientos de pertenencia. El de los **lazos verticales** trae aparejado otro tipo de problemas: todo contrato se basa en la reciprocidad y cuando la sociedad no le brinda al sujeto las mínimas garantías en cuanto a la efectiva realización de sus derechos y la satisfacción de sus necesidades, éste comienza a sentirse y situarse fuera del contrato social.

⁶ Ibid.

⁷ De Gaulejac, Vincent. “Historia de vida y sociología clínica”. en Brcelo, Jorge. Sociología Clínica, Uruguay, Facultad de Psicología Universidad de la República, 2003.

De Gaulejac señala que *“el lazo social del individuo se debilita al punto de ser pertinente una pregunta ¿puede aún ser considerado como ciudadano, como alguien que tiene lugar real en la sociedad?”*⁸.

Así, la globalización propone un modelo del cual no todos formamos parte. Obtenemos, entonces como resultado, exclusiones estructurales que afectan el espacio social y marcan la subjetividad y las conductas de las personas. Es decir, el individuo se va desinteresando de las instituciones y por lo tanto, se debilita su funcionamiento democrático de la sociedad, disminuye la participación en los diferentes ámbitos: económico, social, cultural.

Frente a esta situación de complejidad, consideramos que es necesaria la formulación de estrategias que involucren la construcción de instrumentos y redes de acción colectiva. La construcción de un lazo social entre las personas conduce a lograr la participación social de los sujetos en la superación del malestar y en la búsqueda de soluciones colectivas, y se construye en un factor determinante del proceso de desarrollo.

Fortalecer el trabajo en red, responde fundamentalmente al principio de que en el campo social ningún actor institucional puede por sí solo lograr metas de fondo, incluso el Estado.⁹

III) ¿Derecho a la Salud para Todos?

¿Qué es el derecho a la salud? ¿Todos tenemos derechos? ¿La realidad refleja la universalidad de los derechos, o todo lo contrario? ¿Qué responsabilidad le cabe al Estado en el cumplimiento de los mismos?. Preguntas que intentaremos develar a continuación.

El derecho a la salud tal como está planteado en las Convenciones Internacionales de los Derechos Humanos no debe interpretarse como el “derecho a estar sano” (lo cual no podría ser garantizado por los Estados). Sino que cuando se refieren a “el disfrute del más alto nivel de bienestar físico, mental y social” se está teniendo en cuenta el disfrute de toda una serie de facilidades, bienes, servicios y

⁸ Idid p. 35.

⁹ Barg, Liliana. “Lo interdisciplinario en Salud Mental”, Buenos Aires Espacio editorial. 1ª impresión, 2006, p 122 y 123.

condiciones necesarias para alcanzar ese más alto nivel posible de salud física y mental.

El Derecho a la Salud está relacionado con otros Derechos Económicos, Sociales y Culturales; pero también está muy vinculado a Derechos Civiles y Políticos y libertades fundamentales como el derecho a la vida, la integridad personal, a no ser sometido a torturas o tratamientos inhumanos o degradantes, a la no discriminación, al debido proceso, a la libertad y protección judicial entre otros.

Se han establecidos **4 elementos esenciales** del Derecho a la Salud. Éstos se encuentran interrelacionados entre sí, y se refieren a los establecimientos, bienes y servicios de salud. Su aplicación puede variar de acuerdo a la situación particular de cada Estado:

- Disponibilidad,
- Accesibilidad física y económica sin discriminación,
- Aceptabilidad,
- Calidad.

También se han establecido **obligaciones** de los Estados partes:

- Obligación de respetar (facilitar el acceso a los bienes y servicios de salud sin discriminación),
- Obligación de proteger (adopción de leyes, políticas y otras medidas), y
- Obligación de cumplir (reconocer el derecho a la salud en sus sistemas políticos).

A nivel internacional se han establecido **obligaciones mínimas** para los Estados, las cuales no están sujetas a la disponibilidad de recursos que posea cada Nación y, por lo tanto, son de inmediato cumplimiento:

- Garantizar el acceso a centros, bienes y servicios de salud sin discriminación y en especial con relación a grupos marginados,
- Asegurar el acceso a una alimentación esencial mínima,
- Garantizar una vivienda y el suministro de agua,
- Facilitar medicamentos esenciales,
- Adoptar un plan de Acción Nacional de Salud Pública.

Recordamos que la Republica Argentina a partir de la reforma de la Constitución Nacional en el año 1994, en su art 75 , inc 22, incorpora con jerarquía constitucional Tratados, Pactos y Convenciones Internacionales de derechos Humanos; por lo tanto, nos preguntamos si cada una de las madres, padres, familias y comunidades tiene realmente garantizado este derecho de manera amplia , si tienen realmente posibilidades de accesibilidad al sistema de salud, de contar con los profesionales médicos y de salud mental para poder fortalecer el vinculo temprano con sus hijos.

Una de las acciones que realizan los gobiernos para poder alcanzar los indicadores que permitan valorar si el derecho a la salud se esta garantizando son las acciones políticas e institucionales.

IV) Políticas de Salud Mental

Es importante destacar que la provincia no cuenta con una ley provincial de salud mental que brinde los lineamientos para la prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación de la enfermedad mental.

Por lo tanto, para este análisis tomaremos los postulados internacionales que brindan guías de acción en derechos humanos y reflexionaremos sobre cómo se llevan a cabo -o no- en la provincia dentro de la estrategia de Atención Primaria de la Salud.

En cada una de las acciones que se implementan en los niveles de atención primaria no se observa ningún proyecto, plan o programa destinado *específicamente* al fortalecimiento del vínculo temprano; sino que -en el mejor de los casos-, las acciones que se implementan inciden en él de manera indirecta. Aún así, no se puede desconocer que existen valiosas experiencias impulsadas por Centros de Salud Infanto Juvenil, que tienen un importante impacto en algunas comunidades. Son pequeñas experiencias en las que confluye el esfuerzo articulado de diversas instituciones.

Consideramos que la llegada a la comunidad con proyectos preventivos que le den sentido e integridad a las estrategias de fortalecimiento del vínculo temprano deben estar incluidas en las demás actividades de salud y coordinadas con distintas instituciones o programas.

Prevención

La prevención es el conjunto de acciones destinadas a evitar tanto la aparición de la enfermedad mental, como así también, las acciones destinadas a disminuir el daño y la cronificación de la problemática una vez producido el mismo.

Prevenir implica preparar, disponer con anticipación, facilitar recursos para el desarrollo de la acción de auto cuidado y de poner al alcance de todos la información necesaria.

Existen distintos niveles de prevención. Estos hacen referencia al momento u oportunidad de la intervención de acuerdo al grado de evolución de la enfermedad mental. De esta manera podemos decir que cualquier intervención es preventiva.

Prevención Primordial o Promoción: son aquellas acciones orientadas a evitar que se produzca la enfermedad mental. Tienen como población objeto no sólo los grupos vulnerables sino toda la población en su conjunto. Se trabaja con factores considerados de riesgo como también con los factores protectores.

Prevención Primaria: dirigidas a la población o grupos de alto riesgo, vulnerables, con el objetivo de evitar la presencia de factores estresores o de riesgo y potenciar los factores protectores. Se busca evitar la existencia de aquellas situaciones sociales que provocan o favorecen la aparición de la enfermedad mental u otros problemas que se hallan íntimamente ligados a la enfermedad mental y por lo tanto ubica a determinados grupos y/o sujetos en situación de vulnerabilidad frente a la problemática. Debe ser interdisciplinaria y tener un enfoque comunitario.

Aquí destacamos:

- Intervenciones en “talleres con padres” promoviendo valores de estima hacia la infancia, la mujer y la paternidad.
- Sensibilización y capacitación de los profesionales de la salud, educativos, personal judicial y voluntarios de entidades intermedias de la comunidad en la detección, contención y prevención de maltrato infantil. Así como también, en la derivación oportuna hacia centros especializados en caso de ser necesario (Programa provincial de maltrato a la niñez y adolescencia - Ley 6551- Art.3 inc.H)
- Acciones destinadas a la promoción de la salud sexual y reproductiva. La realización plena, segura y libre de la vida sexual, en el marco del total respeto

a al persona humana; la libre opción de la maternidad / paternidad; la planificación voluntaria y responsable (Derechos sexuales y reproductivos).

- Identificar y emprender acciones adecuadas para eliminar las causas de los trastornos mentales, como los identificados por la OMS (OMS- guidelines for the primary prevention of mental, neurological and psychosocial disorders- vol 1 a 5). (10 principios básicos de las normas para la atención de la salud mental – OMS- Art. 1)
- Promover la lactancia materna, que sirve para prevenir múltiples enfermedades físicas, y fundamentalmente para afianzar los vínculos y prevenir enfermedades psicológicas.
- Intervenir desde los equipos de salud con amabilidad y empatía en relación a las prácticas que establecen los padres para con sus hijos, discutiendo modelos alternativos de disciplina y refuerzos positivos. Ayudar a reconocer la dificultad que entraña cada nuevo periodo de desarrollo y promover el crecimiento emocional estable.

Prevención Secundaria: dirigida a la población de riesgo con el objeto de reducir daños y atenuar los factores de riesgo presentes, potenciando los factores protectores. Tiende a la disminución de la prevalencia de la enfermedad mental. Se tiene en cuenta que la enfermedad ya se ha producido, por lo tanto el objetivo es detectar y tratar en forma precoz el problema para evitar su profundización y cronificación.

- Aunar esfuerzos para la educación de grupos de alto riesgo social, en torno a la prevención del maltrato en sus diferentes modalidades, incluidas las que provengan de causas sociales o judiciales (Programa provincial de Maltrato a la niñez y adolescencia – Ley 6551 – Art. 3 inc).
- Aumentar la frecuencia en los controles de crecimiento y desarrollo, estableciendo objetivos específicos de acompañamiento en la crianza de los hijos.
- Coordinar con equipos interdisciplinarios objetivos, planes y estrategias definidas para cada familia de riesgo.
- Favorecer el acceso a la atención básica de la Salud Mental esto incluye:

- ✓ Calidad adecuada, (10 principios básicos de las normas para la atención de la salud mental- Art.2 –OMS).
- ✓ Económicamente accesible y equitativo, (10 principios básicos de las normas para la atención de la salud mental- Art.2 –OMS).
- ✓ Geográficamente asequible, (10 principios básicos de las normas para la atención de la salud mental- Art.2 –OMS).
- ✓ Debe estar disponible sobre una base voluntaria, como lo es la atención de la salud en general, (10 principios básicos de las normas para la atención de la salud mental- Art.2 –OMS).
- ✓ Con profesional calificado, (10 principios básicos de las normas para la atención de la salud mental- Art.2 –OMS).
- ✓ Culturalmente adecuada, (10 principios básicos de las normas para la atención de la salud mental- Art.2 –OMS).

Prevención Terciaria: se refiere a intervenciones después que la enfermedad ya se ha detectado. Es sinónimo de tratamiento. Pero todavía se considera prevención porque el fin perseguido es evitar la recurrencia del trastorno.

- Seguimiento del niño y su familia.
- Psicoterapia, según el caso para los miembros del núcleo familiar.
- Hospitalización del niño.

Según Norman Sartorius (Director de la División de Salud Mental en la OMS), los Programas de Salud Mental deben tener prioridad por tres razones:

- a) Porque los problemas y trastornos psiquiátricos y neurológicos son muy frecuente y son causa de sufrimientos y de serias consecuencias sociales.
- b) Porque pueden ayudar a disminuir las tendencias deshumanizante de los sistemas de salud.
- c) Porque tienen capacidad de saber y de actuar en el momento actual, previniendo un aumento importante de los trastornos mentales.

Por todo lo anteriormente expuesto, es que consideramos fundamental que se destinen e implementen acciones específicas de fortalecimiento del vínculo temprano en cada uno de los niveles de atención primaria de la salud, ya que ellas promueven un desarrollo y crecimiento integral del niño.

V) La Función del Pediatra en el Fortalecimiento del Vínculo Temprano

Consideramos que la función del pediatra es fundamental ya que interviene en la relación entre padres e hijos. Éste tiene como tarea primordial acompañar con su asesoramiento a los padres en la crianza de sus hijos.

La atención al nacimiento, el monitoreo de peso y talla, la alimentación, revisar al niño no sólo cuando está enfermo, sino también proporcionar cuidados cuando está sano, son algunas de las funciones de los pediatras.

La atención de la salud requiere considerar más que la morbilidad y mortalidad. En verdad tiene importancia similar entender los factores de riesgo como las conductas que pueden tener un impacto positivo o negativo en la salud.

Los pediatras continúan desempeñando un papel decisivo en los esfuerzos para realizar, organizar e implantar cambios en las comunidades, esfuerzos que pueden mejorar de forma substancial la salud de los niños. Desde Abraham Jacobi, MD (1830-1919), uno de los más importantes defensores de los niños de su tiempo y uno de los fundadores de la disciplina de la pediatría; los pediatras han reconocido que a los niños se les comprende mejor y sus necesidades se atienden mejor, en los contextos interrelacionados de la biología, la familia y la comunidad. Más recientemente, Robert J. Haggerty, MD, FAAP, identificó la singular contribución de la pediatría comunitaria:

“La pediatría comunitaria [ha procurado] proporcionar una perspectiva clínica mucho más realista y completa haciéndose responsable de todos los niños en una comunidad, prestando servicios preventivos y curativos, y comprendiendo los factores determinantes y consecuencias de la salud y las enfermedades infantiles, así como la eficacia de los servicios prestados. De esta manera, la característica singular de la pediatría comunitaria es su preocupación por toda la población: los que están bien de salud pero requieren servicios preventivos, los que tienen

síntomas pero no reciben una atención eficaz, y los que procuran asistencia médica ya sea en el consultorio de un médico o en un hospital".¹⁰

La posibilidad de intervención temprana

La consulta pediátrica constituye el ámbito privilegiado para detectar tempranamente situaciones de riesgo, que de ser tenidas en cuenta a tiempo, podrían prevenir futuras complicaciones.

Creemos que es muy importante la detección temprana de padres que tienen dificultades para involucrarse emocionalmente con lo que a sus hijos les pasa, pero que sin embargo, acuden puntualmente a la consulta pediátrica. Son padres que en muchas ocasiones no acudirían por cuenta propia a la consulta psicológica

El pediatra puede observar todas las adquisiciones tempranas del niño en lo que respecta al desarrollo y organización del pensamiento, en lo que se ha dado en llamar la "semiología ampliada", como una manera de prevenir déficit o alteraciones.

Si se puede prestar atención a las características del vínculo de la madre con el bebé, a las vicisitudes por las que transcurre su llegada a la familia, a las posibilidades del padre de acceder al vínculo con el niño, a la modalidad relacional de la familia, entre otras tantas variables observables, se puede intervenir tempranamente y a tiempo.

La Sociedad Argentina de Pediatría recomienda que en la consulta pediátrica se considere y evalúe, además de la sintomatología o dolencia que constituyen el motivo de consulta:

- Modalidad de sostén del cuerpo del bebé y características de la manipulación que realiza la madre.

¹⁰ La función del pediatra en la pediatría comunitaria. Academia Estadounidense. Enunciado de Políticas de Pediatría- Pediatrics, Volumen 103, Número 6 Junio 1999, p. 1304-1306

- Modo de expresión del afecto por parte de la madre, observable en: la mirada, los gestos, la modulación de la palabra y el contacto corporal con el niño; actitud ante la alimentación.
- Respuesta del bebé a la estimulación y expresión afectiva de la madre, modalidad de expresión de sus emociones, formas de demanda y tolerancia a la respuesta materna, características del humor que predomina.
- Conformación familiar y modos de convivencia, participación del padre en la crianza del niño, lugar que ocupan los hermanos, relación con la familia ampliada.
- Circunstancias familiares actuales (crisis, pérdidas o situaciones traumáticas), al igual que el nivel de preocupación, angustia o excitación de los padres en relación al padecimiento del hijo.
- Posibilidad de los padres de regular su demanda respecto a las adquisiciones y aprendizajes del niño.
- Respuesta emocional del niño a la alimentación, características del sueño y de la relación sueño-vigilia.
- Actividad de juego, desarrollo de la curiosidad e interés por el ambiente circundante e intercambio lúdico con los demás, capacidad de disfrute.
- Posibilidad de los padres de transmitir, desde temprana edad, una legalidad en cuanto a lo que debe ser rehusado, para favorecer la represión necesaria de las pulsiones primarias y para la adecuada internalización del niño de los basamentos éticos indispensables para su crecimiento saludable.

El pediatra puede valorar estos puntos principales, que es necesario incluir en una semiología ampliada, en una mirada abarcadora durante la consulta o en diferentes encuentros, mediante el diálogo con los padres y la comunicación con el niño por más pequeño que sea, así como evaluar otros tantos puntos aquí no enumerados y particulares de cada caso.

Sabemos que esta mirada abarcadora implica *formación y tiempo* de dedicación. Éste último muchas veces no es fácil disponer por diversas circunstancias laborales e institucionales (los escasos minutos de tiempo destinados a cada turno debido al exceso de consultas, los pocos profesionales destinados para cada institución, los escasos recursos con los que se cuenta en el consultorio para

poder diagnosticar dificultades en el establecimiento del vínculo temprano, entre otros). Implica asimismo cierto grado de conocimiento y comprensión de los requerimientos del niño respecto a su salud psíquica y bienestar emocional.

Es importante recordar que los signos más tempranos de posibles alteraciones en la estructuración psíquica y en el armado del pensamiento son los más difíciles de detectar y reconocer, en ocasiones suelen evaluarse como retrasos madurativos y quedan a la espera de su evolución espontánea.

Intervenir con el adecuado accionar por parte del pediatra en el momento en que se dan las condiciones desfavorables para las adquisiciones tempranas o en el momento en que comienza a plasmarse la alteración, suele ser suficiente para su resolución.

Los pasos necesarios que debe seguir el pediatra cuando se detecta o se presume una perturbación temprana consisten en:

- a. Esclarecimiento a los padres de lo percibido en el niño, procurando concientizarlos sobre la necesidad de buscar ayuda.
- b. Derivación de los padres y el niño al profesional o equipo especializado para que se realice el diagnóstico pertinente, previo contacto con ellos.
- c. Comunicación con el profesional especializado, con el objeto de realizar una tarea conjunta en pos de la recuperación del niño.
- d. Seguimiento del niño y la familia para evaluar su respuesta.

Derivar tempranamente para la asistencia especializada, tiene un buen pronóstico con respecto a los resultados de esa asistencia.

No es lo mismo comenzar una asistencia especializada -y en este sentido el psicoanálisis ha desarrollado vasta experiencia- en el primer año, a los dos o tres años, que a los seis o siete, cuando la patología puede estar ya instalada y por lo tanto, más difícil de resolver.

También el pediatra puede ser consultado y aportar soluciones en problemas de conducta, emocionales y de familia. Puede trabajar en equipo con los maestros y los psicopedagogos en los problemas escolares.¹¹

¹¹ Stoliar, Osvaldo A. "Salud del bebé Cómo elegir al pediatra". Buenos aires, Ed. Paidós., 2007.

Es sumamente importante que no se exponga al niño a deambular entre diferentes especialistas en áreas parciales de la patología, que asistan funciones aisladas por separado sin la posibilidad del armado de un abordaje totalizante.

El abordaje interdisciplinario donde se preste atención a lo que el niño necesita acorde a las características del trastorno en cada momento de su desarrollo es fundamental en estos casos.

Es preciso no caer en el grave error de pretender ejercitar y estimular una función, sea motriz, de lenguaje, de aprendizaje, sin haber comprobado previamente y con idoneidad, las causas por las cuales esa función no se ha estructurado y con qué tipo de déficit o alteración debemos enfrentarnos.

Es indudable que la función del pediatra, como médico de familia por excelencia, es quien tiene un lugar privilegiado en la observación y seguimiento del desarrollo del niño y de los modos de constitución familiar. Es quien puede prevenir la aparición de perturbaciones tempranas en el acompañamiento de la función materna y paterna, advirtiendo situaciones de riesgo y procurando su modificación¹².

El Pediatra como Orientador

La figura del pediatra cobra una gran importancia, ya que los padres consideran la información que éste les proporciona como muy relevante. Es decir, el pediatra ostenta una posición preferente ante los ojos de los padres, y sus opiniones gozan de un alto valor; es así como los padres y madres asignan a los pediatras el rol de ORIENTADOR y esperan de ellos respuestas a sus interrogantes.

“La labor ORIENTADORA es inherente al ejercicio del rol del pediatra. Es una realidad que los padres y madres demandan a los pediatras de sus hijos información que va más allá de lo que podríamos considerar estrictamente "ámbito sanitario" y el desarrollo de esta función orientadora no exige al pediatra ser un enciclopedista que conoce todas y cada una de las dimensiones del desarrollo evolutivo de los niños y niñas; ni tampoco, considerar la orientación como un ejercicio de uso del sentido común, pues éste es recomendable cuando no

¹² Sociedad Argentina de Pediatría - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
República Argentina, 2009. www.sap.org.ar

disponemos de conocimientos "científicos" sólidos con los que dar respuesta a diferentes problemas que el desarrollo de los niños y niñas acarrea".¹³

Consideramos que este lugar de preferencia e importancia que la familia le asigna al médico, tiene su base en una relación asimétrica de poder entre cada una de las partes (signada por el médico "que sabe" y los padres "que no saben"). Muchas veces ello genera conflictos en la comunicación establecida, dificultades en la implementación de las indicaciones médicas, asperezas en la relación médico – paciente, discontinuidad en los tratamientos, "culpabilizaciones" a las madres por sus acciones.

Es importante que el profesional tome conciencia de esta relación asimétrica que se establece, y del poder que tienen cada una de las indicaciones, señalamientos, gestos que realiza en cada consulta.

Pediatría y Vínculo Temprano

Como venimos afirmando, en nuestra cultura, el pediatra es en la actualidad el profesional que tiene un acceso natural al grupo familiar. La familia lo consulta en busca de orientación y ayuda, circunstancia que lo convierte en la vía más facilitada para proceder a la prevención de la salud.

En la consulta pediátrica pueden vislumbrarse dos entramados que sostienen el abordaje de este proyecto:

- Uno se relaciona con los cuidados que tradicionalmente se monitorean en el seguimiento con el pediatra (crecimiento y desarrollo)
- El otro (fundante en nuestro trabajo) se centra en el vínculo que se desarrolla entre el adulto cuidador y el niño.

¹³ Carlos Pajuelo Morán. 1º Foro de Pediatría Extrahospitalaria en Extremadura- Indicadores Psicoevolutivos Para Orientar a los padres sobre el Inicio de la escolarización en centros infantiles a niños de 0-6 años Web de la Sociedad de Pediatría de Atención Primaria de Extremadura

Consideramos que el trabajo interdisciplinario es una opción indispensable para pensar en prevenir, promover o restituir derechos vulnerados de los niños y sus familias, que han sufrido los estragos provocados por el modelo neoliberal y que han dado lugar a nuevas patologías mentales.

Tanto la ampliación del conocimiento, como el traslado de aportes teóricos de otras disciplinas, enriquecen la función pediátrica, aportando la ampliación de su mirada y aumento de la eficacia de su acto médico.

Bibliografía Consultada

- Gutierrez, Alicia. “Poder, habitus y representaciones: recorrido por el concepto de violencia simbólica en Pierre Bourdieu” . Conferencia dada en la Universidad de Almería, España. En revista complutense de educación, vol. 15 , nº 1, 2004, pp289-300. Noviembre 2002.
- Robinson, M. J y Robertson, D. M. “Pediatria Práctica”. México, Editorial: manual moderno, 1996.
- Barg, Liliana. “Lo interdisciplinario en salud mental”. Buenos Aires, Espacio editorial. 1ª impresión. 2006.
- Fundación Kamala. “Observación de lactantes”. Buenos Aires, Revista internacional de observación de lactantes y sus aplicaciones. Volumen 1- N° 1 – julio 2000. Capitulo: la contribución de la observación de lactantes a los pediatras. Liliana Berta y Alicia Torchia (pág. 91 a 103)
- Academia Estadounidense. Enunciado de políticas de pediatría – pediatrics. Volumen 103, número 6 junio 1999, págs. 1304-1306- la función del pediatra en la pediatría comunitaria - academia estadounidense de pediatría
- Servicio de Pediatría. Hospital Dr. Enrique Tornu. Equipo de atención de lactantes. “Los primeros Vínculos”.
- Sociedad Argentina de Pediatría. Pagina Web oficial. 2009. Ciudad autónoma de Buenos Aires. Argentina.
- Stoliar, Osvaldo. “Salud del bebe. Como elegir al pediatra”. Buenos aires, Ed. Paidós., 2007
- Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Medicina. Programa de formación continúa en medicina general. Prof. Dr. Carlos Adolfo Needleman. “La familia y el desarrollo del niño”.
- web de la sociedad de pediatría de atención primaria de extremadura
1º foro de pediatría extrahospitalaria en Extremadura. “Indicadores psicoevolutivos para orientar a los padres sobre el inicio de escolarización en centros infantiles a niños de 0-6 años”. Carlos Pajuelo Morán.

CAPÍTULO 2

EL LUGAR DEL NIÑO EN LA FAMILIA

Lic. Virginia Brennan

El Lugar del Niño en la Familia

I) Introducción

Pensar en el lugar del niño remite al concepto de familia. Tomando contacto con distintas fuentes que hacen al desarrollo de este concepto en la historia, se intenta pensar las distintas transformaciones que ha sufrido la familia, para ubicar el lugar del niño ayer y hoy.

La familia como institución es una construcción social, la cual se encuentra en continuo movimiento. Las funciones que determina la familia en su seno, no escapan al cambio, no es lo mismo ser padre en la Edad Media, que ser padre en los tiempos Posmodernos.

La creencia de la maternidad como única función definitoria para la vida de la mujer, pone en evidencia las consecuencias del mito en la historia.

La infancia como etapa de desarrollo, no ha sido tenida en cuenta sino hasta el siglo XVII. En un sintético recorrido, se muestra que lo natural para una cultura, para una época, va cambiando de lugar.

Por último, se intenta dar cuenta del lugar simbólico del niño, entendiendo la familia como aquella estructura particular que aloja a cada sujeto. No se piensa en "La Familia" como una categoría acabada, general e igual para todos, sino en la familia única y particular para cada sujeto.

II) Hacia el concepto de Familia

Tomando el diccionario de la Real Academia Española, el vocablo familia procede del latín *família* y su significado remite a:

1. Grupo de personas emparentadas entre sí que viven juntas.
2. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje.
3. Hijos o descendencia.
4. Conjunto de personas que tienen alguna condición, opinión o tendencia común.
5. Conjunto de objetos que presentan características comunes.
6. Número de criados de alguien, aunque no vivan dentro de su casa.
7. Cuerpo de una orden o religión, o parte considerable de ella.
8. Grupo numeroso de personas.
9. Taxón constituido por varios géneros naturales que poseen gran número de caracteres comunes.

Detrás de cada una de estas definiciones se encuentran como veladas diversas concepciones y posturas ideológicas que determinan la mirada sobre lo que se entiende por familia.

Liliana Barg¹⁴ concibe que las funciones históricas asignadas a la familia son: la reproducción, la socialización y el cuidado de sus miembros. Es en estas funciones donde se han producido los mayores cambios por las transformaciones culturales y tecnológicas de los últimos años: desde la posibilidad de planificar la llegada de los hijos, hasta la modificación de las funciones domésticas tradicionales ligadas a la mujer y que hoy son compartidas por el varón. En relación a la conformación de hogares, la variación incluye desde los nucleares hasta las familias ensambladas, los hogares unipersonales o uniparentales, las familias adoptivas o las uniones civiles entre homosexuales, las que conviven o las que tienen uno de sus miembros en otro país, etc.

La familia no es un lugar que puede ser naturalizado como bueno en sí mismo, porque en ella se pueden consolidar y reproducir situaciones de desigualdad, entre varón y mujer, entre hijos de distintas uniones, entre hermanos y puede haber autoritarismo, abuso, violencia, individualismo, discriminación.

La autora afirma que los cambios societales de los últimos años se reflejan en la producción y reproducción de la existencia social. “En este sentido la familia ha sufrido los embates de las diversas formas de flexibilización de aquellos moldes sólidos que se configuraron en la época de la modernidad y que constituyeron los grupos de referencia. En esa época la familia burguesa disponía de la dedicación de la mujer al cuidado de los hijos, al misionado y a la asistencia social. La familia popular en cambio era vigilada y la mujer debía lograr la contención de los hijos y del marido”¹⁵.

La familia moderna, como forma tradicional, que dio origen a la familia nuclear, ha venido sufriendo transformaciones, aunque algunas pautas, algunos restos de aquella aún subsisten en la actualidad. La llamada “familia normal” con el esquema de padre protector y madre cuidadora se sigue observando en los modelos

¹⁴ Barg, Liliana. “Los Vínculos Familiares”. Buenos Aires, Editorial Espacio, 2003.

¹⁵ Barg. Op. cit.

contemporáneos con rasgos tradicionales que se acentúan en familias con bajo nivel sociocultural.

Déborah Fleischer¹⁶ ha investigado acerca de las transformaciones en las concepciones de lo que ha sido entendido como familia en los diferentes momentos históricos. Pone el acento en las profundas transformaciones culturales, que afectan las costumbres sociales, los estilos de vida y las relaciones de la familia. Las nuevas tecnologías, las organizaciones sociopolíticas y culturales, las diversas estructuras productivas, han conformado formas familiares y de parentesco muy variadas. Esto será sintetizado en un recorrido de la mano de grandes pensadores provenientes de distintas disciplinas en el siguiente apartado.

III) Grandes Pensadores...reflexiones acerca del concepto de Familia

Siguiendo a Déborah Fleischer¹⁷ se enunciarán a continuación algunas ideas acerca de la noción de Familia de pensadores desde diferentes marcos de referencia:

Karl Marx

Desde su perspectiva observa que la familia tradicional es un dispositivo enajenante. Subraya por ejemplo, que mientras aún no se había mecanizado la economía del tejido, el padre hilaba y a su vez realizaba tareas domésticas secundado por su esposa y sus hijos, y todo se organizaba tras una vida familiar comunitaria. Al surgir la fábrica desde 1830 se sacude ese orden familiar que a su vez no era un estado "salvaje ideal". Se cuestionan a partir de ahí las "familias tradicionales". De esta manera se reduce a la familia a ser una unidad productiva se encuentra atrapada en los circuitos del capital, la familia sería el lugar apropiado para la enajenación de la personalidad básica del niño.

Federico Engels

Aplicando la crítica de Marx, arranca desde la etimología misma del concepto de familia, dado que *famulus* quiere decir "esclavo doméstico", se entendía la familia como el conjunto de esclavos perteneciente a un mismo hombre.

¹⁶ Fleischer, Déborah. "Clínica de las Transformaciones Familiares". Buenos Aires, Grama Ediciones, 2004, p. 17.

¹⁷ Fleischer. Op. cit. P. 22.

La familia moderna contiene el germen no sólo de la esclavitud, sino también de la servidumbre. Encierra todos los antagonismos que se desarrollan en la sociedad y en su estado.

Michel Foucault

Sostiene que la familia conyugal, absorbe por entero la sexualidad, encerrándola en la seriedad de la función reproductora. Para el autor la sexualidad surge como invención de la sociedad moderna. Distingue la sexualidad del uso de los placeres.

Desde su lectura entiende al incesto como un invento, una variable antropológica. En el siglo XIX surge el *individuo a corregir*. En esa empresa correctiva la familia tendría un lugar decisivo, tanto en el ejercicio de su poder interno, empezando en la gestión de su economía como en las relaciones que promueve con las instituciones de mayor escala (iglesia, escuela, policía, etc.). Para Foucault la sexualidad infantil es el señuelo a capturar y corregir, a través del cual se constituyó la familia afectiva, sustancial y celular.

Durkheim

Presenta estudios sobre la correlación positiva entre cantidad de suicidios y cantidad de divorcios, punto de partida de sus estudios sobre la relación entre el estado matrimonial y el suicidio.

Señala que un debilitamiento de la moral conyugal llevaría a un ascenso de las pasiones que la familia tiene como fin contener. Su diagnóstico sobre el fin de la sociedad doméstica, profetizaba también sobre el ascenso del individualismo, la anomia y los desarreglos pasionales, que podían arrastrar así a la muerte voluntaria.

Bourdieu

Plantea que según la posición que ocupe cada sujeto en el campo familiar (padre, madre, hijo, abuelo, hermanos) y según el poder que detenta cada miembro, van a ser los modos de interacción. En tanto campo, la familia es un complejo interrelacionado de posiciones sociales que luchan, y la estructura del campo es un estado de esas relaciones de fuerza en el tiempo.

Dentro de los autores psicoanalistas, Déborah Fleischer¹⁸ rescata a autores que se basan en relecturas de las teorías de los padres del psicoanálisis. A continuación enumeramos algunos de ellos:

Donald Winnicott

Considera necesaria la voluntad de conservar las formas de la familia. La madre cumple un papel sustancial en el seno de la familia, debiendo ser “suficientemente buena”. La familia es considerada como espacio capaz de brindar “contención” al bebé.

Françoise Dolto

Sostiene que el desarrollo correcto del niño se encuentra facilitado si se produce en una familia unida, esto basado en la seguridad, el afecto y la confianza que encuentra en cada uno de sus padres. Estas son las condiciones que en circunstancias menos favorables deben tratar de hacerse realidad para evitarles dificultades y permitir un buen desarrollo.

Octavio Fernández Mouján

Utiliza una tipología de la familia: 1) familia aglutinada, donde los miembros no tienen identidad propia hay absolutismo de lo materno y debilitamiento de lo paterno; 2) familia uniformada, donde hay absolutismo de lo paterno y exageración de sus normas, los mensajes no se discuten son órdenes y respuestas; 3) familia aislada, se caracteriza por un predominio de las individualidades, el mensaje es “hacé tu vida y no te quejes”; 4) familia integrada, es aquella donde existe un equilibrio entre identidades grupales e individuales, familias con recursos donde las discusiones son explícitas, se acepta la brecha generacional y se da importancia al lugar de cada uno.

Las familias integradas son las que permiten la elaboración de situaciones de ansiedades y duelos, porque pueden registrar la pérdida como una posibilidad y no como un caos.

¹⁸ Fleischer. Op. cit. P. 45-49.

IV) Transformaciones y Desvíos...las modalidades de Familia actuales

Déborah Fleischer¹⁹ plantea la pregunta sobre cuáles son las transformaciones en las familias actuales, qué es lo que cambia en estos nuevos modelos que llevan a estilos de vida, instauración de normas particulares, modos de existencia, formas de hacer pareja.

Ubica las transformaciones en los siguientes aspectos:

- A) Transformaciones en la concepción de qué es un padre.
- B) Transformaciones ligadas a la maternidad
- C) El matrimonio. Funciones. El pacto. La pareja contemporánea.
- D) Cambios en las generaciones.
- E) La Familia Moderna.
- F) Instituciones que suplen a la familia.

A continuación se enunciarán algunos aspectos trascendentes en cada una de las transformaciones planteadas:

A) Transformaciones en la concepción de qué es un padre. El padre como función.

Antes...

Históricamente basándose en una concepción de Philippe Julien²⁰, la autora enuncia tres períodos:

- 1) Amo Antiguo

Se trata de una paternidad más bien política que familiar. La patria potestad surge como poder de engendrar, que determina un linaje a través del nombre propio. En el origen la paternidad era adoptiva. Se trata de un amo que toma posesión de un niño. Surgen ahí los derechos del pater sobre el hijo, de vida o muerte, castigo, encarcelamiento.

¹⁹ Fleischer. Op. cit. P. 88.

²⁰ Fleischer. Op. cit. P. 93.

Ya en los Códigos legales del siglo XVIII padre es el que el matrimonio designa. Se pasa así de lo social público a lo privado.

2) Derecho del Hijo

A principios del siglo XIX, la sociedad civil interviene entre padre e hijo. Hay un deterioro y una declinación de la paternidad, por el papel cada vez más importante de la madre y por la intervención del Estado en los asuntos de la familia.

A partir de la Revolución Francesa, la figura del padre inmanente, regulada por un cálculo sobre la descendencia, es remplazada paulatinamente por el Estado. En ese momento la familia deja de ser reguladora de intercambios y es el Estado quien cumple esa función. Se pasa del Patriarcado (sistema político en que la autoridad es ejercida por un patriarca dentro de cada linaje) al Paternalismo burgués.

3) Derecho al Hijo

En este período (ley francesa del 3/01/1972) la madre, casada o no, tiene el derecho de declarar al niño con su nombre de soltera.

Por la inseminación artificial, la paternidad biológica se vuelve irrisoria. La relación paternidad-filiación no puede encontrar argumento en ella.

Esto abre la pregunta sobre la incidencia que tendrán nuevas formas de procreación en el "sentimiento de familia".

Transformaciones actuales...

Si se entiende la paternidad como una construcción, y no como un hecho natural, es posible pensar que en los tiempos actuales lo que se juega en torno a lo que es un padre se encuentra en crisis.

Se habla de decadencia del lugar del padre en nuestra cultura. La pregunta que se abre es cómo se juega la función del padre como ley, como orden, en una cultura que se caracteriza por la crítica a lo universal, a lo establecido. Se pasa del autoritarismo a la lógica de todo como posible, donde lo imperante lejos de ser un ordenador se convierte en un fracaso.

La paternidad no se considera desde el psicoanálisis como un derecho, ni desde el lado del padre, ni desde el lado del niño que aspira a ser hijo. En palabras

de la autora "...para el psicoanálisis se trata siempre de una función a la cual el sujeto se halla confrontado..."²¹.

B) Transformaciones ligadas a la maternidad

Antes...

En una investigación realizada por la Universidad Católica de Chile²², tomando como marco las transformaciones históricas y culturales del concepto de maternidad, encontramos enunciados algunos períodos de la sociedad, donde se reflejan los cambios en torno a este concepto, entendiendo que la maternidad es una construcción y no un rol asignado de manera natural y acabada.

La madre en la Mitología y Cultura Griega

En esta época, donde las Diosas, las deidades eran las representantes de la vida, considerando que todo emerge del cuerpo de la mujer, se buscaba las respuestas sobre la vida y la muerte en esos símbolos.

La participación del hombre en la procreación era ignorada, la mujer era quien conservaba la vida del clan en el mundo visible. Desde este lugar todo el universo era visto como una Madre bondadosa que todo lo da y la tierra en su aspecto fértil era el representante de la mujer.

Las diosas vírgenes (Artemisa, Atenea, Hestia) representan para la mitología los atributos femeninos de independencia y autosuficiencia. A diferencia de las diosas vulgares (Hera, Démeter y Perséfone) encarnan los papeles tradicionales de esposa, madre e hija, expresando las necesidades de afiliación y vinculación. En la cultura griega la mujer virtuosa es la que se somete al esposo, para recuperar al menos temporalmente la pureza virgen.

La madre desde la tradición Judeo Cristiana

La primera figura proviene del libro del Génesis, donde se representa la imagen de Eva como susceptible a la tentación y culpable de la desventura de Adán. Si tomamos como referencia el nacimiento mismo de Eva, como quien es creada

²¹ Fleischer. *Op. cit.* P. 95.

²² Página Web. [www.scielo.cl/ Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer/htm](http://www.scielo.cl/Transformaciones_Histórico_Culturales_del_Concepto_de_Maternidad_y_sus_Repercusiones_en_la_Identidad_de_la_Mujer/htm).

para salvarle al hombre su soledad, encarna la carencia del hombre quien espera realizarse a través de ella, se deja traslucir una posición de dominio.

La virgen consagrada y la esposa casta y dócil con una vida dedicada al cuidado a los hijos, ofrece un marco para revalorizar lo femenino necesario para la vida y el orden en la sociedad. La figura de la Virgen María constituye la fuente primordial de identificación y revalorización dada para la mujer. Esto según los autores trae consecuencias importantes para nuestra cultura, esta identificación de la mujer como madre y el hombre como padre, como funciones determinantes sobre lo que es ser mujer y ser hombre desde estas tradiciones.

La Edad Media

El discurso en torno a la maternidad está dominado por aspectos más fisiológicos de la función: procreación, gestación, parto, amamantamiento. La función de la mujer es traer hijos al mundo, desde este lugar la esterilidad es vista como condenación y punto de ruptura de la pareja.

La educación de los hijos, constituye una responsabilidad paterna, mientras que temáticas relacionadas con lo espiritual y moral son de atribuciones maternas. En la relación madre-hija, la tarea de la madre es vigilar y controlar la sexualidad, reproduciendo la actitud represiva de la que ha sido objeto, para preservar el cuerpo femenino de todo aquello que vaya en contra de su valor fundamental, la castidad.

La Madre de la Era Romántica

En el siglo XVIII, se produce un cambio en ciertos grupos de la burguesía y la aristocracia, se comienza a considerar al niño como inocente y necesitado de protección. Rousseau, quien contribuye a inspirar el movimiento romántico en la Revolución francesa, señala la maternidad como un objetivo fundamental en la vida de las mujeres, apoyado en teorías biológicas de la maternidad como instintiva. Esto lleva a un cambio en los hábitos respecto a los niños, sin embargo este cariño aún se encuentra mezclado con agresión y miedo.

Como ejemplo de ello tenemos la moral puritana de la cultura inglesa, que trasmite la necesidad de los niños de ser redimidos, reformados, por una estricta disciplina a base de castigos, instrucción religiosa y participación en la vida laboral. Los criterios de crianza son responsabilidad de los padres, la Iglesia y la comunidad, no de las madres. Las esposas son valoradas por su fertilidad, no por su capacidad de criar niños.

La Madre en la Era Moderna

Hacia fines del siglo XIX e impulsados por la gran corriente científica de la época, la crianza se plantea bajo una nueva fórmula a conocer. Las mujeres, vistas como emotivas e irracionales, deben someterse al aprendizaje acerca de cómo se cría a un niño. El niño deja de ser considerado como inocente y vulnerable, para volver a ser concebido como peligroso e impulsivo. A la tarea de la crianza se le suman los esfuerzos del Estado: técnicas científicas, leyes de escolaridad, tribunales de menores.

La crianza pasa a ser así una tarea para quien mejor la cumple, que es la madre individual, lo que se asume en la ideología de la *Maternidad exclusiva*. La presencia constante de la madre es irremplazable para proporcionar una experiencia temprana constructiva, siendo el padre no directamente importante. Esto lleva otra creencia, la *Maternidad intensiva*, como compromiso que requiere dedicación total, gran inversión de energía y recursos, conocimiento, capacidad de amor, vigilancia de su propio comportamiento y subordinación de los propios deseos. Es una tarea de sacrificios pero al mismo tiempo su realización es una recompensa. A la base está la lógica de la crianza generosa.

Se reduce la mujer a la madre, su deseo es sólo en función del hijo, dejando de lado sus otros aspectos de mujer.

Transformaciones actuales...

Liliana Barg²³ comenta como en los últimos años se vienen produciendo transformaciones por el acceso a la mujer a otros espacios laborales o culturales. El lugar de la mujer y del hombre en la sociedad actual, la participación de la mujer en cargos públicos o de gestión, viene postergando en algunos sectores la llegada de los hijos. En muchas parejas la ecuación mujer = madre deja paso a otras actividades que retrasan o dilatan esta función. Así la donación de óvulos o de esperma, el alquiler de vientres, el matrimonio homosexual que adopta, se suman al escenario de nuevas formas de paternidad y maternidad.

Se podría afirmar que no existe un “instinto maternal” que viene dado, sino que la función maternal se aprende, se construye. Por lo que no se considera que sea “natural” que una mujer desee tener un hijo. Una vez establecido ese deseo, hay formas diversas de hacerlo cumplir.

²³ Barg. Op. cit.

La madre del discurso social, parece que continúa ligada a las concepciones de la edad moderna, con su tinte normativo, y la idea de la madre omnipotente. Mientras que la mujer, aparece como abriéndose a nuevos valores de realización, siendo lo materno opuesto desde esta perspectiva a la elección. Se toman estas posturas como contradictorias e incongruentes, se es mujer o se es madre, pasa a ser una paradoja sin respuestas. La idea es encontrar un camino que colabore con la redefinición de roles y funciones, para que lo que se sostenga sea “tanto madre como mujer”.

C) El matrimonio.

Antes...

En la ética Cristiana, el separar lo que Dios ha unido es un pecado. Las mujeres no debían estar solas y tenían tres destinos posibles: el padre, el marido o Dios.

Desde el punto de vista de la Historia, la “unidad conyugal” ha sido tratada como un mecanismo social y económico de alianzas familiares que refleja el comportamiento social de las elites.

Sabemos que la regla por la cual el cónyuge debe buscarse fuera del grupo se llama exogamia.

En el matrimonio precristiano era el hombre quien podía terminar el matrimonio en cualquier momento. En el siglo V se convierte en sagrado y cerca del siglo IX en indisoluble. En el siglo XIX el matrimonio civil se hizo obligatorio para ser reconocido como unión civil.

Una de las características de la familia moderna es la relación que se produce entre amor y matrimonio. Ello no significa que en el pasado el amor o el afecto no hayan existido, sino que ese tipo de sentimientos no necesariamente debían estar presentes en el matrimonio.

Transformaciones actuales...

En las épocas actuales la búsqueda de felicidad individual prima sobre la estabilidad social de la institución matrimonial. Surge la emancipación de la mujer (entrada al mundo laboral y profesional, reivindicación de la igualdad).

Si la unión de personas se convierte en voluntaria, la entrada del divorcio se plantea como la posibilidad de elegir continuar al lado de una persona o no.

Déborah Fleischer²⁴ toma de Lacan la tesis de que las relaciones de parentesco en el interior de la familia, en toda su complejidad, se realizan a partir del casamiento, que no se apoya en lazos sanguíneos, sino en lazos significantes. Se trata de un acto dependiente de un intercambio, acto entonces simbólico que sólo se funda en la palabra.

D) Cambios en las generaciones.

Se han producido cambios en las relaciones que tienden a una horizontalidad de las mismas, ha habido un decaimiento de la posición de autoridad de los padres.

El niño

“...Un hombre, sea cual sea la época en que viva o haya vivido, es mentalmente contemporáneo de otro hombre de otra época cualquiera. Las únicas e indudables excepciones fueron Adán y Eva, y no por haber sido el primer hombre y la primera mujer, sino porque no tuvieron infancia.”

José Saramago

Un poco de Historia...hacia el concepto de niño

En toda Europa, padres de todos los status sociales abandonaron a sus hijos en grandes cantidades y en una multitud de circunstancias desde la Antigüedad helenística hasta nuestros días.

Los padres abandonan su descendencia por desesperación cuando se sienten incapaces de mantenerla (eso incluso lo vemos reflejado en cuentos infantiles como Hansel y Gretel) debido a la pobreza o la situación desastrosa, por vergüenza, cuando no querían tenerlos con ellos a causa de su situación física o ascendencia (ilegítima o incestuosa) por interés propio o de otro hijo (herencia), movidos por la esperanza de que alguien de mayores recursos podía mantenerlos o educarlos en mejores condiciones, etc.

Estos niños eran adoptados por otra familia como hijos, como trabajadores, o por el Estado (asilos, orfanatos o si pensamos en la actualidad familias cuidadoras).

En la Edad Media, la Iglesia comenzó a darle forma a la vida doméstica familiar en Europa, forma que conservaría hasta la modernidad, en lo que respecta al matrimonio por ejemplo. Sin embargo el abandono era algo familiar y aceptable.

²⁴ Fleischer. Op. cit. P. 122

El abandono se constituye como algo privado que se esconde tras los muros institucionales y algo público, en tanto que es el Estado quien comienza a hacerse cargo del niño.

En tiempos pasados el niño era alguien dominado y debía obedecer. A los padres les correspondía todas las decisiones sobre los niños. En la actualidad al niño se lo deja participar de algunas decisiones, aunque conviven en las familias ambas modalidades, la autoritaria y la igualitaria.

En nuestros tiempos hay un decaimiento de la posición autoritaria de los padres. El distanciamiento de las normas y costumbres de la era victoriana, es adjudicada por la autora a la renuncia de la violencia física como forma de represión de los niños. Renuncia que es en parte forzada por el Estado y su legislación al respecto.

Tomando la historia del concepto de niño, Déborah Fleischer²⁵ abre la pregunta sobre el deseo en relación al niño. Dicho deseo no está contemplado en estas concepciones dado que más bien se habla de necesidades y funciones. Para que un niño viva es necesario que alguien lo desee. Este alguien no es anónimo.

E) La Familia Moderna.

En todo este recorrido se esboza una idea de la historia del concepto de familia a lo largo del tiempo. En la actualidad encontramos transformaciones en la sexualidad, la procreación, la convivencia.

Ya no se trata del matrimonio heterosexual, monogámico, con hijos que conviven bajo el mismo techo, con el padre que sale a trabajar y la madre quien cumple la función del cuidado de los hijos. Emergió en los últimos siglos el derecho a la elección, la responsabilidad y el reconocimiento del deseo sexual.

Hay modelos familiares que se desvían de la “norma”, de lo esperado cultural y socialmente (familiar monoparentales, madre soltera, padres/madres adolescentes). Dichas familias cuestionan el paradigma tradicional. Podría pensarse más en transformaciones que en la extinción de la familia.

²⁵ Fleischer. Op. cit. P. 136

²⁶ Ibid. P. 152

F) Instituciones que suplen a la familia.

Las instituciones pueden intentar suplir totalmente a la familia, o tomar a su cargo, aquello de la familia que el Estado en la modernidad, considera que falla en ella. Una institución que deje de lado la particularidad del sujeto, poniendo en juego la psicología de las masas, no podrá ser una adecuada suplencia de la familia. Esta última sólo puede ser digna y respetable si es un lugar donde cada uno pueda encontrar un espacio para lo que es su particularidad, ya que, por otra parte, devolver la particularidad al sujeto es lo contrario de la intolerancia y la segregación.

V) El lugar del niño

A) El lugar del niño en la historia

Philippe Ariès²⁷ utilizando como fuente documental la pintura de la época, demuestra que antes del siglo XVII, pasado el estricto período de dependencia materna, el niño se incorporaba totalmente al mundo de los adultos. No aparecen en las representaciones niños caracterizados por una expresión particular, sino hombres en tamaño reducido. Partimos de un mundo de representación, donde la infancia aparece como desconocida. La infancia era una época de transición, que pasaba rápidamente y de la que se perdía pronto el recuerdo.

Hacia el siglo XIII aparecen varios tipos de niños, algo más cercanos al sentimiento moderno. Es la figura del ángel, quien cumplía el papel de monaguillo, como aquel que ayudaba en las tareas de la misa. El segundo modelo será el del Niño Jesús o la Virgen María Niña.

En la época gótica, aparece un tercer tipo de niño, el niño desnudo y en general asexuado.

En el siglo XV surgen nuevos tipos de representación de la infancia, el retrato. La problemática en torno a la mortalidad se ponía en juego en estas épocas. La infancia era sólo un pasaje sin importancia, que no era necesario grabar en la memoria. “Se engendraba sólo para conservar algunos” afirmaban. Esa indiferencia

²⁷ Ariès, Philippe. “El Niño y la Vida familiar en el Antiguo Régimen”. (documento)

era una consecuencia de la demografía de la época, y persistió en el mundo rural hasta el siglo XIX. La nueva afición por el retrato implica que los niños salen del anonimato en el que les mantiene su frágil probabilidad de sobrevivir. El retrato de un niño muerto, prueba ya que no se considera a este niño como una pérdida inevitable.

En el siglo XVII el retrato de los niños, separados de la familia en las representaciones pasa a ser un modelo favorito. Cada familia solía tener el retrato de sus niños, tradición que se extiende hasta el siglo XIX con la aparición de la fotografía. Fue en el siglo XVII donde los retratos familiares de la época tienden a centrarse en la figura del niño como protagonista. Las escenas que representan las costumbres, reservarán a la infancia un lugar especial, lección de lectura, de música, niños dibujando, jugando.

Déborah Fleischer²⁸ toma a P. Ariès en sus comentarios respecto de la historia de la infancia. Muestra que desde las concepciones del autor, la sociedad tradicional de aquellas épocas pasadas no tenía posibilidades de representarse la infancia. Reducían la infancia al período de mayor fragilidad. En cuanto los hijos podían desenvolverse físicamente, se convertían en hombres jóvenes, se separaban de sus padres, para incorporarse a la cotidianidad de mundo adulto donde se desarrollaba su aprendizaje. A partir del siglo XVII la escuela sustituyó el aprendizaje como medio de educación.

Desde la perspectiva de Ariès, el desarrollo de la familia afectiva, lleva a una nueva forma de actitud respecto de los hijos. La familia comienza a organizarse en torno al niño, que sale del antiguo anonimato y adquiere tal importancia que no es posible sin una gran aflicción, perderlo, reemplazarlo o reproducirlo.

B) El lugar simbólico del niño en la familia

La familia desde el psicoanálisis tiene un papel formador porque coloca al niño en relación a sus primeras identificaciones. Esta transmisión, posibilitada a partir del lenguaje, comienza ya desde la elección de un nombre. Se considera al sujeto como resultado de una constelación familiar particular.

El lugar simbólico que ocupa el niño en la familia dejará marcas en su subjetividad. Estas marcas (identificaciones primarias) posibilitan la constitución

²⁸ Fleischer. Op. cit. P. 140.

misma de la subjetividad. Ser el primer hijo, el segundo, ser el único varón, etc., son marcas que nos constituyen como sujetos.

El yo se forma en base a identificaciones, éstas se diferencian en:

*Identificaciones Primarias*²⁹: Se considera la forma más primitiva de lazo afectivo con un objeto. Primeras marcas, universales y duraderas.

Identificaciones Secundarias: Se encuentran posibilitadas a partir de las primarias, tienen relación con rasgos que se toman de otros significativos para el sujeto.

El sujeto es considerado como resultado de una constelación familiar, que siempre es particular. Será necesario situar la familia para cada sujeto, como una característica estructural y propia, y no “la Familia” como un hecho natural y general para todos los sujetos.

VI) Relato de una Época en nuestro país: Regímenes autoritarios. Desaparecidos Hijos de todas las Madres

La autora³⁰ toma el relato de J. Filc, quien postula que en el período 1976/1983 surge en nuestro país la socialización de los hijos, “todos los desaparecidos son hijos de todas las madres”. Cambia el significado de la maternidad: la filiación no definida por lo biológico sino por ser víctimas de la represión.

El atributo hijo no depende de un lazo de sangre, sino de experiencia política. La hipótesis que subraya es que los cambios producidos por la dictadura muestran cómo en un estado de opresión el espacio privado se disuelve en un nuevo tipo de espacio que combina los elementos de lo público y lo privado.

El discurso de la dictadura habla de la gran familia argentina. Se describe a la Nación como familia, a los ciudadanos como niños inmaduros que necesitaban un padre firme y a los militares mencionados como hijos de la patria.

Videla hablaba de la familia militar.

La privatización de lo político y la politización de la vida familiar y privada son los dos movimientos que el terrorismo de Estado desgarradoramente produjo. Esto no sólo produjo cambios de lo público y lo privado: espacios públicos que se convirtieron en refugios (los espectáculos de rock o la plaza de mayo), sino que

²⁹ Laplanche – Pontalis, “Diccionario de Psicoanálisis”. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1996, p. 189

³⁰ Fleischer. Op. cit. P. 207

define a familias no naturales. El Estado se vuelve privado, ya que se oculta a los ojos del público y es el que avalúa que es una buena familia. Surge un nuevo tipo de hogar: la Plaza.

La familia como célula básica, implicaba que el divorcio, el sexo, la rebeldía juvenil y la disidencia política eran “contagios de la subversión”.

Se produce un cambio en la noción de parentesco, los familiares de desaparecidos comienzan a incluir dentro de la familia propia a las otras víctimas. Las madres decían “nuestros chicos son los 30.000 chicos”.

VII) Conclusiones

La familia como institución es producto de sucesivas transformaciones culturales. Lo que se entiende popularmente como esquema de “familia normal-ideal” con un modelo de padre protector y abocado al trabajo, y una madre cuidadora, ya no puede sostenerse como único. Sin embargo, no dejan de tener repercusiones en algunos sectores sociales como los más bajos en la escala económica.

Las nuevas conformaciones de los hogares (familiar uniparentales, ensambladas, adoptivas, de uniones homosexuales, etc.), la posibilidad de planificar la llegada de los hijos, las tareas ligadas a la mujer hoy compartidas por los hombres, el ingreso de la mujer al campo laboral y profesional, son algunas de las características de lo que hoy se puede considerar una familia.

La paternidad y la maternidad, son entendidas como funciones, no como rasgos definitorios del sujeto. Esto se refleja en las distintas posiciones que adoptan mujeres y varones en las diferentes etapas culturales.

El sujeto es considerado como resultado de una constelación familiar, que siempre es particular. Se intenta recuperar una concepción que tome en cuenta la lógica de lo particular, para cada niño, para cada mujer y para cada hombre.

Bibliografía Consultada

- Ariès, Philippe. “El Niño y la Vida familiar en el Antiguo Régimen”. (documento)
- Barg, Liliana. “Los Vínculos Familiares”. Buenos Aires, Editorial Espacio, 2003.
- Fleischer, Déborah. “Clínica de las Transformaciones Familiares”. Buenos Aires, Grama Ediciones, 2004.
- Laplanche – Pontalis, “Diccionario de Psicoanálisis”. Buenos Aires, Editorial Paidós, 1996.
- Página Web. [www.scielo.cl/ Transformaciones Histórico Culturales del Concepto de Maternidad y sus Repercusiones en la Identidad de la Mujer/htm](http://www.scielo.cl/Transformaciones_Histórico_Culturales_del_Concepto_de_Maternidad_y_sus_Repercusiones_en_la_Identidad_de_la_Mujer/htm).

CAPÍTULO 3

POSICIÓN MATERNA Y FUNCIÓN PATERNA

Lic. Emiliana Ganem

POSICIÓN MATERNA Y FUNCIÓN PATERNA

I) Introducción

En el presente capítulo trabajaremos en torno a las funciones que es necesario que cumplan los adultos significativos para el adecuado desarrollo del niño.

Expondremos cómo el niño, desde antes de nacer, entra al orden de la cultura que lo preexiste, cobrando un lugar en la trama social en relación a la filiación.

Desarrollaremos la posición que debe ocupar la mamá o su sustituto, como principal cuidador del bebé, posición que es necesaria para el sostenimiento de la vida del recién nacido y su progresivo desarrollo.

A continuación, se explicará la necesidad de la operatoria de la función paterna, para posibilitar la salida del bebé de la simbiosis con la madre y la ampliación de su mundo social y la inscripción de los límites.

Finalmente, se manifestará la importancia en el desarrollo del yo del niño que cobran estas funciones y lugares simbólicos, generalmente ocupados por los padres.

II) La filiación: la llegada al mundo simbólico

Al nacer, el bebé es alojado en una trama simbólica, se le da un nombre y tiene un lugar en relación a otros, este lugar le hace entrar en el orden de la filiación.

Las relaciones humanas están siempre mediadas por el lenguaje, no es posible hablar de vínculos en los sujetos por fuera del lenguaje.

El antropólogo francés Claude Levi-Strauss estudió esta red simbólica que aloja, al sujeto que nace, en el seno de una familia y de una cultura.

Identifica ciertos mecanismos o matrices básicas, comunes a toda la humanidad: *las estructuras elementales de parentesco* también llamadas *relaciones elementales de parentesco*. Es decir que en toda cultura hay relaciones que forman una estructura que subyace y que da un orden al tejido social.

Esta conceptualización supone que las relaciones son elementales, es decir, fundamentales. En el origen de todo sujeto, hay relaciones, vínculos.

Las "estructuras elementales de parentesco" son sistemas que, al definir a todos los miembros del grupo como parientes, distinguen en ellos dos categorías: los cónyuges posibles y los prohibidos.

Esta distinción surge a partir de las reglas que rigen los intercambios matrimoniales. Entre estas reglas figura siempre una ley universal: *la ley de prohibición del incesto*, presente en toda cultura humana.

La prohibición del incesto expresa el pasaje del hecho natural de la consanguinidad al hecho cultural de la alianza. Con dicha prohibición, la cultura introduce un orden, sustituyendo el azar por la organización.

Es importante aclarar que aunque el contenido de esta ley variará de acuerdo a cada sociedad, lo esencial es que esta ley estará presente en toda sociedad humana, ya que siempre habrá un círculo de personas que estará prohibido en la elección de pareja. Esto abre a su vez un abanico de elecciones posibles en relación a todo aquel que no esté dentro de dicho círculo. Es decir que la ley por un lado prohíbe y por otro lado posibilita.

A partir de esta ley, en cada cultura particular se formularán leyes de alianza y filiación, que regulan las relaciones humanas, estableciendo un régimen de parentesco. La estructura social provee un lugar simbólico a cada sujeto, un lugar en relación a otros.

III) Posición materna

Ya desde antes de nacer, el niño entra en el orden de lo cultural, es deseado e imaginado por sus padres.

El bebé manifestará sus necesidades por medio del llanto, único recurso con el que cuenta para intentar calmar su malestar. La madre, o quien ejerza la función de maternaje, interpretará dichas necesidades: “tiene hambre”, “le duele la panza”, etc.

La madre pone palabras a las necesidades del bebé desde su lógica, desde lo aprendido, desde su cultura. Esto volverá imposible en el sujeto humano la complementariedad, el encaje perfecto, entre la necesidad biológica y lo que la madre interpreta que él necesita. Esta diferencia hace que el bebé busque, desarrolle su psiquismo, posibilita por lo tanto la constitución y complejización del psiquismo humano. Es lo que Sigmund Freud llamó “primera experiencia de satisfacción y de dolor”.

A partir de estos intercambios, el llanto cobrará la función secundaria de la comunicación, comenzará a cobrar para el bebé el valor de llamado a la madre.

La indefensión y el desvalimiento motor con que nace el bebé, y la asistencia que proviene de la madre, determinarán que el vínculo sea vital. Esto deja una huella en psiquismo, huella de desvalimiento psíquico que perdurará a lo largo de toda la vida y establecerá la necesidad de vínculos, propia de todo sujeto.

La mamá necesita ampararse en la cultura para cuidar a su bebé: necesita las indicaciones del neonatólogo o pediatra, lo que le diga su madre o suegra, las experiencias relatadas por una amiga que ya ha tenido un hijo, etc.

Estas personas, en ese momento, ocupan para la mamá el lugar de los representantes de su cultura. Lo que ella ya sabe de la maternidad tiene que ver con insignias tomadas de la cultura desde muy temprana edad: lo que observó de niña acerca del cuidado de un hermanito y que luego reprodujo en sus juegos, lo que escuchó por la televisión, etc.

No podemos hablar de instinto materno en la mujer, la mamá no sabría, por ejemplo, qué hacer en el momento del parto sin la presencia de otro que la asista. Muy diferente es la posición del animal: una hembra que va a tener crías es guiada por su instinto y “sabe” perfectamente cómo asistirse a sí misma y a su cría recién nacida.

Liliana Barg afirma: “... no existe un instinto maternal que viene dado sino que la función maternal se aprende y se desarrolla de acuerdo a ciertas matrices propias y que puede ser cumplida por otro que no sea la madre o el padre biológicos”³¹.

Dijimos que el bebé necesita otra persona que sostenga su vida, satisfaciendo sus necesidades vitales. También necesita un vínculo estable que le posibilite ordenar el “aparente caos” del nuevo mundo extrauterino. La mamá se constituye en el referente estable necesario para que el bebé pueda crecer y desarrollarse.

Es necesario que una persona se constituya como principal cuidador del bebé. Esta persona que asiste al bebé está posicionada para poder cumplir las funciones de maternaje. A esta posición, necesaria para el sostenimiento de la vida del bebé, la llamamos “posición materna”.

Es importante destacar que no necesariamente es la madre quien tiene que cumplir con todas las tareas que tienen que ver con el maternaje. El papá cobra un valor creciente al comprender que ni él ni su esposa “saben” qué le pasa al bebé y que lo irán aprendiendo apoyándose en los referentes de la cultura.

³¹ Barg, L. “La complejidad de la función parental en los tiempos actuales” (Documento)

Para el desarrollo del bebé lo importante es que haya una persona que se posicione para hacerse cargo del cuidado del niño, y que esté atenta a la satisfacción de sus necesidades vitales. Esta persona se ubica en posición materna, y su función es vital para la supervivencia del recién nacido.

Este vínculo temprano permite la constitución del psiquismo y su posterior complejización, ya que estas experiencias tempranas irán dejando huellas, marcas psíquicas en el niño.

Liliana Barg plantea indicadores de riesgo vincular y de recursos adaptativos en la madre y el hijo, que nos permiten pensar en cada día particular cómo esa mamá está pudiendo cumplir sus funciones de maternaje, para poder intervenir disminuyendo el riesgo y fortaleciendo los recursos disponibles.

Estos indicadores son:

Indicadores de riesgo en la madre

- Dificultad para decodificar las demandas del hijo
- Rechazo a la lactancia materna
- Vínculo inconsistente, con fracturas, sin continuidad, de rechazo
- Imposibilidad de anticipar al hijo las separaciones: desaparece abruptamente, no da certeza de madre como objeto permanente de cuidado y protección
- Comprensión de mensajes sin posibilidad de asimilarlos (no dejan huella)
- Ausencia de leyes de cuidado del cuerpo y de la privacidad
- Funciones maternas con conductas discontinuas, mecánicas y desafectivas o excesivamente afectivas que impiden la autonomía del hijo
- Sobreexigencia al hijo sometiéndolo a situaciones que no corresponden a su edad
- Conductas violentas en la relación con el hijo

Recursos adaptativos en la madre

- Matrices lúdicas de maternaje
- Huellas de buen trato
- Identificación con figuras o modelos de madre continente y abastecedora
- Leyes de privacidad, orden y pudor que puedan ser transferidas
- Capacidad de expresar afecto y señalar límites

Indicadores de riesgo en el niño

- Mutismo y retracción frente a la madre
- Lentificación en aprendizajes correspondientes a su edad: postura, control de esfínteres, colecho, marcha y exploración del espacio, expresión oral, uso de chupete y mamadera fuera de la edad, succión del pulgar
- Expresiones de angustia frecuentes
- Uso del cuerpo para vehiculizar emociones: se tira al piso, se golpea, pateo, muerde
- Miedos nocturnos
- Arqueo de columna con hipertonia, buscando sostén en superficies duras
- Rechazo de alimentos sólidos y colitis repetidas

Recursos adaptativos en el niño

- Psicomotricidad relacionada con la capacidad de exploración espacial
- Interés por el conocimiento
- Capacidad de simbolización
- Tolerancia a la frustración (aceptación de límites, ausencias)
- Recursos lúdicos
- Capacidad para reconocer sus necesidades y pedir ayuda
- Capacidad para mantener la atención
- Lenguaje acorde a la edad
- Sociabilidad con pares y adecuación a normas institucionales
- Posibilidad de desarrollo de conductas autónomas

Frente a la presencia de indicadores de riesgo, el equipo de salud apuntará a mejorar la relación madre-hijo, estimulando el desarrollo de recursos adaptativos y construyendo formas alternativas de vincularse.

La madre o su sustituto se posiciona de manera tal que posibilita, o no, la operación de la función paterna. Veamos de qué se trata esta función.

IV) Función paterna

Para poder pensar en qué consiste la función paterna, comenzaremos reflexionando acerca del concepto de “función”.

La Real Academia Española otorga diversos significados a ésta palabra, pero existen algunos de ellos, vinculados a la lingüística y a la matemática, que aportan elementos para pensar la función paterna.

“Lingüística. Papel relacional que, en la estructura gramatical de la oración, desempeña un elemento fónico, morfológico, léxico o sintagmático.

Lingüística. Relación que los elementos de una estructura gramatical mantienen entre sí.

Matemática. Relación entre dos conjuntos que asigna a cada elemento del primero un elemento del segundo o ninguno”³².

Dichas acepciones del término plantean lo relacional como algo inherente al concepto de función. Es decir que la operatoria de la función abre la posibilidad a lo relacional.

Si articulamos este concepto con la función paterna, podemos pensar que la posibilidad de operar de dicha función habilita el área de lo vincular para el hijo. Es decir que el padre en su función protectora y de límite posibilitador, permite el desarrollo del niño al establecer una relación con él, lo cual hará que la situación, hasta entonces diádica, se torne triangular.

La operatoria de la función paterna produce un corte, un límite. Permite establecer diferencias, rompe la relación simbiótica entre la madre y el niño, necesaria en un primer momento, pero obstaculizante del desarrollo del niño si se prolonga más allá de lo debido.

Como ya fue mencionado, la inclusión del tercero puede ser facilitada o impedida por la posición materna.

Este tercer lugar en la estructura psíquica lleva a nuevas inscripciones y significaciones en el niño, que permitirán un progreso en la socialización.

³² Real Academia Española. “Diccionario de la Lengua Española”. Vigésimo segunda edición. /www.drae.rae.es/

Es importante que el equipo de salud pueda observar estos fenómenos y favorecer la operatoria de la función paterna en tanto límite posibilitador. Recordemos que se trata de una función que puede ser ejercida por la madre, el padre, u otro miembro familiar o circunstancia que favorezca los límites, y la oportuna salida de la simbiosis con la madre.

Esto nos permite pensar que no es importante la forma que tome la familia: ensamblada, monoparental, nuclear, extendida, etc. Lo esencial para el niño es que tanto la posición materna que permite las funciones de maternaje, como la función paterna, se inscriban en su psiquismo dándole posibilidades de desarrollo.

El equipo de Desarrollo y Fortalecimiento del Vínculo Temprano debe apuntar a fortalecer estas funciones cuando se encuentran debilitadas, previniendo posteriores problemáticas de salud mental.

Autoridad

Otro concepto clave para pensar la función paterna es la autoridad.

La raíz etimológica del término autoridad, en latín “auctoritas”, remite a “auctor”, que significa aquel que produce, crea, promueve, funda y garantiza. Es el autor, es el padre, el abuelo, el que tiene autoridad para hacer y autorizar.

Es decir, que en el origen de las lenguas romances, la autoridad proviene del padre, designa una función paterna. El padre es el representante original de la autoridad de la ley, a lo largo de la vida habrá otras personas que la representen.

Este término “auctor” se relaciona con “augur”. El augur era un miembro del consejo de sacerdotes en la Roma pre cristiana cuya función era pronosticar.

La articulación de estos términos sugiere que la función paterna se relaciona con la autoridad de la palabra, en el sentido de su poder de augurar. Toda palabra pronunciada con autoridad determina un cambio, crea algo. Es necesario estar investido de autoridad, para que la palabra tenga fuerza de ley.

Los padres deben ocupar un lugar de autoridad para el hijo, para que su palabra produzca un efecto en él. A la palabra del adulto “no se la debe llevar el viento”, debe servir de referencia, y para ello, debe estar investida de autoridad.

Es decir que para que alguien opere como representante de la autoridad de la ley, es necesario que sostenga sus palabras y que al mismo tiempo quede legislado por esta misma ley.

Los padres de hoy presentan dificultades para ocupar su lugar de autoridad. Una cita del artículo "Ya hay especialistas que ayudan a las madres a criar a sus hijos" publicado por el Diario La Nación lo ejemplifica: "...Los padres están desorientados respecto a cómo ejercer su rol: creen que poner límites es ser autoritarios y que ser democráticos implica consultarle todo a los hijos. [...] Las instituciones advierten estas carencias y responden armando grupos de crianza o maternaje para explicar cuestiones que antes resolvía el sentido común, la experiencia de una abuela o el consejo de un pediatra con tiempo..."³³.

Los límites

Desde que un bebé nace hasta que él mismo puede procurarse cuidados por sí mismo, necesita que sus padres le den pautas confiables. Poner límites tiene que ver con el cuidado del otro y con enseñarle a cuidarse así mismo.

Ya desde muy pequeños es bueno que los padres vayan ordenando para el bebé cierta rutina que le da estabilidad: un horario para comer, para dormir, espacios para jugar, para la comida, etc.

En este sentido el orden, las pautas, los límites, permiten darle a un hijo un marco de seguridad para su adecuado desarrollo.

Por paradójico que les resulte a algunos padres, cuando existen límites claros en el marco familiar, el niño puede ser más autónomo, ya que sabe que se puede hacer y que no se puede hacer, no depende tanto de ellos.

Eva Rotenberg explica: "Imagínate que te dejan en una carretera oscura, sin nada señalizado y sin saber dónde estás ni por dónde vienen los autos. Bueno así se debe sentir un bebé o un niño al que los padres no le dan pautas"³⁴.

Los límites no deben ser controles rígidos. El niño está en una etapa en la cual precisa explorar y descubrir el mundo. Los padres tienen la función de protegerlos en relación a los riesgos y peligros que esto conlleva.

³³ Diario "La Nación". Publicado el 12/09/08. <http://www.clarin.com/diario/2008/09/12/sociedad/s-01758511.htm>

³⁴ Rotenberg, E. "Hijos difíciles – Padres desorientados, Padres difíciles –Hijos desorientados". Buenos Aires, Lugar Editorial, 2007. p. 179.

Los límites funcionan como una guía para el niño, se deben ir enseñando desde que el niño es pequeño, ya que si no después pueden ser sentidos como frustraciones casi intolerables.

En la actualidad, muchas veces los padres sienten que ordenar, esclarecer, indicar, prohibir está casi fuera de lo que se espera de su rol de padres y por lo tanto les genera culpa y malestar. Esto los lleva a no ubicarse en su función. Cuando las pautas no están claras, parecería que está prohibido prohibir y que lo no permitido puede devenir permitido en cualquier momento.

Es importante que los padres sostengan sus palabras, así como los límites y pautas que establecen, en el marco de un acuerdo entre ellos. Podes decir que “no” en el momento correcto ayuda al hijo, lo tranquiliza.

Los límites permiten que el niño aprenda a tolerar la frustración, lo cual le permitirá fortalecer su voluntad, ya que el niño no podrá hacer o tener lo que quiere cuando quiere a lo largo de su vida. Ciertos padres no se sienten autorizados para limitar a su hijo y le transmiten que el único límite posible es “no tengo plata”.

Las rabietas enfrentan a los padres con la diferencia entre lo que es el hijo real y el idealizado. Es esperable que a veces los niños se porten mal. Lo importante es que los padres puedan calmar al hijo, le tengan paciencia hasta que se tranquilice, así el niño aprenderá a aceptar mejor la palabra de los padres.

Las rabietas de los niños expresan descargas de rabia cuando el niño siente que se pasó un umbral de tolerancia frente a la frustración. Si son claros con el niño y mantienen los límites a pesar de la protesta del niño, los padres lo ayudan a que progresivamente pueda ir tolerando las frustraciones propias de la vida.

V) La importancia de los padres en la constitución del yo del niño

Estadio del espejo

En “estadio del espejo” fue el primer aporte oficial de Jacques Lacan a la teoría psicoanalítica. Tuvo como antecedente el “test del espejo”, descrito por Henri Wallon.

Este test se trata de un experimento que permite diferenciar al niño de su pariente animal más cercano: el chimpancé. El niño de seis meses difiere del chimpancé de la misma edad porque el primero queda fascinado con su reflejo en el

espejo, y lo asume jubilosamente como su propia imagen, mientras que el chimpancé comprende rápidamente que la imagen es ilusoria y pierde interés en ella.

El concepto de “estadio del espejo” es mucho más que un experimento, representa un aspecto fundamental de la estructura de la subjetividad. Describe la constitución del yo a partir del proceso de identificación: el yo es el resultado de identificarse con la propia imagen especular. Este estadio específico del desarrollo se sitúa entre los seis y dieciocho meses de vida.

La clave de este fenómeno, exclusivo de los seres humanos, se encuentra en el carácter prematuro del bebé, quien a los seis meses carece todavía de coordinación. No obstante, en el niño, el desarrollo visual se anticipa al desarrollo motor, por lo que a la misma edad su sistema visual está relativamente bien desarrollado. Esto hace que pueda reconocerse en el espejo antes de haber alcanzado el control de sus movimientos corporales.

El niño ve su propia imagen como un todo, por lo que genera una sensación de contraste frente a la falta de coordinación del cuerpo, que es experimentado como cuerpo “fragmentado”.

Es decir que antes de que la maduración fisiológica permita el dominio de su cuerpo, el sujeto toma conciencia de su cuerpo como totalidad. Es debido a esta anticipación, que la imagen lo captura y se identifica con ella.

El momento de la identificación, en el que el niño asume su imagen como propia, es un momento de júbilo, con el que el niño manifiesta su satisfacción cuando está delante del espejo.

En este momento cobra especial importancia el adulto que lleva o sostiene al niño, generalmente su padre o madre. Ya que inmediatamente después de haber asumido jubilosamente su imagen como propia, el niño vuelve la cabeza hacia este adulto, como si le pidiera que ratificara esa imagen. El adulto posibilita que el niño constituya su yo.

Narcisismo

El estadio del espejo está estrechamente relacionado con el “narcisismo”, como se observa con claridad en el mito griego del cual toma su nombre ese

elemento estructural del psiquismo. En el mito, Narciso se enamora de su propio reflejo.

No podríamos pensar el estadio del espejo sin considerar al narcisismo. Freud postula que la etapa previa al narcisismo es caracterizada por diversas sensaciones a nivel de diferentes partes del cuerpo. Para que se constituya el narcisismo es necesaria “una nueva acción psíquica”³⁵ que proviene de los padres que, al tocar, acariciar, nombrar al niño, le devuelven una imagen de completud, a la manera de un espejo. Esto produce la unificación del cuerpo del niño y la formación de su yo.

En este momento el niño cree ser lo que los padres le dicen que es, esa imagen que le devuelven de sí mismo: “¡qué comilón!”, “que bebé más tranquilo”, etc. El bebé ocupa el lugar de ideal para los padres, es tomado por el deseo de la pareja parental y es lo que los padres dicen de él.

Posteriormente, el yo se desarrolla a partir del distanciamiento de ese lugar de ideal para los padres. Las advertencias y límites de los padres, muestran al niño que ya no es el ideal para ellos. Hay una diferencia entre lo que el niño hace y es y la imagen idealizada de los padres. Esto posibilita el desarrollo del sujeto.

VI) Conclusiones

Hay un mundo simbólico que preexiste al sujeto. El niño ingresará a la cultura a partir de los deseos, ideales y valores de los adultos significativos para su vida, generalmente sus padres.

La estructura social provee un lugar simbólico a cada sujeto, un lugar en relación a otros, a través de las leyes de alianza y filiación, que regulan las relaciones humanas, estableciendo un régimen de parentesco.

Para el sostenimiento de la vida del bebé, es necesario que una persona se constituya como principal cuidador del bebé. Esta persona que asiste al bebé está posicionada para poder cumplir las funciones de maternaje. Esta persona se ubica en “posición materna”.

³⁵ Freud, S. “Introducción del narcisismo”. O. C. Tomo XIV. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2004. p. 74.

La indefensión y el desvalimiento motor con que nace el bebé, y la asistencia que proviene de la madre, determinarán que el vínculo sea vital. La necesidad de vínculos perdurará a lo largo de toda la vida.

No podemos hablar de instinto materno en la mujer, la mamá o su sustituto necesita ampararse en la cultura para cuidar a su bebé.

La función paterna, al operar, produce un corte, inscribe en el psiquismo del bebé la posibilidad del límite. Permite establecer diferencias, rompe la relación simbiótica entre la madre y el niño, hará que la situación, hasta entonces diádica, se torne triangular, ampliando el área de lo vincular para el hijo.

Es importante que el equipo de salud pueda observar estos fenómenos y favorecer la operatoria de la función paterna en tanto límite posibilitador. Recordemos que se trata de funciones que pueden ser ejercidas por la madre, el padre, u otro miembro familiar.

Es esencial que tanto la posición materna, que permite las funciones de maternaje, como la función paterna, que posibilita la inscripción de los límites, se inscriban en su psiquismo dando al niño posibilidades de desarrollo.

El equipo de Desarrollo y Fortalecimiento del Vínculo Temprano debe apuntar a fortalecer estas funciones cuando se encuentran debilitadas, previniendo posteriores problemáticas de salud mental.

Es esencial en la formación del yo del niño el lugar ocupado por los padres u otros adultos significativos, quienes posibilitan que se constituya el narcisismo del niño al tocarlo, acariciarlo y nombrarlo. El niño carece todavía de coordinación, no ha conformado su esquema corporal, y sólo cuenta a nivel corporal con sensaciones de diferentes partes de su cuerpo. Los padres le devuelven, a la manera de un espejo, una imagen de completud de la cual él no dispone. Esto produce la unificación del cuerpo del niño y la formación de su yo, este fenómeno es conocido como “estadio del espejo”

Para concluir, se destaca la importancia del adulto en la constitución del sujeto. El adulto es un referente necesario, cumple una función de protección, de amparo, que posibilita el crecimiento y desarrollo del niño.

Bibliografía Consultada

- Barg, Liliana. “Los vínculos familiares”. Buenos Aires, Editorial Espacio, 2003.
- Barg, Liliana. “La complejidad de la función parental en los tiempos actuales”. (Documento)
- Evans, Dylan. “Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano”. Buenos Aires, Editorial Paidós, 2000.
- Freud, Sigmund. “Carta 52”. O. C. Tomo I. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2004.
- Freud, Sigmund. “Introducción del narcisismo”. O. C. Tomo XIV. Buenos Aires, Amorrortu Editores, 2004.
- Hoffmann, J y Maldonado Duran, J. “Más allá de la nutrición: trastornos de la alimentación desde la primera infancia a la adolescencia”. (Documento)
- Lacan, Jacques. “El estadio del espejo como formador de la función del yo tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica” en Escritos 1. Buenos Aires, Siglo XXI Editores, 2003
- Levi–Strauss, Claude. “Estructuras elementales de parentesco”. Buenos Aires, Editorial Universitaria, 1984.
- Real Academia Española. “Diccionario de la Lengua Española”. Vigésimo segunda edición. /www.drae.rae.es/
- Rotenberg, E. “Hijos difíciles – Padres desorientados, Padres difíciles –Hijos desorientados”. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2007.

CAPÍTULO 4

LOS CUIDADOS EN LA PRIMER INFANCIA Y EL LUGAR DEL ADULTO

Lic. María Luz Yañez

LOS CUIDADOS EN LA PRIMER INFANCIA. EL LUGAR DEL ADULTO

I) Introducción

¿Cómo es un bebe?, ¿cómo crece y se desarrolla?, ¿cómo aprende?, ¿Cuándo comienza a conocer?, ¿debo enseñarle?, ¿aprenderán solos? ¿cuánto determinan los padres a los hijos?, ¿los padres deben escuchar a los niños?, ¿qué límites hay que poner a los niños?, ¿desde qué edad hay que poner límites?, ¿deben dormir con los padres o en su cuna solo?, ¿quién debe cuidarlos?, ¿la mamá sola?, ¿los padres, los tíos, abuelos y vecinos pueden intervenir? Estas y muchas preguntas más se pueden resumir en la pregunta:

¿COMO CRIAR A UN NIÑO?

¿Cómo criar a un niño? es un tema tan naturalizado y obvio que muchas veces no se lo considera un tema serio, sin embargo los cuestionamientos en relación a la crianza de los niños pequeños existieron y existen desde tiempos remotos y presentan particularidades de acuerdo con cada cultura.

Pensar la crianza de los hijos como un modo de hacer único, es erróneo, no hay una sola manera de concebir a los niños y a la función materna- paterna, es decir no hay una sola manera de criar a los niños, sino que para cada niño y para cada familia hay un modo diferente y propio de hacer las cosas.

El objetivo de este capítulo es echar nueva luz a algunos de los conceptos trabajados en el proyecto anterior: autonomía, libertad de movimiento, iniciativa, organización de la vida cotidiana y el juego infantil y mostrar los cuidados cotidianos como momentos privilegiados de constitución, desarrollo y fortalecimiento del vínculo temprano.

II) La crianza

En la actualidad existen innumerables investigadores de la infancia que basan sus estudios en la observación de los niños en situaciones de la vida cotidiana. Esto nos permite tener información cada vez más clara sobre como se produce el desarrollo de los niños, sus conductas, el modo de aprender, y de que manera se construyen las relaciones interpersonales y como influyen estas en la constitución de la subjetividad, en suma en como se construye y autoconstruye un niño.

Con el supuesto erróneo de que existe un instinto maternal, y que en consecuencia las madres saben qué tienen que hacer con sus hijos y como educarlos, estas preguntas quedan en el ámbito de lo cotidiano, dejando a veces a los padres sin respuesta frente a los interrogantes que le provocan sus hijos y en otras repitiendo pautas de crianza de manera acrítica.

Los padres se cuestionan sobre su hacer en relación al niño cuando algo no anda bien o cuando los niños no hacen algo que ellos esperan que hagan. Recién entonces pueden preguntar “qué hacer” al equipo de salud o a otros miembros de la comunidad que son reconocidos por el trabajo con niños pequeños.

Consideramos necesario poder pensar y reflexionar con el equipo de los centros de salud acerca de la crianza de los niños, para que ellos cuenten con las herramientas necesarias para informar, formar y razonar con los padres sobre la manera más adecuada de actuar con sus hijos, respetando las particularidades de cada familia, a la luz de los nuevos paradigmas de la infancia.

III) El niño como un sujeto activo en su desarrollo

El niño desde su nacimiento cuenta con una estructura genética, biológica y funcional que le permiten crecer, madurar y desarrollarse física, psíquica y socialmente. Esto se produce con una gran intensidad durante los tres primeros años de vida, por ello, esta etapa es fundamental en el posterior desarrollo de la persona.

El crecimiento evaluado en talla y peso, la maduración dada por la mielinización del sistema nervioso, la especialización de los órganos y el desarrollo producido por la integración de las funciones está facilitado por la interacción con el medio.

La maduración del sistema nervioso es evaluado por el desarrollo de la organización motriz que se produce con la misma regularidad en todos los niños, con una progresión céfalo caudal y próximo distal, permitiendo que el niño, sostenga la cabeza, lleve las manos a la línea media, role, se siente, gatee, camine, corra, etc.

Si bien todos conocen como se produce el desarrollo motor, pocos se preguntan cómo se lleva a cabo. Los estudios que la Dra. Emmi Pikler, desarrolla en su libro ‘Moverse en Libertad’ nos revelan que dicho desarrollo no se produce en

todos los sujetos con la misma calidad. El modo en que éste se lleve a cabo tendrá incidencia en la constitución psíquica.

Henri Wallon hace mucho tiempo ya nos enseñó que lo que da muestra del psiquismo en los primeros años es el cuerpo y los movimientos. También nos mostró como el entorno, es decir el medio social es determinante en la constitución del sujeto.

El niño es un sujeto de acción desde los primeros momentos de vida e inclusive antes, y buscara conocer el mundo que lo rodea y tomar conciencia de sí mismo.

El bebe al inicio no puede diferenciar su cuerpo, las partes del mismo (piernas, brazos) del brazo de su madre, y de los objetos que lo rodean (sábanas, ositos), es decir no establece diferencia entre él y los otros.

Poco a poco debido a la reiteración de los movimientos, de las sensaciones, de los sonidos, de los olores, de las temperaturas podrá ir diferenciando aquello que no proviene de su cuerpo, es decir lo que no es él.

Al inicio, esto se produce por azar, pero con la reiteración de los movimientos y las sensaciones los va reconociendo y realizando asociaciones de lo que ya conoce con lo que es nuevo, y así irá tomando conciencia de lo que es de sí y de lo que está afuera.

Esto le implica un gran trabajo y esfuerzo, por lo que estos aprendizajes no cursan sólo con momentos de placer sino que al mismo tiempo el niño se enfrenta con obstáculos que no puede solucionar, momentos en los que se angustia, se frustra, se siente desorientado y es aquí donde necesita de los padres para sentirse seguro afectivamente.

IV) Seguridad postural y emocional

Así, como para que ocurra el desarrollo físico es necesario alimentarse adecuadamente, para el desarrollo motor, intelectual y afectivo es necesaria la seguridad emocional y física, otorgada por los padres.

El niño necesita del adulto para que lo sostenga, lo acompañe, lo cuide y lo proteja de aquellas cosas que no puede hacer por sí solo y así también le provea de los espacios suficientes para desarrollar sus actividades a su tiempo y a su ritmo de acuerdo a su nivel madurativo.

Es el vínculo de apego el que permite cumplir con estas funciones, pero además, este tiene otra función, que M. Chokler denomina de “filtraje”, es decir que el adulto tiene la capacidad de filtrar los estímulos invasores, nocivos, que el bebé no puede metabolizar o asimilar (gritos, luz intensa, manipulaciones constantes). Si el niño no encuentra en el ámbito familiar quien cumpla esta función se ve obligado a hacerlo por sí mismo, sin estar lo suficientemente preparado para ello, para lo cual tiene que hacer un enorme esfuerzo y esto provoca sobreadaptaciones.

El niño construye su subjetividad a partir del otro, a partir de la mirada del otro, a partir del espejo de placer que el otro le devuelve sobre sus acciones. Sin la presencia aseguradora del adulto el niño se angustia, se crispa, provocando el bloqueo de sus acciones. Solo es posible la constitución de un yo en relación con un otro.

Tal como dice M. Hoffman criar a los hijos es una ardua tarea, con una gran responsabilidad. Es un camino lleno de momentos felices, y no tan felices, momentos en que los padres necesitan ser acompañados.

El beneficio de esta tarea es, para los padres y los hijos, porque solo aquello que es reconocido y valorado por los padres en el bebé, queda integrado como propio en la persona del hijo

A partir de los cuidados que los padres le ofrecen al niño, este último podrá ir internalizando esta relación y así poco a poco irá necesitando menos de ellos.

La seguridad postural y emocional, son la base de la constitución psíquica del bebé, y para ello la función del adulto es esencial. Por ello es necesario prestar atención a la forma de sostener, contener, cargar, mover, manipular, hablar y mirar al bebé en los primeros meses.

V) Autonomía

Autonomía es la capacidad de un individuo de tomar a su cargo la responsabilidad de sus acciones, a partir de cierta posibilidad de elección, de decisión, con un mínimo control de la situación basado en las experiencias previas.

Para que la autonomía pueda emerger es necesario que el niño pueda actuar a partir de su propia iniciativa durante la actividad espontánea y tenga libertad de movimientos. Estas conceptualizaciones han surgido a partir de los principios desarrollados por la Dra. Emi Pikler acerca del desarrollo postural autónomo.

Frente a la actividad autónoma del niño, la función del adulto es organizar la vida cotidiana, el espacio, la ropa, los juguetes y el tiempo, correspondientes todos ellos a su nivel de actividad, esto hace posible el ejercicio de su competencia en la consecución de la misma.

Ser competente implica que el niño, quiere, sabe y puede hacer lo que se propone de acuerdo a su etapa de desarrollo.

Reflexiones sobre el uso del andador

La bipedestación es el punto de llegada de un largo proceso de ajustes y reajustes que le van permitiendo al niño progresivamente reducir la base de sustentación y luchar contra la fuerza de gravedad para incorporarse lentamente; y la marcha es el punto de partida de los desplazamientos en el espacio. Si lo colocamos en el andador alteramos esta armoniosa conquista del equilibrio estático y dinámico.

Cuando el adulto coloca al niño en el andador, no respeta su proceso de maduración neuropsicológica, no comprende que en esta etapa de la vida el niño usa su motricidad para ser y para aprender a pensar, no comprende que el niño tiene derecho a ser protagonista de su desarrollo, el niño se construye a sí mismo a partir de su propia iniciativa.

Este modo de actuar del adulto, el de colocarlo en un objeto que supuestamente le va a ayudar a caminar, genera sentimientos de inseguridad y de incompetencia en el niño, ya que es colocado en un aparato que él no puede controlar, ya que muchas veces debe hacer fuerza para que las puntas de sus pies toquen el piso, y no puede entrar ni salir sin la intervención del adulto. Esto rompe el dialogo tónico, la melodía cinética que se da a partir del vínculo de apego, vínculo fundante entre la madre y el niño y que es la condición necesaria para que emerja la conciencia de sí y la conquista del mundo.

El cuadernillo "Cuidando al bebé" Guía para el Equipo de Salud, Docentes y Padres, Junio 2002, Ministerio de Salud, Presidencia de la Nación, explicita al respecto "Tenga en cuenta que, aunque supuestamente **los andadores** están

fabricados para que el niño aprenda a caminar, en realidad no le permiten lograr el equilibrio necesario para pararse y moverse por sí mismos. Por eso **no coloque al niño en el andador**, ya que no puede dominar sus movimientos. Sumado a esto cuando intenta alcanzar los objetos que se encuentran en el piso, el andador suele darse vuelta ocasionándole golpes”.

Esto ocurre porque los adultos minimizan, por desconocimiento o por repetir acríticamente modelos de crianza, que los movimientos muy tempranamente son los primeros y únicos indicadores de la vida psíquica de los niños. Por lo tanto respetar la organización de las sensaciones que tienen que ver con el equilibrio, con las posturas y los movimientos tiene que ver con respetar la organización del psiquismo, es hacer prevención en salud mental.

La Asociación Argentina de Pediatría desaconseja su uso desde el año 2001, basados en la recomendación de la Academia Americana de Pediatría, al igual que casi todas las Asociaciones de Pediatría del mundo. Canadá fue el primer país en prohibir la venta, importación y publicidad de los andadores y algunos países multan a los padres que llevan a sus niños en andadores.

La principal causa por la que los pediatras desaconsejan su uso es por los accidentes graves que ocasionan al niño, como traumatismos de cráneo, contusiones, cortaduras en cara por caídas, intoxicaciones, quemaduras y mas que se producen en el segundo semestre de vida. Muchos de estos accidentes requieren de internación y en algunos casos se han producidos muertes y lesiones irreversibles. Además aluden que su uso, puede provocar problemas ortopédicos y que no se ha comprobado que favorezca el desarrollo ni el aprendizaje de la marcha.

Todas estas causas esgrimidas por las asociaciones de pediatría para oponerse al uso del andador nos parecen escasas causas si pensamos que el equilibrio y la organización postural determinan en el niño **el modo de ser, de estar y de interactuar en el mundo**.

VI) Los cuidados cotidianos

El momento privilegiado por excelencia, para la interacción adulto-niño, es durante los cuidados cotidianos: alimentación, baño y cambiado, sueño, momentos de traslado y algunos momentos de juego. Estos momentos y el modo de interactuar en ellos serán tratados de aquí en adelante. El momento de la alimentación será desarrollado en el próximo capítulo del marco teórico.

¿Por qué es importante que el bebé tenga un buen sostén?

Es importante ofrecer al recién nacido el mayor bienestar posible, estas son sus primeras experiencias corporales y si el sentimiento es de bienestar se sentirá confiado para la próxima vez. Es importante recordar en este momento que está constituyendo la primerísima representación de sí mismo.

El bebé necesita ser alzado en el momento de la lactancia, el baño y el cambiado, para mimarlo, calmarlo, amarlo. Es necesario darle el mayor sostén corporal posible, evitando que la cabeza caiga hacia atrás, en el momento de alzarlo o en los traslados.

Hay varias formas de hacer esto, lo importante es que el niño y la madre acuerden cuál es el mejor modo. Aquí es muy importante que la madre pueda escuchar que es lo que su bebé necesita y no hacerlo automáticamente, usando la vieja premisa: "porque es chiquito no se da cuenta", el bebe sí se da cuenta.

Cuando se lo traslada y cambia al bebe, es conveniente evitar los movimientos bruscos ya que generan mucha inestabilidad y sensación de miedo. Esto se debe a la aparición del reflejo de moro, que se produce por los cambios de posición de la cabeza con respecto al tronco.

Del mismo modo, al levantarlo para calmarlo cuando está molesto, e incluso al mecerlo, hay que hacerlo con suavidad y lentitud, los movimientos bruscos y de batido que muchas veces observamos que se le imparten a los niños con el afán de calmarlos, produce el efecto contrario y en el mejor de los casos los niños se calman por el terror que le producen los movimientos.

Si estos momentos transcurren en calma, y la mamá y el bebé experimentan sensaciones de tranquilidad y bienestar, ellos se pondrán de acuerdo rápidamente y así tendrán momentos de actividad y descanso juntos y separados.

Si el niño está tranquilo, encontrara más rápidamente el ritmo de sueño y vigilia, esto no sólo es importante para él sino también para la madre, si ella esta descansada, estará más disponible y menos irritable, para su bebé.

En estos primeros meses, la ayuda de los papás y hermanos y/o algún otro miembro de la familia o amigos son de gran utilidad, no solo para alzar al bebe (que deberían hacerlo poco) sino, para permitir que la mamá pueda descansar aliviándola de tareas de la casa.

Es preferible también que durante los primeros días, no haya tanta visita para que ambos -niño y mamá- puedan conocerse. Si los tíos y abuelos están desesperados por conocer al niño, pueden ir a verlo, pero puedan evitar alzarlo en brazos, el bebé todavía no conoce bien los brazos de su mamá y no necesita confundirse con otros brazos. Esto puede ser explicado a los familiares y hermanos para que puedan esperar, ya tendrán tiempo suficiente para ocuparse del niño más adelante.

Es importante recordar que a través de los cuidados cotidianos se construye la seguridad afectiva y postural del niño.

VII) El baño y el cambiado

El baño y el cambiado, son momentos de intensa comunicación con el adulto y de conocimiento por parte del niño de su cuerpo y del entorno.

Prepararlo para lo que va a ocurrir permite que el niño pueda acomodarse y participar activamente. Explicarle qué es lo que se le va hacer con palabras ayuda a que esto ocurra.

Una función muy desarrollada que poseen los niños desde los primeros días es la comprensión de lo que se le dice. Cuando se le habla, el niño mira atentamente y si se le da el tiempo suficiente el puede actuar en consecuencia. Esto llevará un poco de tiempo pero hará que el baño y el cambiado sea un momento más de encuentro entre el niño y el adulto.

Esto le permitirá saber a la madre cómo se siente el niño. Al principio el niño se encogerá o estirará, más tarde podrá vocalizar, gesticular y colaborar en las acciones de vestido y desvestido siempre que se le de la oportunidad de hacerlo. De este modo el niño se irá haciendo activo y estará escuchando y respondiendo a lo que su mama le dice o pide, ira construyendo un modo de aprender.

Para que este momento de encuentro y aprendizaje se lleve a cabo es conveniente que el adulto haya preparado todos los elementos necesarios para cambiarlo o bañarlo: la ropa, el agua tibia en la bañera o palangana, la toalla, etc. Es importante que tenga todo a mano para que no se produzcan rupturas en la actividad para que ambos, niño y adulto, estén disponibles y atentos a los acontecimientos del momento.

También es aconsejable que en los primeros tiempos no haya demasiado gente alrededor o ruidos que puedan distraer la atención del niño.

Hay niños a los que les gusta mucho el agua y a otros no, aquí la mamá podrá aceptar al niño tal como es y entonces uno tendrá un baño largo y otro más corto. Esto hace a las diferencias individuales y si el adulto actúa según las preferencias del niño, lo está respetando en sus decisiones y el niño comprenderá que se encuentra frente a una madre que puede escucharlo.

VIII) Sueño

Las mamás se sienten muy bien cuando su hijo descansa plácidamente. Durante el primer trimestre, hay momentos de zozobra por parte de las madres porque hay niños a los que les cuesta encontrar el ritmo, duermen mucho de día y poco de noche. Esto se debe a que el niño tiene mucho que aprender en estos días, todo ha cambiado a su alrededor, ahora siente frío, tiene hambre, le duele la panza, se siente agitado, crispado, esto es un gran trabajo para él, pero si se tiene un poco de paciencia el niño conseguirá regular los ritmos de sueño y vigilia.

En estos primeros días también los niños, al estar en su cuna, suelen tener sensaciones de vacío, es decir, el espacio es demasiado grande, ellos estaban bien acurrucados en el vientre materno. Esto se puede solucionar si la madre coloca una manta alrededor del niño que lo contenga.

Las madres reconocen estas sensaciones en su hijo y para mitigarlo lo acuestan con ellas en la cama, pero esto no sólo es muy peligroso porque pueden ocurrir accidentes (aplastarlo) sino que no permite que ellas descansen bien, lo que es necesario para estar disponible para el niño durante los momentos de vigilia. Más tarde ellas necesitarán tener espacio para compartir con la pareja.

Los niños deben tener un lugar donde dormir solos desde muy pequeños porque si bien ellos necesitan el contacto con la madre también necesitan poder organizar sus sensaciones, que en esta época se confunden con las de la madre.

Si desde muy pequeños ellos reconocen que la cuna es el lugar donde descansan y duermen, más adelante sabrán que cuando se los coloca allí es por que llegó la hora de dormir, así se van construyendo espacios diferenciados de contacto, de cuidados (baño, cambiado) y de juego durante los momentos en que el niño esta despierto.

“El sueño es un momento de reencuentro consigo mismo y con su pasado con todo lo que tiene de bueno, pero también es un momento de separación, de soledad, un poco inquietante y, algunas veces triste.”³⁶

IX) Juego

Los niños y niñas están interesados en conocer el mundo que les rodea. Son exploradores espontáneos tratando de comprender, entender y sacar sus propias conclusiones sobre cómo funciona el mundo.

El juego es la herramienta fundamental a través de la cual los niños se acercan a la exploración y el conocimiento, no sólo de los objetos y de las personas que lo rodean, sino de sí mismo.

El juego es estructurante de la personalidad, para ello, tiene que darse en el mayor grado de libertad interna y externa. El juego dirigido rompe con la condición de libertad.

“El juego es una actividad libre, no impuesta o dirigida desde afuera y esencialmente placentera. Para un niño pequeño es agradable jugar con su cuerpo, sentir y percibir un objeto, manipularlo. Es también y al mismo tiempo una necesidad profunda de reducir tensiones para evitar el displacer.

A través del juego y la actividad libre el niño transforma, modifica el medio, y en esa modificación él se transforma, convirtiéndose en un agente de cambio”.³⁷

³⁶ Chantal de Truchis. “El despertar al mundo de tu bebé”. Barcelona, Oniro S.A, 2003, p. 50.

³⁷ Rivero Pérez, M. del Rosario. “Juego y libertad de movimiento en niñas y niños menores de 3 años”. Guía para profesores y coordinadoras de trabajo. Gobierno de Perú, Ministerio de educación. Editorial Konygraf y Cía., 2005. P. 10.

Por ello es imprescindible que el adulto otorgue el tiempo necesario para que el niño juegue y al mismo tiempo disponga un espacio apropiado para ello.

El niño necesita de espacios y tiempo para descubrir solo, si el adulto interviene cuando el niño está en pleno proceso de exploración, descubrimiento, experimentación, hace que éste interrumpa lo que está haciendo y desvíe su atención hacia el adulto.

Esto se debe a que el niño se siente atraído por el adulto, pero si este está presente siempre, el niño no puede lograr sus propias competencias, no puede saber que puede hacer por sí solo, no puede sacar sus propias conclusiones, no puede mantener la atención y va a requerir más adelante que el adulto esté siempre. De este modo irá construyendo un modo de aprender dependiente, desconfiado de sus propias competencias con escaso poder de atención y estará siempre esperando las respuestas y soluciones del otro.

El niño, en bs momentos de juego, necesitará tener, sobre todo al inicio, un adulto cerca, disponible, que pueda brindarle seguridad afectiva.

Más tarde cuando ya tenga incorporada la figura de apego irá necesitando cada vez menos del adulto, físicamente. Pero lo seguirá necesitando para que este le brinde la seguridad física, es decir que disponga de los objetos y espacios necesarios para que él pueda jugar, de acuerdo a su nivel madurativo y a sus capacidades.

Reflexiones sobre los juguetes

Los niños convierten en juguete cualquier objeto, lo convierten en eso que desean, le dan sonido, le ponen palabras. Cualquier objeto le sirve a un niño para jugar, si bien hay juguetes universales, el interés que estos despiertan en los niños es diferente y eso se debe a las particularidades de cada uno.

Hay que tener en cuenta ciertas características a la hora de ofrecer o elegir un juguete. Estos no tienen que ser ni muy pequeños, ni ser puntiagudos, ni tener bordes cortantes, ni demasiados grandes y pesados, ni que se rompan con facilidad para evitar que los niños se lastimen fácilmente y para que los padres no tengan que estar controlando su uso.

Los objetos que se le ofrezcan a los niños deben ser fáciles de tomar, de manipular, de soltar, de limpiar y pertinentes para la etapa de desarrollo por la cual

están cursando y también tener en cuenta el medio cultural en el que se hallan inmersos.

Durante los primeros 12 o 18 meses, es preferible que los objetos sean lo más silencioso posible. “Los sonidos de algunos sonajeros son demasiado agudos y resultan desagradable. Los niños no lo eligen espontáneamente; a menudo son los adultos quienes lo utilizan, deseosos de provocar la risa del bebé, un poco como cuando juegan a hacerle cosquillas. Con frecuencia les producen más excitación que realmente placer”³⁸.

¿Qué juguetes ofrecer en cada etapa de desarrollo? En cada etapa de desarrollo, los juguetes deben permitir que los niños puedan enriquecer sus conocimientos.

Para los bebés de 0 a 3 meses, su primer juguete es su propia mano. Al estar acostado boca arriba, primero verá pasar su mano delante de sus ojos, no sabrá que es, luego se dará cuenta que es su mano. En ese momento el bebé mira sus manos y las mueve, las abre y las cierra, las baja y las sube, está absorto ante los movimientos que puede ejecutar.

Luego aprenderá a tomar los objetos que el adulto ponga frente a él, pero no podrá soltarlos a voluntad, se le caerán cuando ceda la presión ejercida por la mano. Luego sabrá que puede soltarlo cuando desee.

Entre los 3 y 6 meses su principal interés será apropiarse de un objeto y conservarlo en la mano. También enriquecerá sus exploraciones porque ya puede darse vuelta de boca arriba a boca abajo.

Durante este período (0 a 6 meses), trozos de tela, pañuelos, sonajeros livianos, pulseritas, argollas plásticas o de madera pequeñas y de colores, peluches pequeños que sean fácilmente tomados por el niño, son los objetos apropiados para ofrecer a los niños.

Los bebés de 6 a 9 meses han aumentado su movilidad, algunos ya empiezan a desplazarse y por lo tanto pueden ir en busca de los objetos o pueden colocarlos lejos de sí para luego atraerlos hacia ellos. También pueden colocar un objeto encima del otro o uno dentro del otro. Aquí pelotas, autitos, aros grandes, canastitas para encajar, cajas de cartón, fuentes de plástico, coladores plásticos, flotadores de plásticos, tazas y vasos de plástico, cubos de plástico, son los objetos apropiados.

³⁸ Chantal de Truchis. Op.cit. P. 115.

Entre los 9 y 12 meses los objetos son los mismos, lo que varía es el modo de utilización. Hay una nueva organización de las actividades manuales, por la especialización de la prensión y porque ya dominan la posición de sentado.

El niño ahora dirige su atención a un objeto que no tiene en su mano, puede tomar un objeto en cada mano, pasar un objeto de una mano a otra, puede relacionar un objeto que tiene en su mano con otro que no tiene en la mano, puede meter un objeto dentro del otro y volcarlo.

Los libros pueden interesar a muchos niños en esta edad, por lo que se pueden poner a disposición libros de cartón con figuras simples, es indispensable que no se rompan para que ellos puedan manipularlos sin ser reprendidos por ello. Pueden mirarlos con la figura invertida, de eso no hay que preocuparse, estas son sus primeras experiencias.

Además, a esta edad, el bebé continúa con la exploración de su cuerpo en el espacio, por medio de los desplazamientos ya sea gateando, subiendo y bajando desniveles, intenta pararse tomándose de barrotes o sillas, algunos ya han iniciado la marcha.

“Una investigación ha demostrado que los objetos que suscitaban mayor tiempo de concentración, es decir una actividad de mayor duración sin que el niño desviara su mirada eran:

- De 3 a 6 meses: los pañuelos de colores vivos.
- De 6 a 9 meses: las palanganas, las cubetas y los objetos cóncavos
- De 9 a 12 meses las pelotas y las cubetas”³⁹

Entre los 12 y 18 meses ya se desplazan con más seguridad, ya sea gateando o caminando, se interesan por objetos voluminosos que pueden treparse, arrastrar o empujar, como cajas grandes, carritos, bancos, carretillas. Igualmente, las botellas, las pelotas, los baldes y palanganas siguen siendo de su interés.

En este periodo, suelen comenzar los juegos de imitación, hacer como el auto o acunar una muñeca. Los niños y las niñas se interesan por estos juegos, por lo que es importante recordar que las muñecas no son exclusivas de las niñas y los autos de los varones.

³⁹ Chantal de Truchis. Op. cit. P. 114.

Los libros siguen interesándolos y podrán hacer comentarios de lo que ven en voz alta. También pueden disfrutar de oír un cuento o una historia simple y corta.

Del año y medio a los tres años los niños están muy interesados por explorar todos los ambientes de la casa y fuera de ella (centro de salud, vereda, plazas, casa de parientes y vecinos). Suelen hacerlo solos (en proximidad del adulto) pero muchas veces quieren que los adultos lo acompañen, es muy común ver niños que toman la mano de su madre y tiran para que ellas lo sigan.

Algunos de los materiales que les gustan a esta edad son los cajones, carros o camiones, donde puedan introducirse, o con los que puedan transportar otros juguetes.

Los juegos al aire libre y con los objetos de la naturaleza, como el agua, el barro, la arena despiertan interés en los niños y le permiten realizar muchas actividades.

Aquí comienza el juego simbólico o de roles por lo que es necesario contar con objetos de la vida cotidiana o con objetos que permitan representar, platos, tazas, animales etc. También muñecos y ropa para disfrazarse.

Igualmente se pueden poner lápices y papeles a disposición de los niños para que comiencen a dibujar. Siempre recordando, por ahora no hacer hacer al niño lo que el adulto quiere.

Esta es la época en la que los niños tocan todo lo que está a su alcance es por ello que es preferible sacar los objetos que los adultos atesoran, para no tener que estar todo el tiempo diciendo que no y prohibiendo que los niños exploren. Esto irrita tanto a los padres como a los niños.

Es posible dejar algunas cosas e ir diciéndole a los niños que no pueden tocarlas, explicando con palabras sencillas, por que no. Esto requerirá de constancia por parte de los padres que deberán repetir muchas veces lo mismo, pero es el modo de ir introduciendo los límites y las reglas de la cultura donde viven. Así los niños reconocerán que hay cosas con las que no se puede jugar.

X) Conclusiones

¿Que nos proponemos?

Es nuestra intención aportar información práctica, técnica y teórica para ayudar a los padres y a los pediatras, a ver y conocer a cada niño tal cual es. Para ello, en el marco de los temas trabajados en el presente capítulo, nos proponemos:

En relación a los padres:

- Ayudarlos a reconocer qué cosas de la crianza de sus hijos tienen que ver con sus propias necesidades y no con las de su hijo.
- Ayudar a los padres a comprender cómo pueden promover el desarrollo de su bebé o niño.
- Acompañar a los padres a comprender los momentos de desavenencia entre ellos y sus hijos.
- Encontrar junto con los padres el modo más apropiado para resolver distintos temas en relación a la crianza de su hijo.

Bibliografía Consultada

- Aberastury, Arminda. "El niño y sus juegos". Buenos Aires, Editorial Paidós, 1994.
- Arnold, Arnold. "¿Cómo jugar con su hijo?". Buenos Aires, Editorial Kapeluz, 1997.
- Ajuriaguerra Julián de. "Manual de Psiquiatría Infantil". Barcelona, Editorial Toray Masson, 1973.
- Cañeque, Hilda. "Juego y vida". Buenos Aires, Editorial El Ateneo, 1993.
- Chantal De Truchis. "El despertar al mundo de tu bebé". Barcelona, Editorial Oniro S.A, 2003.
- Chokler, Mirtha Hebe. "Los Organizadores del Desarrollo Psicomotor". Buenos Aires, Editorial Cinco, 1998.
- Falk, Judit. "Mirara al niño". Buenos Aires, Editorial Ariana, 1997.
- Gutton, J. "El Juego en el niño". Paris, Editorial Larousse, 1973.
- Hoffman, J. M. "Los árboles no crecen tirando de las hojas". Buenos Aires, Editorial Del Nuevo Extremo. 2003.
- Piaget, Jean. "El Nacimiento de la inteligencia en el niño". México, Editorial Grijalbo. 1997.
- Piaget, Jean. "Psicología del niño". Madrid, Editorial Morata, 1997.
- Pikler, Emmi. "Moverse en Libertad". Madrid, Editorial Nancea, 1985.
- Rivero Pérez, M. del Rosario, "Juego y libertad de movimiento en niñas y niños menores de 3 años". Guía para profesores y coordinadoras de trabajo. Gobierno de Perú, Ministerio de educación. Editorial Konygraf y Cía., 2005.
- Rüssel, Arnulf. "El juego de los niños". Barcelona, Editorial Herder, 1970.
- Wallon, Henri. "La Evolución Psicológica del Niño". Barcelona, Editorial Grijalbo, 1984.
- Wallon, Henri. "Los Orígenes del Carácter en el Niño". Buenos Aires, Editorial Nueva Visión, 1979.
- Winnicott, Donald. "Realidad y Juego". Barcelona, Editorial Gedisa, 1971.

CAPÍTULO 5

LA IMPORTANCIA DE LA LACTANCIA Y LA ALIMENTACIÓN EN EL DESARROLLO DEL VÍNCULO TEMPRANO

Lic. Emiliana Ganem

Lic. Valeria Chiavetta

La importancia de la lactancia y la alimentación **en el desarrollo del vínculo temprano**

I) Introducción

En este estudio buscaremos comprender las relaciones que se establecen entre la alimentación y los vínculos primarios.

Buscamos identificar las alteraciones en el proceso de alimentación, diferenciándolas de los trastornos de la alimentación, en su relación con el establecimiento del vínculo temprano.

II) La comida no solo alimenta el cuerpo. La alimentación es más que comida

A veces desde la medicina y la nutrición se considera a la alimentación predominantemente en el orden de lo biológico y se la ve sólo como un asunto de nutrientes, minerales, vitaminas y grupos de alimentos. Como afirma Alicia Cattáneo⁴⁰ los antropólogos, reconociendo la injerencia de los aspectos biológicos, edificaron su especialización en la alimentación en tanto categoría de la cultura, de la sociedad y de la historia, de ahí que la alimentación resulte un fenómeno complejo, copioso y resultado de múltiples accesos.

No todo lo potencialmente comestible se considera comida y este proceso varía de una cultura a otra, estableciendo reglas y tabúes en función de lo comestible y lo incomedible. El hecho de elegir algunos alimentos, de valorarlos y consumirlos de diversas maneras: comida-comida, comida para engañar el estómago, comida saludable, suficiente o insuficiente, en contextos públicos o privados, ceremoniales o cotidianos, nos muestra que comer es mucho más que satisfacer la necesidad biológica de hambre.

Como afirma la autora citada⁴¹, la comida es el lugar y el momento de encuentro e intercambio entre las personas, participa en la transmisión de saberes, en la construcción de identidades sociales, y como todo consumo comporta signos de status y se constituye en lugar de diferenciación entre clases y grupos sociales. La comida habla de quiénes somos y de nuestra sociedad.

⁴⁰ Cattaneo Alicia, "Alimentación, Salud y Pobreza " Cátedra libre de ciudadanía alimentaria. Universidad Nacional de La Plata. www.unlp.edu.ar/ciudadaniaalimentaria, p. 1

⁴¹ [ldid](#) p. 1

Sin embargo, desde las ciencias sociales cuando se vincula alimentación y pobreza, también parecen retroceder ciertas dimensiones: prima la necesidad y no el gusto, la materialidad frente a los significados, el cuerpo frente a la conciencia y los sentimientos; como si el cuerpo, los pensamientos y sentimientos fueron niveles diferentes. En general se recurre a la lógica de la optimización para explicar el comportamiento consumidor de los pobres. La pobreza, la alimentación, la desnutrición deberían analizarse desde su dimensión histórica, haciendo referencia a los contextos sociales y simbólicos en que se inscriben.

III) La alimentación y el desarrollo del vínculo temprano

La alimentación se encuentra, desde el nacimiento, ligada al vínculo temprano. Esto es así debido a la indefensión y prematurez con que nace el ser humano, que hace necesario el vínculo para sobrevivir. En este momento, la alimentación está íntimamente relacionada a la necesidad del bebé de ser ubicado en un lugar de privilegio por alguien que estará atento a sus necesidades.

No se trata de la comida como un objeto que simplemente alimenta, sino que se trata de la relación que se establece con ese objeto. Esa relación va a depender de lo que ese objeto represente.

Según lo que Freud postula, nuestro psiquismo está constituido por representaciones, es decir que hay una diferencia entre lo que el objeto es en su realidad material y objetiva, y la representación del mismo en el psiquismo. De ahí que el mismo objeto puede representar diferentes cosas para diferentes personas y en diferentes momentos de la vida.

El pecho, la mamadera o el alimento van a ser aceptados y disfrutados por el bebé o niño, o por el contrario, rechazados, dependiendo de la calidad del vínculo que haya establecido con su mamá o quien la sustituya.

Es decir que lo que el momento de la alimentación represente para cada bebé o niño va a tener que ver:

- por un lado, con la necesidad de alimentarse y el placer que conlleva la satisfacción de dicha necesidad
- por otro lado, y especialmente, con el vínculo que se establece con el cuidador, que va a posibilitar u obstaculizar dicho placer

La lactancia como fortalecedora y organizadora del vínculo

Como ya hemos mencionado en el estudio anterior, el vínculo entre el bebé y la madre se centra, al comienzo de la vida extrauterina, en la relación con el pecho. Dicho de otra manera, la posibilidad de que el niño establezca una relación satisfactoria con la madre y logre una sensación de bienestar interior depende íntimamente del hecho de que desde el comienzo de su vida, reciba una buena alimentación y un adecuado cuidado

El bebé aprende a conocer el mundo a través de su boca. Tal es así que el placer sentido al succionar muchas veces es independiente del hecho de alimentarse. Más allá de la satisfacción que le provoca la ingestión del alimento en sí misma, lo placentero proviene de sentirse seguro en los brazos de su madre, tranquilo y distendido.

Estar en los brazos de mamá y tener el pezón dentro de la boca es para el bebé la situación que mayor seguridad le provoca. Esta relación supone sentimientos muy intensos por parte del bebé, es su primera relación de amor, pero en ella también tiene cabida el odio. Si esta primera relación proporciona al bebé experiencias satisfactorias, existen mayores probabilidades de que logre una sensación de bienestar interior y confianza. Cualidades que luego teñirán a otras futuras relaciones con otras personas, empezando por el padre.

“Aurora Pérez nos dice que el bebé al nacer, adviene a una matriz extrauterina: el grupo familiar. Este momento crucial inaugura el periodo de crianza, dado a llamar vincularidad temprana, continente estructurante del aparato psíquico. Identificamos al amamantamiento como un organizador social de esta vincularidad y precisamos al abrazo materno y paterno como indicadores de seguimiento de la calidad de estas interacciones.”⁴²

El cuidado corporal y el amamantamiento marcan un punto de inflexión en estas relaciones, un antes y un después para el desenvolvimiento saludable.

⁴² Lucero De Gaetano, Susana. “Inducción a la lactancia materna en madres adoptivas. Una propuesta saludable”, Buenos Aires, 33º Congreso Argentino de pediatría. Libro de Resúmenes. Sociedad Argentina de Pediatría, octubre de 2003 en www.sap.org.ar, p. 4

Frente al displacer que expresa el bebé al sentir hambre o malestar corporal a partir del llanto, el bebé aprende a comunicarse. Es la resolución de estas primeras necesidades con el sostén y el boca pecho que mana leche lo que lo hacen sentir vivo.

Como explica De Gaetano⁴³, si todo pasara por resolver la necesidad alimentaria, la leche artificial, sería un sustituto posible, y de hecho lo es, en determinadas circunstancias, por enfermedad, carencia u otras causas. Pero lo irremplazable como experiencia vital optima, para la adquisición de conductas saludables que hacen a partir de una madre y un bebé suficientemente dispuestos para el encuentro, es el espacio de juego creativo que se crea y recrea cuando el niño recorre con sus manecitas el seno materno para conocerse y quererse desde la geografía compartida, con la mirada que sostiene, la voz dulce que acaricia poniendo ritmo y cadencia a sus primeros movimientos, la leche tibia que sacia.

El bebé inscribe en su memoria, esta forma de vinculación y comienza a devolver lo que recibe a través de sus sonrisas, caricias y gorjeo de placer por el pecho al que de esta manera aprende a amar, dando confianza sentido y direccionalidad al existir.

El amamantamiento es un contacto muy íntimo, que acerca mucho, que permite una mirada de ojo a ojo justo a la distancia óptima, llena al bebé de olores, lo rodea del brazo materno. La teta le da al bebé placer de todo tipo. Para el bebé es mejor el pezón que la goma, la teta tiene otro calor, otro olor, produce un estímulo en toda la cara, el cuerpo, los cachetes.

Pero puede no ser posible y entonces no hay que pensar que el bebé se pierde su desarrollo fundamental, que la pérdida es irreparable. Lo principal es el acercamiento, el placer compartido, el encuentro, los juegos, las miradas, los contactos, las caricias y eso se hace con mamadera también. Si se alimenta al bebé con mamadera debemos acompañar a la mamá para que al hacerlo pueda estar en estrecho contacto con su hijo.

⁴³ Idid p. 4-5

Como ya hemos afirmado, la comida de un bebé no es únicamente el momento en el que absorbe un alimento material. Si el bebé se encuentra “bien sostenido” en una relación próxima con su mamá, confiado, relajado va a encontrarse igualmente alimentado en todo su ser afectivo y psíquico. Se encuentra con sus primera percepciones de la vida y si sus primeros descubrimientos están ahí, tiene grandes posibilidades de ser más tranquilo, más sosegado y de guardar en lo profundo de sí una especie de confianza en la vida, de idea positiva de su cuerpo de sí mismo y del entorno.

Durante los primeros meses de vida será importante que lo alimente una única persona -principalmente su mamá-.

En caso de que se necesite solicitar ayuda a otra persona -ya sea porque la mamá no puede compartir ese momento con su bebé por trabajo u otros motivos; o porque está tensa o ansiosa-, es importante que esta/s persona/s se refieran a la mamá “tu mamá me pide que te dé de comer porque piensa que así vas a estar mejor”. O sea: su madre es la fuente de su bienestar aunque este le llegue a través de otra persona.

Como afirma Chantal de Truchis⁴⁴ los niños muy pequeños necesitan continuidad, elementos semejantes para poder hacerse una composición de lugar. La comida es la recuperación de sus recursos repetida una y otra vez. Lo importante es la experiencia de seguridad y de bienestar, que la comida sea ofrecida en un clima de calma.

Cuanta mayor seguridad bienestar y regularidad experimente un lactante, mayores posibilidades tendrá de mantenerse tranquilo, abierto al mundo, a la vida y por lo tanto de tener buen apetito.

El Padre como sostén y soporte

El padre vive la acción de amamantar de un modo externo a su cuerpo. Esto ha de determinar, desde esta mirada, un espacio distinto y necesario al de la madre en la construcción de la paternidad. Mientras que la madre biológica aporta el útero y sus mamas a la crianza, el padre, desde estas consideraciones, juega su paternidad al servicio de ser soporte externo mental y corporal. Explica De

⁴⁴ Chantal de Truchis. “El despertar al mundo de tu bebé”. Barcelona, Oniro S.A, 2003, p.53-54

Gaetano⁴⁵ que en él la fuerza de su abrazo, será el continente activo, motor vivo de la construcción familiar, investido de la virilidad penetrante para apuntalar y resolver las necesidades que la díada no pueda tramitar.

Si bien el padre no puede “dar de mamar”, ésto no significa que no ocupe ningún lugar en esta relación. A veces frente a la ausencia/presencia o como acción supletoria, el abrazo paterno complementa el amamantamiento.

Afirma De Gaetano⁴⁶ que la función que le cabe al Abrazo Paterno es la contención de la triada, discriminación, y corte (de 0 a 2 años).

La autora considera en el abrazo paterno las variables: mirada, sostén, caricia, voz y percepción olfatoria. Afirma que los bebés miran a sus padres con ojos más abiertos, ciclos interactivos más amplios y entrecortados. El sostén tiene la función de contención-discriminación a través de movimientos más enérgicos. En las caricias se dan intercambios más táctiles y menos visuales. En general el papá es más rudo al jugar ya al “hacer cosquillas”. Los padres usan un tono de voz más elevados que las madres. La percepción olfativa está presente desde el inicio de la interacción, es un estímulo que es necesario valorar para que la presencia del padre pueda estar en ausencias prolongadas de la mamá (la ropa del papá, su perfume).

Explica Hoffman⁴⁷ que el juego más violento y rudo del padre enseña autoregulación, el bebé aprende a darles dimensión a sus emociones y sus estados. Parece que también contribuye a que el bebé aprenda a “leer” mejor las señales emocionales, por ejemplo la mirada de afecto que acompaña al vozarrón y el grito de papá cuando hace volar al aire el bebé, produce en él una mezcla de horror y tranquilidad que va transformándose solo en tranquilidad, a medida que progresa en el aprendizaje de lectura de las señales de cuidado y afecto que acompañan el gesto violento. Y en esto no da lo mismo el tío que el papá. La señal de papá es la que da mayor tranquilidad y no es intercambiable por cualquier otra figura masculina.

⁴⁵ De Gaetano op.cit. p 8-9

⁴⁶ Idid p. 8

⁴⁷ Hoffmann, J. M. “Los árboles no crecen tirando de las hojas”. Buenos Aires, Editorial Del Nuevo Extremo. 2003, p. 54

El papá disponible da una seguridad que se suma a la de la mamá. Cuando mamá está ocupada y no puede atender al bebé, aparece el olor y el ruido a papá que da una tranquilidad parecida a la que da mamá.

Cuando el papá está presente su lugar es central ya que actúa directamente sobre su hijo, y actúa sobre la madre contribuyendo a un clima doméstico de conyugalidad que incide directamente en la crianza.

El Destete y la incorporación de alimentos

El destete es un proceso que involucra diferentes factores, entre ellos lo emocional, nutricional y socio-cultural. Este proceso comienza alrededor de los 6 meses, cuando se incorpora a la dieta del bebé otros alimentos, además de la leche materna, y finaliza cuando el bebé no toma más el pecho.

Es una etapa de aprendizaje. Implica una comunicación diferente con el bebé, que puede ser tan linda y particular como lo era a través de la teta.

El amamantamiento ayuda a crear un vínculo muy intenso entre la mamá y el bebé, motivo por el cual no debe cortarse brusca y repentinamente. El destete es un proceso, que implica una "negociación" y un acuerdo entre ambos, para que el niño cambie progresivamente su forma de alimentarse.

Quizás para las mamás no siempre es fácil descubrir "el tiempo adecuado", considerar los tiempos del lactante y distinguirlos de sus propias necesidades. Si la mamá quiere destetar a su bebé pero ve que él no está listo para aceptarlo, podrá encontrar una manera de hacerlo –a veces con apoyo externo- que no sea traumática para ninguno de los dos, cerrando así esta etapa felizmente.

Es importante tranquilizar a la mamá ya que, por más que se haga de manera paulatina, no deja de ser una situación de crisis para ambos. Pero vale recordar que un cierto grado de frustración y dolor siempre acompañan al proceso de crecimiento.

El inicio del destete comienza con la introducción de los semisólidos, alrededor de los 6 meses, cuando el bebé alcanza la madurez neuromotora para sentarse sin apoyo, usar sus manos para explorar los alimentos y llevárselos a la boca. Esto también se acompaña de un desarrollo socioafectivo y emocional que muestra al bebé capaz de integrar situaciones de interacción social. Aún así, la leche de la mamá sigue siendo el alimento fundamental y de preferencia.

Las mamadas más importantes como las de antes de ir a dormir, son las últimas en quitarse, y en ellas es ideal contar con la cooperación del papá, si estuviera, para ayudar a dormir al bebé, narrándole un cuento o con una canción. Otra alternativa es buscar un objeto que sirva de transición entre el pecho de la mamá y el mundo externo (objeto transicional).

Frecuentemente, suele ser un juguete, una frazadita o una almohada. El bebé entiende claramente lo que su mamá le dice; por eso será más fácil si se le cuenta lo que va sucediendo paso a paso. Como en cualquier aprendizaje, se necesita paciencia y convicción al hacerlo.

Explica Chantal de Truchis⁴⁸ que cuando se introduzcan las comidas será importante respetar las iniciativas que tenga el bebé. Sus iniciativas son un lenguaje que se puede comprender. Será importante mostrarle la mamadera o la cuchara antes de dársela, esperar que abra la boca antes de introducirlos. No impedirles que toquen la mamadera o la comida.

Será muy importante preparar el momento para la comida y transmitir a los papás la importancia de explicar al bebé lo que va a suceder, de colocarlos cómodamente para esta tarea.

Cuando se comienza a dar comida con cucharita pueden observarse – siguiendo a Hoffman⁴⁹ – cuatro comportamientos claros del bebé: la exploración, la comunicación (con gestos, acercamientos, miradas) la experimentación y el juego. Y las mamás pueden tener dos comportamientos básicos: aceptan o rechazan estas actividades del bebé.

El aceptarlas puede ir del simple tolerar al facilitar y participar. Por ejemplo la mamá le deja al bebé jugar con la cuchara, le deja meter el dedo en el plato, lo espera a que abra la boca mientras el bebé explora la comida. Cuando la mamá lo deja participar al bebé, el bebé come además de hacer lo que hace.

El rechazo puede ir de una simple restricción del acceso del bebé a la comida y los utensilios hasta el enfrentamiento directo. Por ejemplo la mamá aleja la cuchara cuando el bebé quiere agarrarla, saca el plato cuando quiere tocar la comida, lo apura a abrir la boca. En este caso es posible que el bebé coma menos.

⁴⁸ Chantal de Truchis. op.cit. p.53-54

⁴⁹ Hoffman op.cit. p. 145-147

Si las mamás se oponen a las actividades del bebé, las señales de rechazo del bebé a la comida son mayores.

Será necesario señalar a los padres la necesidad de acompañar a sus hijos permitiendo que realicen lo que van pudiendo hacer sin apurarlos. Intentar calmar sus ansiedades, los niños se van deshabituando de a poco de lo que a muchas mamás les preocupa: que se ensucien, que metan la mano en la comida. Algunos papás son muy exigentes y presionan a sus hijos. Habrá que invitarlos a pensar qué los apura.

Mitos en torno a la lactancia

Quisiéramos incorporar en este capítulo algunos mitos en torno a la lactancia que forman parte de la información que circula entre madres y que se transmiten de generación en generación sobre este tema y que los profesionales de la salud deberán considerar y tener en cuenta.

Resaltaremos aquellos mitos que mayormente circulan entre los sectores populares.

Algunas de estos mitos han sido trabajados en los talleres de preparación integral para embarazadas y en consulta pediátrica. Es importante –con respeto– desmistificar estas creencias populares, principalmente porque la mayoría de ellas “culpabiliza” a la mamá de las dificultades que puedan ocasionarse en la lactancia.

Hay un mito que sostiene que **cuando la madre tiene un enojo o un susto importante se le corta la leche y no puede seguir dando de mamar a su bebé**. Será importante explicar que aunque la mamá esté enojada o asustada la leche de la mamá le sigue haciendo bien al bebé. Cuando la mamá ha sufrido un susto, solo bastará que la mamá se tranquilice, tome a su bebé en brazos y le de de mamar nuevamente.

Existe otro mito que dice que **a la madre se le corta la leche si después del parto se baña con agua fría**. En realidad, si la mamá está acostumbrada a bañarse con agua fría, puede seguir haciéndolo. Ella va a estar bien y su leche también. Si la mamá prefiere bañarse con agua tibia, que así lo haga.

Se afirma también que **la mamá debe dejar de dar de mamar si se resfría ya que puede resfriar al bebé**. La leche materna nunca se resfría. La mamá es la que puede resfriarse o engriparse y por ello debe cuidarse y si fuera necesario ver a un médico, pero puede seguir amamantando a su bebé

Otro mito afirma que **el bebé se queda con hambre** y que por eso “pide a cada rato” Los bebés no saben la hora ni tienen horarios rígidos para alimentarse. La leche materna se digiere rápidamente pues está hecha especialmente para ellos. Una vez que el estómago está vacío, el bebé puede pedir en cualquier momento. Sobre todo en los primeros dos meses de vida, es común que quieran mamar cada hora y media o dos horas; esto es absolutamente normal y representa entre 12 y 16 mamadas por día. Por lo tanto, cada vez que el bebé lo solicita habrá que darle el pecho. No querrá decir que "se quedó con hambre" la vez anterior, sino que volvió a tener hambre, lo cual es lógico.

El hambre es la causa más frecuente de los llantos del bebé. Los niños no lloran sólo porque tienen hambre. Debemos tener en cuenta que durante el primer trimestre, los bebés necesitan adaptarse al nuevo medio. Lloran porque tienen sueño, por la presencia de cólicos intestinales, por que el llanto es su modo de comunicación y muchas veces porque necesitan simplemente mimos, contacto corporal. La madre con el tiempo compartido y paciencia va a aprender a distinguir cuando el bebé tiene hambre, cuando siente dolor, cuando tiene frío, calor o sueño, porque todas estas también son causa de llanto en los niños. Este aprendizaje no es sencillo. No se debe usar el pecho como chupete.

Otro mito afirma que los pechos pequeños no producen suficiente cantidad de leche. Esto es falso ya que éstos son tan productivos como los de mayor tamaño. Los pechos de una madre bien alimentada producen leche en cantidad y calidad suficiente cualquiera sea su tamaño, ya que la cantidad de leche no depende de esa característica sino de la cantidad de veces que el niño se amamanta. Si el amamantamiento es frecuente, aumenta la cantidad de leche producida. A mayor succión, mayor producción: de este modo la producción es acorde a la necesidad del niño.

Se afirma también que **los pechos quedan vacíos** después de una mamada. Si el bebé ha tomado el pecho hace poco tiempo (por ejemplo una hora), y vuelve a pedir, es de suponer que los pechos estarán "vacíos", es decir sin leche acumulada en los conductos. No obstante, cuando la mamá lo coloque al pecho nuevamente, volverá a producir leche sin ninguna dificultad.

Se escucha también hablar que hay madres que tienen **leche aguada**. Algunas mamás notan que al principio de cada mamada su leche es "aguada"; es así porque tiene más agua y sirve para quitarle la sed al bebé. Después, cuando el bebé ha mamado por 10 a 15 minutos, la leche se vuelve más espesa.

IV) Alteraciones en el proceso de alimentación

Según lo desarrollado, podemos afirmar que las dificultades en la alimentación que se presentan en niños de hasta tres años tienen que ver fundamentalmente con trastornos vinculares.

Para el campo pediátrico, las dificultades en la alimentación de lactantes y niños ha sido siempre motivo de preocupación. Se ha atribuido mucho valor al peso del niño, casi como una forma de medir el cuidado materno.

Hoffmann y Maldonado Duran⁵⁰ realizan un interesante aporte al diferenciar las *alteraciones en el proceso de alimentación* de los *trastornos de la alimentación*.

Las primeras corresponden a inconvenientes observados por la madre o por el padre en la crianza y durante el momento de la comida. Estos fenómenos son funcionales y veinte veces más frecuentes que los cuadros clínicos identificados como trastornos de la alimentación.

Estas alteraciones son situaciones de desencuentro cotidiano entre la madre y el niño a la hora de la comida. Tienen potencial solución, y de hecho sólo un mínimo porcentaje de ellas se transforma en trastorno.

Es en especial en estos casos cuando el trabajo de prevención es altamente necesario. El equipo de salud debe intervenir a partir de la observación de las

⁵⁰ Hoffmann, J y Maldonado Duran, J. "Más allá de la nutrición: trastornos de la alimentación desde la primera infancia a la adolescencia" en Lartigue Becerra Teresa, Maldonado Durán, Martín y Avila Rosas, Héctor Coordinadores. "La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo" Méjico, Asociación Psicoanalítica Mejjcana. Plaza y Valdés Editores, 1998

interacciones en las situaciones de alimentación que ocurren en la consulta pediátrica y de los relatos de los padres.

Las alteraciones en el proceso de la alimentación son señales, mensajes, a los cuales hay que prestarles atención para lograr intervenciones oportunas que apunten a la promoción de la salud. Es por esto esencial que exista un tiempo para la escucha y la observación durante el control de niño sano. Especialmente cuando se trata de lactantes y de niños de hasta tres años, la salud mental y la pediatría son campos íntimamente conectados que transitan un camino muy similar.

Trastornos de la alimentación

Se presentan cuando el lactante o niño presenta signos críticos o de desnutrición diagnosticados por enfermeras y/o personal especializado del equipo de salud. Estos cuadros clínicos son el resultado de factores biológicos, pero también con frecuencia son el resultado final de un proceso que se ha ido transformando de simple alteración en un trastorno de la alimentación.

Hoffmann y Maldonado Duran afirman: “Ambiente y lactante no han podido negociar un acuerdo, no se han encontrado a mitad de camino dentro del espacio psicosocial en el cual se desarrollan los proyectos humanos, tanto de la madre-ambiente como del lactante, individuo emergente dentro de un medio preexistente que debe hacerle un lugar”⁵¹.

En estos casos, es necesaria la intervención en el vínculo madre-hijo para lograr la restitución de sistemas familiares que posibiliten el desarrollo y el crecimiento del niño. El equipo de salud debe apuntar a la comprensión de la problemática, nunca a la culpabilización. La comprensión orientará las intervenciones que se realicen que intentarán sostener, tranquilizar, disminuir las ansiedades y orientar a los padres. Es necesario valorar y respetar la perspectiva de los padres, clarificando sus dudas, para lograr enriquecerla desde el equipo de salud.

Sobrepeso - obesidad infantil

El sobrepeso suele presentarse como una alteración en el proceso de alimentación en niños que responden aumentando su ingesta frente a momentos de

⁵¹ Idid. p. 80.

tensión, ansiedad y/o angustia vivenciada en el entorno. Esta ansiedad no ha podido ser procesada por la madre y llega al niño que, al no contar con los recursos simbólicos suficientes para elaborarla, responde intentando eliminar su ansiedad por medio de una ingesta compulsiva.

Si esta situación persiste en el tiempo, la alteración puede transformarse en un trastorno de alimentación y constituirse en un cuadro clínico: la obesidad infantil.

La obesidad constituye un problema de salud pública y es uno de los padecimientos epidémicos de los países desarrollados. En los países en desarrollo la población más afectada es la de clase media.

Es común que se piense que el sobrepeso será transitorio y tan solo una expresión del crecimiento y desarrollo del individuo, ya que popularmente se considera a la "gordura" en los niños como sinónimo de salud. Estas creencias no son acertadas y, desafortunadamente, son aceptadas por muchas personas, incluso por algunos médicos, que no le dan la debida importancia cuando la detectan.

Algunos autores plantean que la edad de aparición en 50% de los casos es antes de los dos años. Por lo que para evitar la obesidad es conveniente que desde los primeros meses de la vida los niños adquieran un buen hábito alimentario. Desde esta temprana edad se identifican los sabores y las texturas, se marcan los gustos y las preferencias por los alimentos.

¿Qué se entiende por obesidad? La palabra obesidad deriva del latín *obesus* que quiere decir "Persona que tiene gordura en demasía". Se caracteriza por la acumulación y almacenamiento excesivo de grasa en el cuerpo. Se manifiesta por un incremento de peso mayor al 20 por ciento del peso ideal esperado por la edad, la talla y el sexo.

La posibilidad del bebé para discriminar entre el hambre y otras necesidades o afectos se desarrolla en las tempranas experiencias con su madre. Cuando la madre alimenta al niño en respuesta a cualquier demanda de este, como necesidad de cercanía, enojo o miedo, él no podrá aprender a diferenciar entre el hambre y otras diversas sensaciones. Esto provocará una sobrealimentación y la confusión ante las demandas afectivas del niño, que no le permitirán tener una claridad de sus necesidades. Esto generará la necesidad de comer frente a las incomodidades y diferentes afectos que sienta el niño.

Mediante la lactancia materna el niño toma lo que necesita, mientras que con la mamadera se puede llegar a sobrealimentarlo, lo que puede ser el inicio de un mal hábito. La adecuada introducción de alimentos diferentes de la leche materna entre los cuatro y seis meses de edad favorece la adecuada alimentación del niño.

Es importante iniciar con un solo alimentos, ofrecerlo por dos o tres días seguidos para conocer la tolerancia, no mezclar alimentos, no forzar su aceptación, promover el consumo de alimentos naturales, prepararlos sin la adición de condimentos y especias, y ofrecer alimentos en textura adecuada para la edad: primero papillas, seguidas de picados y trozos. Hay que recordar que la alimentación en un hábito por lo que es bueno que el niño se adapte al horario y al menú familiar, lo que favorece la socialización y el aprendizaje.

La obesidad surge como una defensa, como un intento de autocalmar la ansiedad, angustia y la sensación de vacío. Muchas veces comienza con el uso compulsivo del chupete y continúa con la ingesta de comida también compulsiva.

Eva Rotenberg afirma: “el niño come compulsivamente tratando de llenarse la panza, de llenar interiormente un vacío que no se llena nunca, por lo menos con comida, porque es *un vacío de otra cosa*”⁵².

Este trastorno presentado en niños pequeños no puede pensarse por fuera del vínculo, y en este sentido involucra a los padres, pero esto no significa que haya un “culpable”, sino que la intervención del equipo de salud no puede dejar por fuera a los padres. La generación de sentimiento de culpa en los padres a partir de intervenciones culpabilizantes sólo agrava el problema.

Rechazo a la comida - desnutrición y anorexia de la primera infancia.

El rechazo a la comida por parte del lactante o niño pequeño es la alteración del proceso de la alimentación que se presenta con más frecuencia. Puede aparecer bajo la forma de: escupir la comida, cerrar la boca cuando se acerca la cuchara, girar la cabeza, tirarse para atrás, etc.

⁵² Rotenberg, E. “Hijos difíciles – Padres desorientados, Padres difíciles –Hijos desorientados”. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2007. p. 224.

Frente a estas conductas del niño es esencial observar la respuesta de la madre, que puede facilitar la resolución del mismo, o agravar estos normales desencuentros a la hora de la comida favoreciendo la aparición de un trastorno de la alimentación, que puede aparecer bajo la forma de desnutrición o de anorexia de la primera infancia.

Muchos autores enfatizan respecto al cuadro clínico de desnutrición lo que sucede en la relación entre la madre y el niño pequeño, es decir los factores de vinculación.

Varios estudios han probado la importancia del comportamiento materno en las formas más graves de desnutrición. Esta falla en el “maternaje”, es decir, en las acciones de la madre tendientes al cumplimiento de sus funciones maternas, no tiene que ver con los parámetros de desvalimiento social y pobreza, aunque la desnutrición difícilmente se encuentra entre los no pobres. Se identifica a la madre del desnutrido como pasiva, poco estimulante e incapaz de descifrar las señales de su hijo.

La anorexia de la primera infancia se presenta de diversa intensidad, siguiendo a Rotenberg, es posible diferenciar la anorexia del segundo semestre, de la anorexia precoz leve, que puede convertirse en severa.

La anorexia del segundo semestre generalmente es una respuesta al cambio de alimentación, a la introducción de la comida, con todo lo que ello implica en cuanto a la separación de la mamá y al modo en que se le da el alimento. La alimentación puede ser dada por otras personas además de la mamá, esto implica un cambio muy grande para un bebé que ha sido alimentado exclusivamente por medio de la lactancia materna.

Aquí la anorexia es el modo de expresión que encuentra el bebé para mostrar lo que le pasa en relación a estos cambios. Si los padres pueden tranquilizarse y por lo tanto comprender y tranquilizar al bebé, él podrá aceptar y regularizar la alimentación. En caso contrario, comenzará a hacerse un síntoma crónico y por lo tanto más grave.

En madres inseguras, el rechazo del alimento por parte del bebé es sentido como un rechazo a ella misma, lo cual genera un alto monto de angustia que puede derivar en depresión, enojo y/o rechazo al hijo. Todas estas respuestas contribuyen a agravar el cuadro y a cronificarlo.

En estos casos, se enfatiza la necesidad de la intervención temprana del equipo de salud, intervención que apunte a tranquilizar y sostener a los padres, disminuir sus ansiedades a la hora de la alimentación, y orientar la comprensión del problema para facilitar su resolución.

Vómitos

Los vómitos del lactante expresan un desencuentro entre la mamá y el bebé. Es frecuente que se necesite una acomodación entre ambos que se conozcan y reconozcan, que adapten sus ritmos.

Así, el vómito del recién nacido es un síntoma que puede banalizarse o tomarse en cuenta como una manifestación de un desencuentro, que no necesariamente será grave. Si se lo tienen en cuenta, el equipo de salud podrá ayudar a los padres a que reflexionen acerca de lo que le está pasando al hijo y puedan modificar algo en su relación con él.

Hoffmann muestra que cuando la alteración se transforma en trastorno aparece el *vómito nervioso*, que se acompaña de dificultades en la vinculación madre-hijo.

Afirma: “En éste intervendría la ansiedad materna que altera al lactante, quien se expresa vomitando, lo cual causa mayor preocupación y ansiedad de los progenitores; con ello, se cierra un ciclo vicioso”⁵³.

René Spitz⁵⁴ vincula los vómitos del recién nacido con comportamientos y actitudes maternos específicos, que engloba con el nombre de repulsa primaria activa. Se trata de un rechazo de la madre a la maternidad, es decir al embarazo y al hecho de tener un niño, no hacia el niño en cuanto individuo. Es un comportamiento que sólo se encontrará en las primeras semanas de vida del niño, ya que más tarde, la individualidad y particularidad del niño se hace sentir cada vez más, y facilitando que la madre se vincule a su hijo particular y único.

En la intervención del equipo de salud es importante tranquilizar a los padres, reconociendo su sufrimiento, ansiedad y malestar, para que puedan ellos tranquilizar al niño, y aceptar su condición de individuo particular que se manifieste

⁵³ Hoffmann, J y Maldonado Duran op.cit. p. 73.

⁵⁴ Spitz, R. “El primer año de vida del niño. Génesis de las primeras relaciones objetales”, Madrid Aguilar Ediciones, 1966.

Cólico del lactante

El cólico de los tres meses es un trastorno muy conocido y frecuente en los medios pediátricos. El cuadro clínico es el siguiente: pasada la tercera semana de vida, y hasta el fin del tercer mes, el niño empieza a llorar a gritos por la tarde. Puede tranquilizársele de momentos dándole de comer. Los dolores del niño duran varias horas, se calman y vuelven a empezar el día siguiente. Luego de tres meses, este trastorno tiende a desaparecer de forma tan inexplicable como apareció.

René Spitz atribuye los cólicos del primer trimestre a relaciones madre-hijo no satisfactorias, que llevarán a influencias psicológicas nocivas en el niño. En el caso de los cólicos, se trata de relaciones madre-hijo impropias, en las que la desviación de la relación es cualitativa. El cuadro parece ser consecuencia de comportamientos y actitudes maternos específicos.

Es llamativa la observación de que el cólico del primer trimestre no aparece en absoluto en los niños acogidos en instituciones, es decir en niños sin atención materna. El régimen de la institución rigurosamente regulado al minuto y la falta absoluta de solicitud materna explican la ausencia del trastorno.

Spitz identifica dos factores en la etiología del trastorno: la solicitud materna exagerada, malinterpretando y exagerando el régimen de la “libre demanda”, y una hipertonía de los niños desde el nacimiento. Es decir que si ciertos niños que nacen con hipertonía congénita, son criados por madres que muestran exagerada solicitud ansiosa, pueden padecer del cólico del primer trimestre de vida.

En las primeras semanas de vida del niño, toda elevación de tensión encontrará su descarga en la actividad oral.

Se desarrolla así un círculo vicioso: “el niño hipertónico descarga, chillando o agitándose, la tensión que no había descargado durante la mamada normal. La madre, en su solicitud, exagera la libre demanda y alimenta inmediatamente al niño. En esta mamada se descarga cierta cantidad de tensión, y el niño se calma durante un breve período. El alimento recibido sobrecarga el aparato digestivo y renueva el estado de desagrado, al cual el niño reaccionará con nuevos gritos y cólicos. La madre no concibe los gritos del niño sino en el marco de la libre demanda, y empezará de nuevo a darle alimento, continuando de esta manera el círculo vicioso”⁵⁵.

⁵⁵ Idid.p. 92.

Es por esto que el chupete tranquiliza al niño que padece cólico, ya que le proporciona un medio de descarga oral a la tensión que siente, sin introducir inoportunamente el elemento de la alimentación. El acto de mecer al niño también le posibilita descargar tensión.

Luego del tercer mes, el bebé cuenta con una más variada gama de actividad mental, afectiva y física, por lo que la zona oral ya no es la única que proporciona la descarga de tensión. Esto produce que el círculo vicioso se interrumpa.

La intervención del equipo de salud debe apuntar a tranquilizar a la madre, disminuir su ansiedad, y enfatizar la necesidad de ordenar las mamadas, al comprender que el bebé puede estar manifestando con su llanto diversas necesidades, y no sólo hambre.

Bibliografía Consultada

- Cattaneo Alicia, “Alimentación, Salud y Pobreza ” Cátedra libre de ciudadanía alimentaria. Universidad Nacional de La Plata. www.unlp.edu.ar/ciudadaniaalimentaria
- Chantal de Truchis. “El despertar al mundo de tu bebé”. Barcelona, Oniro S.A, 2003
- Freud, S. “Proyecto de psicología”. O. C. Amorrortu Editores, Tomo I, Buenos Aires, 2004.
- Hoffmann, J. M. “Los árboles no crecen tirando de las hojas”. Buenos Aires, Editorial Del Nuevo Extremo. 2003.
- Hoffmann, J y Maldonado Duran, J. “Más allá de la nutrición: trastornos de la alimentación desde la primera infancia a la adolescencia”. En Lartigue Becerra Teresa, Maldonado Durán, Martín y Avila Rosas, Héctor Coordinadores. “La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo” Méjico, Asociación Psicoanalítica Mejjcana. Plaza y Valdés Editores, 1998
- Lucero De Gaetano, Susana. “Inducción a la lactancia materna en madres adoptivas. Una propuesta saludable”, Buenos Aires, 33º Congreso Argentino de pediatría. Libro de Resúmenes. Sociedad Argentina de Pediatría, octubre de 2003 en www.sap.org.ar
- Rotenberg, E. “Hijos difíciles – Padres desorientados, Padres difíciles –Hijos desorientados”. Lugar Editorial, Buenos Aires, 2007.
- Spitz, R. “El primer año de vida del niño. Génesis de las primeras relaciones objetales”, Aguilar Ediciones, Madrid, 1966.
- www.alimentacion-sana.com.ar/informaciones/Obesidad/infantil.htm

CAPÍTULO 6

LA MATERNIDAD Y PATERNIDAD EN LA ADOLESCENCIA

Lic. Valeria Chiavetta

La maternidad y paternidad en la adolescencia

Introducción

El embarazo adolescente aparece como un problema desde distintos enfoques y para distintos sectores sociales. Nos parece importante complejizar y problematizar ¿cuál es el problema? y ¿para quién es un problema?

Si bien consideramos que la maternidad y la paternidad *son funciones de la edad adulta*, creemos que se afirma rápida y naturalmente que el embarazo adolescente es un problema, sin analizar en profundidad dónde radica ese problema.

Iniciamos el capítulo aportando datos estadísticos sobre el embarazo adolescente en la provincia de Mendoza. Posteriormente realizamos algunas reflexiones sobre la adolescencia y particularmente sobre ésta en contextos de pobreza.

A continuación complejizamos “el problema” del embarazo adolescente analizando las relaciones que existen entre el embarazo adolescente y la reproducción de la pobreza, los riesgos biológicos y el abandono escolar.

Posteriormente desarrollamos el tema del vínculo temprano que se establece entre los padres adolescentes y sus hijos detectando factores de riesgo y factores protectores. También enunciamos los derechos y responsabilidades que tienen los padres adolescentes en relación a sus hijos.

Concluimos el capítulo aportando algunas reflexiones para los equipos de salud que trabajen con esta población.

Cifras del embarazo adolescente en Mendoza

Según el Departamento de Bioestadística Provincial⁵⁶, unas cinco mil de hasta 19 años quedan embarazadas en Mendoza cada año. De los 96.748 partos ocurridos en el período 2005-2007, 15,3% (equivalentes a 14.749) correspondieron a adolescentes menores de 20 años: 323 aún no habían cumplido los 15 años al momento de tener su hijo, mientras que 14.426 tenía entre 15 y 19 años.

⁵⁶ Diario Los Andes. 23 de noviembre de 2008.

En el hospital Lagomaggiore, la maternidad más importante de la provincia, durante 2007, el porcentaje de embarazos adolescentes ocupó 22,23% del total. Esto equivale a decir que de los 6.041 nacimientos asistidos, 1.378 correspondieron a jóvenes menores de veinte años.

Estadísticas Trienio 2005-2007

Año	Total de Nacimientos	Nacimientos correspondientes a adolescentes menores de 15 años	Nacimientos correspondientes a adolescentes de 15 a 19 años
2005	31.525	107	4.558
2006	32.209	103	4.824
2007	33.014	113	5.054

Fuente: Dirección de Maternidad e Infancia. Provincia de Mendoza.

¿La adolescencia incapaz?

Algunas de las primeras afirmaciones que aparecen es que las/os adolescentes “aún no están preparadas/os para ser madre/padre”, que “le falta mucho para ser madre/padre”, “que la adolescente no es todavía capaz de ser una buena madre”. Estas ideas parecen tener bastante coincidencia con aquellas concepciones de la adolescencia que la definen como “lo que falta para ser adulto”.

Se entiende que la adolescencia es una etapa de la vida **en la cual la persona es aún incompleta, incapaz, inmadura.**

Si se comprende que el/la adolescente es incapaz de tomar decisiones respecto de su vida, que es inmaduro e incompetente para asumir responsabilidades, se va a entender también que no puede asumir responsablemente la maternidad/paternidad de ninguna manera, que no tiene posibilidades de ser una buena madre o un buen padre porque está aún incompleto para esta tarea. Las opciones que podrían aparecer frente “al hecho consumado” es que **un adulto decida qué es lo mejor para esta “menor carente”** que queda embarazada: que interrumpa su embarazo, que dé el niño en adopción o que al bebé lo críe la familia de origen. Desde esta concepción asistencial se termina victimizando al adolescente.

Estas concepciones se acercan más a una mirada “¿tradicional?” sobre la niñez y la adolescencia vinculada al paradigma de la situación irregular y se alejan bastante del paradigma de protección de derechos.

El paradigma de la protección integral de derechos propone un cambio en la concepción del niño: de ser inmaduro, incompleto, en proceso de desarrollo, carente y en ocasiones peligroso a ser niño-adolescente reconocido como sujeto de derecho, es decir, titular y portador de ciertos derechos y atributos fundamentales que le son inherentes por su condición humana y, especialmente por su condición de niño/a –adolescente

La CIDN (Convención Internacional de los Derechos del Niño) no define a los niños/as y adolescentes por sus necesidades o carencias, por lo que les falta para ser adultos o lo que impide su desarrollo. Por el contrario, al niño se lo considera y define según sus atributos y sus derechos ante el Estado, la familia y la sociedad.

Al decir de Cillero Bruñol⁵⁷ ser niño no es “ser menos adulto”. La infancia y la adolescencia son formas de ser persona y tienen igual valor que cualquier otra etapa de la vida. La infancia es concebida como una época de desarrollo efectivo y progresivo de la autonomía personal, social y jurídica

“De la consideración del niño como sujeto de derechos y del principio de la autonomía progresiva se desprende que el niño es también portador de una creciente responsabilidad por sus actos según su edad y la evolución de sus facultades”⁵⁸.

Entonces, la adolescencia más que un periodo de transición hacia la adultez debe ser revalorizada como un momento crucial en la construcción del proyecto de vida y en la apropiación de la ciudadanía social. El adolescente debe ser considerado como ser humano completo (no en proceso de formación), y por lo tanto visto desde b que es, lo que sabe, lo que tiene, de lo que es capaz, ya no más un ser carente e inmaduro; sino una persona humana poseedora de un conjunto de recursos y potencialidades.

Tanto la niñez, como la adolescencia, la adultez y la vejez, son etapas del desarrollo. La antigua concepción planteaba la adultez como una etapa de plenitud

⁵⁷ Cillero Bruñol, Miguel. “Infancia Autonomía y Derechos. Una cuestión de principios” en Infancia. Montevideo, Boletín del Instituto Interamericano del Niño, Nº 234, , 1997 p. 1

⁵⁸ Ibíd p. 1

y desarrollo acabado, mientras que las nuevas miradas plantean el desarrollo basado en los cambios de conducta, por lo tanto hay desarrollo a lo largo de toda la vida, es decir que el adolescente es un sujeto en desarrollo, lo que no es lo mismo que no acabado.

Esta perspectiva nos permitirían pensar que la adolescente que queda embarazada no es “incapaz”; sino que es una persona “completa”, que tiene *derecho a expresar sus opiniones* respecto a lo que desea de su vida, que *tiene capacidad* para comprender lo que le está pasando, y que *puede responsabilizarse* de sus actos.

Es decir, se podría pensar que el/la adolescente puede –y debe- decidir respecto al futuro de ella y su bebé; se podría pensar también, que esta adolescente -con acompañamiento- puede asumir su rol materno y puede hacerse responsable de la crianza de su hijo. Puede también desear interrumpir el embarazo o dar el bebé en adopción. La edad debe tomarse en cuenta pero como una variable de segundo orden, es decir que no sería correcto afirmar que una mujer, por ser adolescente no puede responsabilizarse y tampoco la afirmación de que por ser adulta sí lo haría.

Ahora bien, dos aclaraciones, a los adolescentes como sujeto de derecho, se le puede pedir responsabilidad solo en la medida en la que se hayan proporcionado todas las condiciones necesarias para el ejercicio de sus derechos y obligaciones (y aquí valdría la pena preguntarnos cuáles fueron las oportunidades que tuvo esa/e adolescente para ejercer sus derechos previamente al embarazo...)

Y por otra parte, que tenga derecho a expresar su opinión, que sea un sujeto con cierta autonomía y que sea responsable de sus actos, no implica que “pueda todo sola”, necesita una red de protección que le permita hacerse responsable. (¿podríamos llamar a esta red políticas públicas?)

El embarazo adolescente saca a la luz temas poco discutidos y reflexionados socialmente respecto a la idea misma de adolescencia y juventud. Cada vez son mayores las distancias y los puentes rotos que van surgiendo entre el mundo juvenil y el mundo adulto, cuestión que aflora en las familias, en las escuelas, en las comunidades, en las organizaciones de diverso tipo y en los propios grupos de jóvenes. Cada vez se expresa más la incapacidad de instituciones públicas y privadas para responder a las necesidades de los jóvenes.

No podemos desconocer el declive de aquellas instituciones que fueron garantes de cierta integración social. Se podría afirmar que los lugares por donde “naturalmente” debe transitar la vida los adolescentes (familia, escuela, comunidad) se encuentran en deterioro en su función de guía y protección.

No solo son adolescentes, además ... son pobres

Pareciera que un clima de opinión generalizada está instalado: ser adolescente y pertenecer a los sectores más pobres constituyen una conjugación poco aceptable socialmente. Ellos son, para la mayor parte de la sociedad, simplemente "sospechosos". Esta situación -cuya observación apela al sentido común- en la que ser adolescentes pobres es sinónimo de ser "peligroso", conforma un espacio social especialmente poco apto para su desarrollo integral. Configura un especial estigma para esos jóvenes y un clima de hostilidad frente al cual es muy probable que se reaccione con hostilidad.

Cuando la problemática que plantea esta etapa de la vida denominada juventud se cruza con la posición de clase el tema se complejiza.

Distintas clases sociales tendrán distintos tipos de maduración social más o menos aceleradas según las presiones materiales a que estén expuestos. No todos los individuos que tienen “la edad de ser jóvenes” se encuentran socialmente hablando en la misma situación. No todos entran en la formación de las familias en la misma edad, ni tienen la misma presión económica para definirse laboralmente.

La conformación de la identidad de los jóvenes pobres es una sumatoria de:

- las condiciones objetivas de vida,
- el imaginario que construye la sociedad sobre ellos
- y la propia percepción que los jóvenes construyen desde su espacio vital

Los/as adolescentes y jóvenes de las comunidades pobres se encuentran en situación crítica. La mayor parte de ellos se hallan fuera del sistema escolar deambulando en –el mejor de los casos- en trabajos intermitentes y muy mal remunerados. Gran parte de ellos no cuenta con una actividad diaria ni con espacios sociales que los contengan. Sus familias en general, están en crítica situación económica y social. Es así que muchos/as adolescentes y jóvenes no encuentran

oportunidades para el desarrollo de su proyecto de vida, estando permanentemente expuestos a situaciones de riesgo como las adicciones, la delincuencia, etc.

La exclusión del sistema de educación formal, el desempleo, la discriminación, constituyen algunos de los datos duros del contexto en el que viven, y conforman el ambiente de restricciones en el que se desenvuelve la vida cotidiana de los jóvenes de sectores populares.

Por otra parte, si bien el embarazo adolescente –y la interrupción del mismo– ocurre en todas las clases sociales, cuando ocurre en los estratos medios y altos es probable que la adolescente interrumpa la gestación voluntariamente, sin que esto implique un riesgo para la vida de la adolescente, sin que el tema se mediatice ni se transforme en un problema público.

En cambio, en las clases más pobres hay, por un lado, una mayor tolerancia del medio a la maternidad adolescente y por otro lado, si la adolescente decide interrumpir el embarazo, hay un mayor riesgo para su salud, debido a las condiciones insalubres en que se realizan los abortos las adolescentes terminan siendo atendidos en hospitales públicos; el tema se mediatiza, y se convierte en un tema de estado.

El embarazo adolescente y la reproducción de la pobreza

Y aquí aparece otro supuesto problema del embarazo en la adolescencia. **Que éste contribuye a la persistencia y reproducción de la pobreza.**

Se afirma por ejemplo, que el embarazo adolescente tiende a repetirse entre las generaciones; a conducir a uniones inestables; a una jefatura de hogar femenina; a condiciones precarias para el desarrollo de los hijos, al abandono escolar, etcétera, lo cual, se arguye, se traduce en un mecanismo de transmisión de la pobreza.

Esto puede llevarnos a afirmar que si disminuimos el embarazo adolescente erradicamos la pobreza. El embarazo no conduce a la pobreza. Pareciera que la relación podría ser inversa.

Como explica Claudio Stern⁵⁹ más bien habría que considerar las condiciones socioeconómicas y culturales de los grupos mayoritarios de nuestra población como

⁵⁹ Claudio Stern “El embarazo adolescente como problema público”. Méjico. Revista Salud Pública Mexico, Volumen 39, N°2, Cuernavaca, Marzo-Abril 2007, p. 6

una de las causas principales del embarazo adolescente: para algunos grupos sociales los embarazos forman parte de la trayectoria usual que se sigue para formar una familia, para otros, los embarazos en adolescentes son vividos como una salida –así sea falsa en muchas ocasiones– a problemas de violencia familiar y abuso, o como una manera de adquirir valoración social, como lo muestran diversos estudios

El embarazo adolescente y los riesgos para la salud

Otro problema que se asocia al embarazo adolescente, es que parecieran **existen riesgos para la salud de la mamá y el bebé**. Sin embargo muchos autores afirman que no son ni la edad a la que ocurre el embarazo ni los factores biológicos asociados a la misma los que, en sí mismos, se constituyen en riesgos de consideración, sino su interacción con las condiciones de nutrición, de salud y de falta de atención de la madre.

Afirma Ana Coll⁶⁰ que desde diversos trabajos se pudo comprobar que las adolescentes atendidas en programas especiales, con un buen control prenatal desde el comienzo del embarazo, presentaban resultados perinatales iguales o mejores que los de mujeres de más edad. Hay evidencia científica suficiente que demuestra que los beneficios de un adecuado control prenatal ejercido por personal entrenado para el abordaje integral de la adolescente embarazada, su pareja y familiares.

Según Claudio Stern⁶¹ como el embarazo en edades adolescentes tiende a concentrarse precisamente en los grupos de la población que presentan condiciones inadecuadas de nutrición y de salud de la madre y en los que ésta no cuenta con el apoyo y la atención necesarios, la correlación positiva entre la edad a la que ocurre el embarazo y el riesgo de problemas de salud se presenta con gran frecuencia en estudios empíricos. Pero no son ni la edad a la que ocurre el embarazo ni los factores biológicos asociados a la misma los que, en sí mismos, se constituyen en riesgos de consideración, sino su interacción con las condiciones de nutrición, de salud y de falta de atención de la madre.

⁶⁰ Ana Coll "Embarazo en la adolescencia". Buenos Aires, Clínicas Perinatológicas Argentinas, Nº 4, Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER), 1997, p. 145

⁶¹ Claudio Stern op.cit. p. 4

Sin embargo, el problema radica en que la mayoría de las adolescentes embarazadas llega al primer control ya entrada la segunda mitad del embarazo. El descubrir que están embarazadas, el temor a las reacciones que esto generará en muchas de sus familias, el aceptar la idea y pensar en diferentes estrategias para enfrentar la situación, las lleva a preocuparse mucho más por todo esto, sin quedar espacio para ocuparse del control prenatal, cuyos beneficios –en muchas ocasiones- tampoco tienen muy claros.

En síntesis hasta ahora, pareciera que los verdaderos problemas del embarazo adolescente serían: la mayor visibilidad de la población adolescente, las malas condiciones de salud de muchos adolescentes; la persistencia de las condiciones de pobreza y la falta de oportunidades para las mujeres jóvenes.

Por otra parte, pareciera que, lo que el embarazo adolescente expresa a la sociedad y particularmente al mundo adulto, es que *los adolescentes tienen relaciones sexuales*, que en esta etapa de la vida se inician para muchos jóvenes las relaciones sexuales genitales.

Vivimos en una sociedad muy compleja, que envía mensajes confusos a los jóvenes: por un lado, existe una sobrevaloración mediática de lo pornográfico, donde la sexualidad es un producto más que se consume, al mismo tiempo, se envían permanentemente mensajes conservadores –“esto es un pecado”- y la sexualidad sigue siendo un tema tabú. Existen grandes dificultades para dialogar sobre la sexualidad en las familias y en las escuelas (es muy común que hijos adolescentes y padres vean juntos telenovelas y programas como los de Tinelli y que jamás se hayan animado a compartir qué es lo que están mirando ni a dialogar sobre sexualidad)

Particularmente en la sociedad mendocina ha habido grandes dificultades –y también importantes luchas- para poner en marcha programas de salud sexual y reproductiva y para avanzar en proyectos de educación sexual en las escuelas primarias y medias. Cuesta mucho aceptar y considerar que la sexualidad es un tema central en la conformación de la identidad, en general es muy complejo que se incorpore con naturalidad estos temas en Centros de Salud y Escuelas.

Parece que cuando ocurre un embarazo las instituciones *se dan cuenta* que los adolescentes “tienen sexo”, entonces aparece –al mismo tiempo- la crítica, la discriminación, el juzgamiento junto a una sobrevaloración de la maternidad y “de la

vida que viene”. El mensaje que se envía es: “no vamos a hablar de esto, porque si no hablamos hacemos de cuenta de que no existe; cuando los hechos hablan por sí mismos (embarazo) juzgamos: “si sos adolescente y tenés relaciones sexuales “sos una puta”. Si te quedaste embarazada y querés abortar “sos una asesina” y si decidiste tenerlo “seguro no serás una buena madre”. Entonces ¿dónde está el problema?

El embarazo adolescente y el abandono escolar

Se afirma que el embarazo en la adolescencia tiene como una de sus consecuencias el abandono escolar. No obstante, algunos estudios demuestran que la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas ya habían abandonado la escuela previamente al embarazo⁶².

Sin embargo existe un número creciente de adolescentes que se embarazan y siguen concurriendo a la escuela. Éstas jóvenes que años atrás hubieran sido invitadas a abandonar la escuela o a concurrir a un horario nocturno, hoy día son aceptadas y pueden continuar con su escolaridad.

Como explica Ana Coll⁶³, a pesar de que la escuela pueda presentar alternativas para que las jóvenes continúen sus estudios y no queden excluidas (por ejemplo la hora de lactancia), la realidad demuestra que la posibilidad de continuar los estudios está condicionada por factores socioeconómicos y personales. Si la adolescente tiene además de la responsabilidad de la crianza del niño, la necesidad de trabajar para sustentarse y/o contribuir a la economía familiar, es muy complejo que además pueda disponer de tiempo para continuar estudiando.

La escasa posibilidad de planificar otro proyecto que trascienda o complemente la maternidad, no está dado sólo por el embarazo, sino por las pocas posibilidades que tienen los sectores más vulnerables, de incluirse y permanecer en un trayecto educativo.

⁶² Ana Coll op.cit. p. 440

⁶³ Idid p. 440-441

La adolescencia de las adolescentes embarazadas

El embarazo en esta etapa de la vida obedece a una multiplicidad de factores que serán diferentes en las distintas culturas y clases sociales, además de los factores individuales de cada caso particular.

La actitud que la adolescente tome ante el embarazo va a depender de distintos factores, entre estos según Ana Coll⁶⁴ se encuentran: la etapa de la adolescencia que esté transitando, el significado que este hijo/a tenga para ella, el origen del embarazo y cuál era el proyecto de vida antes de embarazarse.

No es lo mismo ser madre a los 13 años que a los 18. Es probable que en la adolescencia temprana (de 10 a 13 años) haya más dificultades para asumir la crianza, siendo necesario un mayor acompañamiento para esta tarea.

Un hijo puede tener diferentes significados para una mujer, independientemente de su edad. Desde un plano individual de acuerdo con su historia personal, sus fantasías, sus necesidades y deseos. Desde un plano social dependerá del sector social donde se manifieste.

El hijo puede significarle para la madre varias cosas: puede necesitarlo para comprobar su fertilidad, el hijo puede significar algo propio: “tener algo mío que nunca tuve”, puede significar una salida a una situación intolerable para ellas (situaciones de violencia o abuso sexual), puede también puede ser una expresión de un conflicto no resuelto.

Un embarazo puede ser el fruto del amor en una pareja, el producto de un accidente anticonceptivo, una relación sexual ocasional o un abuso sexual o violación. En cada una de estas situaciones, el hijo va a tener un significado diferente para la madre, desde el punto de vista emocional y social. Es muy diferente criar a un hijo que se buscó que a un hijo impuesto por otro.

No es lo mismo criar un hijo que “es natural que llegue”, que a otro que significa para la madre la posibilidad de salir de un medio familiar violento, al que la compensará de las carencias afectivas sufridas a lo largo de toda la vida, al que venga a “avergonzar” a la familia, o al que condiciona que deba postergar sus estudios o casarse “de apuro”.

Cuando se habla de proyecto de vida antes de embarazarse en general se está pensando en un proyecto de estudio o de trabajo determinado. Este proyecto

⁶⁴ Ana Coll op.cit. p. 430

de vida es más propio de las clases medias y altas. En estos casos se sabe que un hijo puede alterar ese proyecto. Para otras jóvenes en cambio, el ser madre forma parte de un determinismo histórico, “es el único destino de la mujer”. La maternidad aparece como un hecho consumado. Se considera que la mujer no está completa si no es madre.

Pero no se debe caer en el reduccionismo de que porque el hijo no forma parte de su proyecto de vida no será aceptado ni que “como destino de ser mujer” será bienvenido.

Finalmente quisiéramos destacar que habrá que tener en consideración -en palabras de Ana Coll ⁶⁵- que *una adolescente que se embaraza seguirá siendo una adolescente que tendrá que hacerse cargo de un hijo*”.

El vínculo temprano entre el bebé y la mamá y el papá adolescente

Si bien en el desarrollo de este capítulo hemos enfatizado las dificultades que puede ocasionar “encasillar” y “rigidizar” ciertas visiones sobre el embarazo y maternidad en la adolescencia, consideramos importante identificar posibles dificultades “particulares” que puedan aparecer en el desarrollo del vínculo temprano en esta particular diada, como así también reconocer ciertos factores protectores. Esto nos puede permitir orientar nuestras intervenciones.

Obviamente será necesario diferenciar realidades para descubrir los problemas: si el embarazo fue o no planificado, si no fue planificado pero fue aceptado o no, si hay apoyo familiar, si existe una pareja que asume en forma compartida las responsabilidades paternales, cuáles son las condiciones económicas en que se encuentran los adolescentes.

Habrá que distinguir entre el embarazo de adolescentes de parejas estables, el que es producto de una relación casual, el que resulta de un noviazgo sin convivencia y el que es producto de una relación incestuosa o violación.

Entre los *factores de riesgo* podemos mencionar:

Escasos controles prenatales: En muchas ocasiones el embarazo sorprende a la adolescente, es algo que ni ellas ni sus parejas esperaban. La preocupación sobre como afrontar este embarazo lleva un tiempo, sin quedar a veces espacios para

⁶⁵ Coll Ana op.cit. p. 143

ocuparse de la salud. Además en algunas oportunidades desconoce la importancia de los cuidados previos.

Hay que destacar que existe una importante distancia entre los adolescentes y los servicios de salud. Las instituciones de salud no son ámbitos por donde transite la cotidianidad de los adolescentes. En general asisten poco a controles médicos. Esto puede tener que ver con características propias de la adolescencia, pero también con que en muchos Centros de Salud de la provincia los adolescentes encuentran trabas para su atención. Muchas veces a través de carteles que indican “que no serán atendidos, salvo que asistan con un adulto”. Esto atenta contra sus derechos y los aleja de intervenciones que pueden aportar a la prevención de enfermedades y embarazos no deseados.

Escasa información sobre los procesos de embarazo, parto y puerperio En general (salvo que tengan experiencias cercanas de amigas o hermanos pequeños) tienen menos información sobre todo el proceso, ya que las vicisitudes del embarazo, parto y crianza no son temas frecuentes de conversación con sus pares.

Etapas de la adolescencia en que ocurra el embarazo: Es probable que en la adolescencia temprana (de 10 a 13 años) hayan mayores dificultades para asumir la crianza. Esto dependerá de cada adolescente y su riesgo está asociado a otros factores.

El embarazo producto de una violación o relación incestuosa: Cuando nace un niño/a de una relación incestuosa o de una violación, las posiciones y los deseos de la joven y de los miembros de la familia varían en cada caso. Para quienes atienden estas situaciones lo primero es escuchar a la joven y sus familiares. Solo de esta forma se podrá conocer qué pasa en la familia y, en relación con el bebé, qué quiere la mamá: si acepta o no al hijo, o cómo va a responder la familia, si van a culpar a la madre por su existencia o si por el contrario acompañarán para reparar el dolor de la joven proteger a ambos.

Falta de adultos continentales “El embarazo de una hija adolescente causa agudas crisis en la mayor parte de las familias, que entonces toman conciencia de un conjunto de aspectos de la relación paterno filial que no se habían percibido o fueron descuidados”⁶⁶.

⁶⁶ Ana Coll *op.cit.* p. 439

A menudo, cuando las madres son muy jóvenes, las abuelas se hacen cargo de la crianza de los nietos desplazando a las jóvenes de su función de mamás. Toman mayor poder que la mamá en la crianza del bebé. Se debe garantizar el derecho de la niña/o a preservar su identidad, lo que incluye a sus relaciones familiares. En situaciones como éstas, el derecho a la identidad se ve perturbado por la confusión respecto de la posición del niño/a en el grupo familiar.

En otras ocasiones no le brindan ningún tipo de apoyo como una manera de castigarlas “por lo que le han hecho a la familia” y si la adolescente convive con su familia suelen rigidizar las reglas de convivencia.

Entendemos por *factores protectores* recursos personales o sociales que atenúan o neutralizan el impacto de algún daño. Los principales factores protectores podrán ser:

Familia Continente Algunas familias -aunque el embarazo los haya sorprendido y fuera inesperado- colaboran y acompañan a la adolescente en este profundo cambio de vida. La abuela colabora con la crianza del bebé permitiendo que sea la propia madre la que se haga responsable del hijo. En algunos casos puede ser una ventaja que la adolescente viva con sus padres, quienes pueden detectar precozmente situaciones de riesgo.

Crianza compartida entre ambos padres La posibilidad de criar en forma conjunta el bebé –con o sin convivencia de la pareja- será muy importante para el sostén de la díada.

Buen Vínculo con referentes de servicios de salud Será central contar con personal con capacidad de escucha, que sepa respetar y registrar las particularidades de cada caso. Cuando se establece un vínculo entre –por ejemplo- el pediatra y los adolescentes, éstos últimos pueden expresar sus ansiedades y temores, facilitando el acompañamiento para el desarrollo del vínculo temprano.

La posibilidad de continuar proyectos personales previos al embarazo (escolaridad) Algunas adolescentes continúan concurriendo a la escuela durante el embarazo y con posterioridad al nacimiento del bebé. Esto dependerá de diversos factores, entre ellos, el acompañamiento familiar y la capacidad de la institución educativa de “aceptar” a esta adolescente y flexibilizar las normas, de tal manera que se facilite su permanencia en el sistema escolar.

Los derechos de los padres adolescentes en relación a sus hijos

Los jóvenes padres que pertenecen a los sectores más pobres de la población, en muchas ocasiones desconocen los derechos que los vinculan a sus hijos.

El principal derecho que se debe considerar en estos casos, **es el de los adolescentes a expresar su opinión y a que sean escuchados**. Es común que los organismos públicos decidan respecto al destino de los niños y de sus jóvenes padres, sin escucharlos ni a ellos ni a sus familiares directos; desconociendo el derecho que los adolescentes tienen de ser escuchados en todo procedimiento judicial o administrativo que los afecte.

Quisiéramos brevemente sintetizar información – siguiendo a Chanenneau de Gore⁶⁷- que puede resultar valiosa para transmitir a los padres adolescentes sobre sus derechos como padres.

Si el embarazo es producto de una violación o de una relación incestuosa, y la mamá tiene deseos de permanecer con el bebé, es importante que sepa que no existe ninguna disposición legal que obligue a que la mamá adolescente a que sea separada de su hijo. En cambio existen numerosas normas legales que establecen que un hijo no podrá ser separado de sus padres en contra de la voluntad de éstos. En otros casos, si la joven *no* quiere permanecer con su hijo y desea desprenderse de este bebé, debe tenerse en cuenta su voluntad. Nada obliga a la joven a conservar al hijo.

Si el deseo de la joven es desprenderse del bebé y los padres se oponen, para intervenir en esto, es necesario reconocer las particularidades de cada grupo familiar (por ejemplo evaluar si el autor del embarazo permanece en el entorno de la joven) para determinar cuál de las decisiones –retirar al bebé o dejarlo en el seno familiar -es la más adecuada para ambos. Este es un problema complejo ya que se enfrentan derechos: el de la joven a no permanecer con el hijo, el del hijo a permanecer en su núcleo familiar y el de los parientes a conservarlo con ellos. Sin embargo, para definir si la niña o el niño permanece o no en el seno de la familia, no

⁶⁷ Silvia Chavenneau de Gore "Preguntas y respuestas para madres adolescentes y sus niños sobre los derechos que los vinculan". Guía de Derechos. Buenos Aires, UNICEF, SAP, 1997

debe admitirse que la voluntad de ninguna persona del grupo familiar sea más importante que la de la mamá o el papá que lo han reconocido.

En algunas ocasiones **las madres adolescentes son excluidas de su hogar** o maltratadas por sus padres hasta provocar su fuga. Es importante que los padres sepan que no pueden echar de su casa a sus hijas menores de 21 años porque ellas aún están bajo su patria potestad y por lo tanto tienen la obligación de alimentarlos y darles vivienda. Si los padres disponen que sus hijos vivan en otro lugar con conocidos o familiares, esto no los desliga de su obligación de darles vivienda y alimentarlos.

Es importante informar a **los adolescentes que no están obligados a casarse** como consecuencia del embarazo. Casarse es un derecho de las personas. Las obligaciones de ambos padres serán con el bebé. Desde 1986 la ley argentina establece la igualdad entre las hijas/os matrimoniales y extramatrimoniales, todos tienen los mismos derechos.

En relación a la **patria potestad las mamás adolescentes tienen restricciones respecto al ejercicio de sus derechos**. Pero que tengan limitaciones no significa que no tengan derechos. Este es un tema discutido y complejo. Cuando el padre o la madre son menores de edad y viven con sus progenitores, la ley señala una preferencia para que los abuelos, que ejercen la patria potestad sobre la madre o el padre solteros menores de 21 años, tengan al bebé bajo su amparo o cuidado.

En algunas ocasiones las madres adolescentes no quieren que el padre del bebé lo reconozca, sin embargo **los padres pueden reconocer a sus hijos aunque las madres no quieran**. Es suficiente con que el hombre haga el trámite de reconocimiento ante el registro civil y no necesita el permiso o el acuerdo de la madre. El derecho de la niña y el niño a llevar el apellido paterno forma parte del derecho a la identidad y, además, el artículo 7 de la Convención establece expresamente que, en la medida de lo posible, tendrá derecho a conocer a sus padres.

Si el hombre no reconoció al hijo como suyo no tiene derechos ni obligaciones legales. No es posible exigirle que pague alimentos. Primero habrá que demandarlo para probar que es el padre y, una vez probado, se podrá exigir que pague alimentos al hijo.

Finalmente, un dato importante a transmitir es que **las jóvenes menores de edad solteras no necesitan ninguna autorización de sus padres para inscribir a sus hijos**. El sistema legal establece que por el solo hecho del nacimiento, probándose que se produjo el parto y la identidad del recién nacido, se debe inscribir como hijo de la mujer que dio a luz.

¿Qué significa para los equipos de salud fortalecer el vínculo entre padres adolescentes y sus hijos?

Nos proponemos como equipo de trabajo los siguientes objetivos

- Ayudar a la adolescente a aceptar su embarazo y su nueva condición de madre/padre.
- Difundir los derechos y responsabilidades que tienen los padres adolescentes en relación a sus hijos
- Fortalecer los vínculos familiares, promoviendo el acompañamiento de familiares cercanos que la adolescente desee
- Identificar y fortalecer factores protectores en relación al desarrollo del vínculo.
- Sensibilizar y promover actitudes comprensivas en el personal de Centros de Salud.

Quisiéramos resaltar ciertas actitudes que será necesario fortalecer en los profesionales que trabajen con adolescentes, considerando que es central que los profesionales puedan establecer un vínculo de confianza con los adolescentes que favorezca el diálogo.

- *Saber escuchar*: permitir que los adolescentes planteen sus dudas y temores, alentándolos con preguntas respetuosas. Debe ser buen observador de gestos, y saber contener sus actitudes y entrenarse en el contenido de sus palabras.
- *Saber respetar*: aceptando los valores de la adolescente cuando difieren de los suyos.

- *Ser capaz de registrar* las diferentes sensaciones que pueden provocar las palabras de los adolescentes y tenerlas en cuenta. Algunas veces, las manifestaciones de los adolescentes o la misma situación, provoca rechazo, enojo e impotencia. Esto puede generar actitudes punitivas o paternalistas.

A modo de cierre

Quisiéramos concluir este trabajo reafirmando que lo “realmente grave” en el embarazo adolescente son los problemas asociados al mismo: pobreza, abusos sexuales, desigualdades de género, desigualdades sociales, falta de figuras adultas referentes... entre otros.

Será necesario indagar y considerar cada caso particular para escuchar las opiniones de las jóvenes e identificar las dificultades y oportunidades del contexto para realizar una intervención oportuna.

Una situación particular es cuando el embarazo es producto de una violación. En este caso, el derecho personalísimo de la mujer ha sido vulnerado. Aquí entonces, la mujer no es tan libre para tomar decisiones respecto a la continuidad del embarazo. En este sentido el principio rector debe ser el interés superior.

Bibliografía Consultada

- Cillero Bruñol, Miguel. "Infancia Autonomía y Derechos. Una cuestión de principios" en Infancia. Montevideo, Boletín del Instituto Interamericano del Niño, N° 234, 1997
- Coll Ana "Embarazo en la adolescencia". Buenos Aires, Clínicas Perinatológicas Argentinas, N° 4, Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER), 1997
- Chavenneau de Gore, Silvia "Preguntas y respuestas para madres adolescentes y sus niños sobre los derechos que los vinculan". Guía de Derechos. Buenos Aires, UNICEF, SAP, 1997
- Diario Los Andes. 23 de noviembre de 2008
- *Duarte Quapper, Klaudio ¿Juventud o juventudes? Acerca de cómo mirar y remirar a las juventudes en nuestro continente.* Viña del Mar Revista *Ultima Década* N°13, CIDPA, septiembre 2000, p. 59-77.
- Fernández, Silvia y Ricciardi Celeste "Embarazo en la adolescencia: opción o determinismo". Mendoza, I Jornadas Nacionales de Salud Mental y VII Jornadas Provinciales de Salud Mental, abril de 2007
- Issler, Juan R. "Embarazo en la adolescencia". Entre Ríos, Revista de Posgrado de la Cátedra VI Medicina N° 107. Publicación avalada por Res. N° 825/05-CD. Facultad de Medicina, UNNE, Agosto 2001
- Pagina web Crecer Juntos. www.crecerjuntos.com.ar
- Ramos Padilla, Miguel Ángel "La paternidad y los afectos". México D.F. Publicación Feminista Mensual. FEM, Año 25 N°219, Junio 2001
- Stern, Claudio "El embarazo adolescente como problema público: una visión crítica". Méjico, Revista Salud Pública Mexico, Volumen 39, N°2, Cuernavaca, Marzo-Abril 2007

PARTE II

ANÁLISIS DEL SEGUIMIENTO DE LAS DÍADAS

I) Introducción

El seguimiento y acompañamiento periódico a las díadas madre-hijo se realizó de acuerdo a diferentes estrategias:

- **Acompañamiento y seguimiento periódico del vínculo emocional de la díada madre-hijo en Consulta Pediátrica** Se participó de los Controles de Crecimiento y Desarrollo de niños/as de 0 a 3 años en cuatro Centros de Salud (N°30, N° 204, N° 607, N° 16). Esto permitió observar y evaluar el vínculo temprano en una situación de estrés moderado, fortaleciendo aquellos aspectos más saludables e interviniendo en las dificultades observadas. Se orientó a la mamá/papá respecto al desarrollo y necesidades de sus hijos, sosteniendo emocionalmente a la madre en su función.
Observamos a la díada en la sala de espera, participamos en la consulta pediátrica y cuando fue necesario retomamos con los padres lo trabajado con el pediatra en un espacio individual.
- **Talleres con padres** Se realizaron talleres sobre la temática del Vínculo Temprano en el proceso de admisión con padres que asistieron al Centro de Salud Mental Infante Juvenil N° 1 Dr. Julio Arduso
- **Talleres para la Preparación integral para Embarazadas** se incluyó la temática del vínculo temprano en este ámbito. Se realizaron talleres en los Centros de Salud N° 30, 16, y 204.

Se ha realizado un análisis en profundidad del trabajo con las díadas a la luz de los conceptos desarrollados en el marco teórico del presente proyecto y del anterior estudio⁶⁸.

En este apartado se incluye una reflexión sobre la relación entre los Servicios de Salud y el fortalecimiento del vínculo temprano, resaltando el lugar del pediatra como referente privilegiado de las familias con niños menores a tres años. Para ello, se toma como base del análisis las entrevistas realizadas a los pediatras que fueron parte de la experiencia.

⁶⁸ Informe Final "Proyecto Fortalecimiento del Vínculo Temprano". Diciembre 2007.

A continuación se realiza una breve caracterización socio-económica de las familias incluidas en el Proyecto, lo que permite contextualizar el posterior análisis de las díadas.

Para dicho análisis se ha realizado un cuadro que incluye: los principales indicadores de factores protectores y de riesgo vincular, la modalidad de apego, la conformación familiar y la evolución de cada una de las díadas con las que hemos trabajado. Constituye una síntesis que nos permite dar cuenta del punto de partida en el trabajo con las familias y la evolución lograda en este periodo.

Se desarrolla un análisis de 25 díadas con las que se ha realizado un acompañamiento sostenido en el tiempo en la presente investigación a partir de los siguientes aspectos:

- la paternidad y la maternidad consideradas construcciones sociales y culturales, y no como hechos naturales que vienen dados desde lo biológico
- el lugar particular que ocupa cada niño en su familia
- las determinaciones que los dos primeros aspectos producen en el establecimiento del vínculo del niño con sus otros significativos

Se describen el seguimiento llevado adelante por el Equipo de Fortalecimiento del Vínculo Temprano en una de las díadas (Díada N°14) para desarrollar un análisis de la temática de la posición materna y la función paterna.

Luego se reflexiona sobre el rol del adulto en los cuidados de la primera infancia. Se analizan las intervenciones del equipo en relación a distintos aspectos del desarrollo los niños/as con los/as que hemos trabajado.

Una atención especial se le asigna al tema de la lactancia y la alimentación en el desarrollo del vínculo temprano. Se analizan en este punto las dificultades encontradas, las intervenciones propuestas y la evolución de las díadas.

Por último se analizan las díadas en las que hay una mamá adolescente a partir de los conceptos desarrollados en el marco teórico sobre maternidad y paternidad adolescente.

II) Vínculo Temprano y Servicios de Salud

En este apartado se analiza la función del pediatra en el fortalecimiento del vínculo temprano desde sus impresiones subjetivas acerca su rol y del trabajo realizado en el fortalecimiento vínculo temprano

Contextualizando la experiencia

El desarrollo de las actividades del presente proyecto fue obstaculizado por diferentes problemáticas que atravesó la provincia en el periodo.

En los meses en que transcurrió la experiencia hubieron conflictos entre el sector de la salud y el gobierno provincial (médicos, enfermeros y personal administrativo) Esto derivó en reiterados paros de los diferentes gremios que nuclean a los profesionales y no profesionales. Inevitablemente este hecho impactó negativamente en la posibilidad de poder mantener continuidad en el seguimiento de las diadas. Las discontinuidades en la atención afectan también los vínculos entre los profesionales y los pacientes.

Por otra parte, se declaró emergencia sanitaria, tras aparecer virus de la influenza A H1 N1 (Gripe A). Esto impactó en el desarrollo del proyecto, ya que se suspendieron los controles de crecimiento y desarrollo y solo se atendían a pacientes enfermos. Debido a esta emergencia se suspendieron también los talleres de admisión para padres del Centro de Salud Infanto Juvenil N° 1 y de los talleres para embarazadas en todos los Centros de Salud.

Es necesario destacar también, que son escasos los programas de prevención en los Centros de Salud. Tanto en el Centro de Salud N° 607 como en el N°16 no se logró realizar los Talleres de Preparación Integral para Embarazadas, por diferentes dificultades administrativas o de licencias de profesionales, éstos talleres que estaba previsto comenzaran a principios de año no inician aún.

Todas las familias integradas al proyecto recurren a los servicios públicos de salud y educación.

En su mayoría asisten periódicamente al Centro de Salud y al Hospital de Niños Humberto Notti. En general, conocen los servicios que estas instituciones ofrecen y la dinámica para acceder a éstos (sistema de turnos, entrega de leche y de programas alimentarios, servicios especiales).

Del total de las familias atendidas, 24 asisten periódicamente a controles de crecimiento y desarrollo, 8 familias no asisten periódicamente y sobre 4 familias no se tiene esa información.

En reiteradas ocasiones, algunas familias manifestaron disconformidad por la atención que reciben en alguna de estas instituciones: malos tratos, largas esperas, mala atención, muchos paros, mucha gente en el consultorio (en relación a los estudiantes de medicina de pregrado, en el Centro de Salud N° 607 eran tres, sumados al Equipo de Vínculo y a la pediatra). En cambio otras familias expresaban conformidad y/o cierta naturalización de su condición de “pacientes asistidos”. Finalmente, algunas familias manifestaron su agradecimiento por la atención brindada.

Consideramos que un acierto de este proyecto es la inclusión de la propuesta de fortalecimiento de vínculo temprano en los Centros de Salud de la provincia. Estas instituciones están insertas en las comunidades, abocadas a tareas de prevención primaria, y cercanas a la vida cotidiana de las familias de sectores populares. En estos ámbitos es posible prevenir posibles patologías de salud mental y fortalecer vínculos saludables.

Otro facilitador de la tarea ha sido incluir la temática del vínculo temprano en la Consulta Pediátrica. Esto fue facilitado por las pediatras, quienes abrieron las puertas de sus consultorios acogiendo el proyecto.

En nuestra cultura, el pediatra es el profesional que tiene un acceso natural al grupo familiar. La familia lo consulta en busca de orientación y ayuda, circunstancia que lo convierte en la vía más facilitada para proceder a la prevención de la salud.

La función del pediatra en el fortalecimiento del vínculo temprano

En relación a la tarea de sensibilización, orientación y capacitación en la temática del Fortalecimiento del Vínculo Temprano a profesionales y no profesionales de Centros de Salud que se encuentren realizando seguimiento de población en riesgo materno infantil. Se realizaron talleres en los Centros de Salud que acogieron la propuesta (Centro de Salud N° 204 y 607).

La **capacitación a los Profesionales de los Centros de Salud** se realizó de acuerdo a distintas modalidades:

- El intercambio con los pediatras que se realizó a partir de la observación e intervención en la consulta pediátrica, permitió compartir distintas miradas de la díaada (vincular, del desarrollo, del crecimiento, social, psicológica, entre otras) que en conjunto aportan una visión-intervención más integral. Se construyó la posibilidad de realizar un seguimiento interdisciplinario (entre el pediatra y los profesionales del equipo de trabajo).
- Por otra parte, la inserción en las instituciones favoreció el intercambio en encuentros informales con los profesionales. Se logró instalar la temática del vínculo temprano en distintos servicios de las instituciones con los cuales el equipo articula (pediatría, trabajo social, nutrición, programa DESEPREC).

En la consulta pediátrica pueden vislumbrarse dos entramados a los que apunta el abordaje de este proyecto:

- Uno se relaciona con los cuidados que tradicionalmente se monitorean en el seguimiento con el pediatra (crecimiento y desarrollo).
- El otro (fundante en nuestro trabajo) se centra en el vínculo que se desarrolla entre el adulto cuidador y el niño.

La figura del pediatra cobra una gran importancia, ya que los padres consideran la información que éste les proporciona como muy relevante. Es decir, el pediatra ostenta una posición preferente ante los ojos de los padres, y sus opiniones gozan de un alto valor; es así como los padres y madres asignan a los pediatras el rol de orientador y esperan de ellos respuestas a sus interrogantes.

En el marco de la elaboración del presente informe final, se realizaron *entrevistas en profundidad a todas las pediatras que participaron en la experiencia*. En algunos Centros de Salud se entrevistó también a otros profesionales que participaron del proyecto derivando familias.

Los objetivos de la entrevista fueron:

- Conocer cómo evalúan la intervención del Equipo de Fortalecimiento de Vínculo Temprano y el impacto de ésta en la evolución de las díadas
- Indagar cuál es la función del pediatra en particular y del centro de salud en general en el fortalecimiento del vínculo temprano
- Indagar cuáles entienden ellos que son los temas que se han trabajado en el fortalecimiento del vínculo temprano

La mayoría de los pediatras concluyeron que la **experiencia de trabajar en su consultorio con los profesionales del proyecto del vínculo temprano** les resulto muy positiva, interesante y enriquecedora. Ya que les permitió tener una mirada diferente de la díada, mas allá de la atención al nacimiento, el monitoreo de peso y talla, la alimentación, revisión del niño cuando está enfermo. Permitiendo también proporcionar cuidados cuando está sano, detectar nuevos indicadores de riesgo vincular, y ampliar su marco teórico.

La **Doctora Alicia Arroyo** (Centro de Salud N° 30), destaca en relación a la experiencia: "...A mí me aportó mucho conocimiento. Hay cosas que antes no le prestaba atención, detalles que ustedes captaban que yo no me daba cuenta... Como médico uno tiene una visión distinta, le damos más bolilla por ejemplo al aumento de peso solamente y no a otras situaciones que rodean ésta... ustedes captaban detalles que no me daba cuenta yo, que no estoy entrenada para eso"

La **Dra. Valeria Menéndez** (Centro de Salud N° 204), agregó: "...ha permitido focalizar en aspectos que hacen a la prevención, a manejarse con un concepto más amplio de salud..."

La **Dra. Raquel Sonzogni** (Centro de Salud N° 16), recalca "...es una tranquilidad el saber que se cuenta con un equipo de profesionales especializados en la temática del vínculo madre – hijo y de tener un respaldo cercano para el abordaje de los casos que así lo requieran..."

También agregaron, los pediatras entrevistados que habían tenido la posibilidad de realizar un trabajo **multidisciplinario** en otras oportunidades, no solo con el Equipo del Proyecto de Fortalecimiento del Vínculo Temprano, sino con otros profesionales del centro de salud: como Trabajadores Sociales, Nutricionistas, o otros programas que se habían implementado en dicha institución.

Por lo expresado, consideramos que la ampliación del conocimiento que se produjo, como el traslado de aportes teóricos de otras disciplinas (no solo de las profesiones del equipo del presente proyecto, sino de otras profesiones), contribuyen al enriquecimiento de la función del pediatra, aportando la ampliación de su mirada y aumento de la eficacia de su acto médico.

El trabajo interdisciplinario es una opción indispensable para pensar en prevenir, promover o restituir derechos vulnerados de los niños y sus familias.

En cuanto a **la relación entre intervenciones del equipo y la evolución de cada una de las diadas** con las que se trabajó, señalaron que pudieron observar cambios positivos en ellas. Por ejemplo, la **Doctora Alicia Arroyo**, comenta: "... se vieron muchos cambios en muchos chicos, muchos grupos familiares, cambios en ciertas parejas que venían que se mordían, que después de charlar con ustedes podían surgir acuerdos. Vos veías que los padres venían más tranquilos a la consulta y los niños con otra actitud... y con cambios en el peso. En algunos casos eran cosas muy sencillas, hasta pavadas lo que no andaban... A veces se daba que hablaban en temas en la consulta que ellos no los habían hablado antes... Mejor diálogo entre la pareja, mejor relación de los padres con los chicos y la respuesta está en el estado general de los niños. Lo vimos claramente en una pareja... te acordás de la Micaela", subraya.

La Trabajadora Social del Centro de Salud N° 30, Lic. María Laura Bernaldo de Quirós destaca: "...Se propiciaban espacios de diálogo entre la familia, ni más ni menos que eso..."

La **doctora Valeria Menéndez** agrega: "...Sí, producen modificaciones... Las mejoras que se producen en el fortalecimiento del vínculo temprano llevan a prevenir otras situaciones, por ejemplo el abandono (oportuno) de la teta favorece un vínculo más independiente con el niño..."

Las pediatras afirman que este tipo de intervención es un motivador de cambios para todo el núcleo familiar, no sólo de la diada.

Y agregan que en cada una de las acciones que actualmente se implementan en los niveles de atención primaria no se observa ningún proyecto, plan o programa destinado *específicamente* al fortalecimiento del vínculo temprano; sino que -en el mejor de los casos-, las acciones que se implementan inciden en él de manera indirecta. Por lo cual, sería oportuno profundizar y continuar con estas acciones en todos los Centros de Salud y con una continuidad temporal. Es decir, que pueda ser incorporada la temática del vínculo temprano en la Política Pública Sanitaria de la Provincia, ya que apunta a la línea de **Prevención** a prevenir futuras patologías y sobre todo para brindar mejor calidad de vida a los niños y sus familias.

En relación al **lugar que ocupa el pediatra en la institución de Salud**, destacan:

“...Se considera que el médico tiene que sacarse rápidamente la demanda de encima, lo importante es lo estadístico. El tema administrativo donde hay que llenar muchas planillas y se cuenta con sólo 15 minutos entre paciente y paciente...La función del pediatra es muy importante, tiene que haber una buena llegada, si no lo tomamos en cuenta a esta relación, la cosa va a andar mal seguro...” (Pediatra del Centro de Salud N° 204.)

Consideramos que la “mirada abarcadora” que debería tener el pediatra, más allá de evaluar los factores que hacen a la morbilidad y mortalidad infantil, implica **formación y tiempo** de dedicación. Éste último muchas veces no es fácil disponer por diversas circunstancias laborales e institucionales que hemos observado, como por ejemplo: los escasos minutos de tiempo destinados a cada turno debido al exceso de consultas, los pocos profesionales destinados para cada institución, los escasos recursos con los que se cuenta en el consultorio para poder diagnosticar dificultades en el establecimiento del vínculo temprano, la presencia de pasantes de la carrera de pre – grado de medicina, la cantidad de planillas que deben ser llenadas para diferentes áreas administrativas (para entrega de leche, Programa REMEDIAR, NUTRIVALE, entre otros).

Por lo tanto, la intervención del Pediatra implica asimismo cierto grado de conocimiento y comprensión de los requerimientos del niño respecto a su salud psíquica y bienestar emocional.

En relación al papel que ocupa el pediatra en el fortalecimiento del vínculo, concluimos que la consulta pediátrica constituye el ámbito privilegiado para detectar tempranamente situaciones de riesgo.

Es indudable que el pediatra es quien tiene un lugar privilegiado en la observación y seguimiento del desarrollo del niño y de los modos de constitución familiar. Esto le posibilita prevenir la aparición de perturbaciones tempranas, advirtiendo situaciones de riesgo y procurando su modificación.

La **Dra. Arroyo**, señala al respecto: "...El pediatra es una de las patas. El pediatra ve la falta de conocimiento de la mamá sobre algunas cosas como por ej. sobre la alimentación, o sobre ciertos alimentos respecto a otros, el sueño, el juego. A lo mejor ellos como papás hay cosas que no recibieron tampoco y por eso no lo saben dar... el rol fundamental es detectar tempranamente el trastorno vincular, propiciar su separación y derivar oportunamente..."

La **Dra. Menéndez**, agrega: "...La función del pediatra es muy importante, tiene que haber una buena llegada, si no lo tomamos en cuenta a esta relación, la cosa va a andar mal seguro..."

En relación a la Formación recibida y/o accesible sobre la temática del vínculo temprano, señalan que no sólo no estaría incluida en la currícula de la formación de pre - grado en la carrera de Medicina, sino que también existe poca formación en la temática a nivel de carreras de posgrado, ni en la capacitación que realiza la Provincia para los Médicos.

Las pediatras manifestaron: "...No hay para nada formación. Es más el tema de vínculo temprano lo aprendí en un curso de posgrado, no en mi especialización como pediatra...Quiero creer que actualmente lo deben estar dando, cuando yo me formé no se daba...Para mí es fundamental y tendrían que haber más cosas, más profesionales trabajando en esto", señala la **Dra. Arroyo**.

"...Acá las cosas si no vienen de arriba, por decreto, no se hace nada, lo veo como muy difícil... Existe muy poca información en la formación de los médicos en general respecto a esta temática..." Pediatra del Centro de Salud N° 204

"... Acá (Hospital Gailhac) el año pasado vino un especialista en la temática de Buenos Aires, ni nos enteramos... hay poca difusión tanto intrainstitucional como extrainstitucional, sumado a la escasa formación...yo le pedí bibliografía a mi hermana que estudia Psicología y estuvo rotando por el servicio de estimulación temprana en el Hospital Pediátrico H. Notti y le dieron material... algo he podido completar a través de internet...", señala **Dra. Lobato**.

Frente a esto, se les interrogó acerca de **Cómo creen que se debería incorporar la temática** en el centro de salud en que desarrollan sus funciones, puntualmente. La mayoría señaló que las capacitaciones e intervenciones se deberían ampliar a diferentes profesionales, espacios y Proyectos que se están ejecutando. Pero recalcaron la necesidad de que se creen espacios específicos e incorporen como política de Estado.

“En enfermería seguro, enfermería debería a veces incorporarse en las entrevistas. Las enfermeras saben algunas cosas, las chicas conocen a la comunidad, conocen a las madres, deberían estar. Algunos ginecólogos que uno ve que tienen cierta disposición deberían también estar...Las chicas ahora nos han mandado niños, Fany, Gabriela, Claudia (enfermeras) ellas directamente lo anotan en el cuaderno (de turnos)...Estaría bueno que los obstetras se engancharan también, porque ellos pueden percibir cosas desde antes, desde el embarazo...” agrega la **Dra. Arroyo**.

La Trabajadora Social del Centro de Salud N° 30, agrega: “... Yo creo que debería haber consultorios como los que ustedes han creado, donde haya miradas entrenadas en donde se pueda derivar. En la institución se está creando un espacio en donde desde el nombre se está diciendo que se puede escuchar y hablar, la institución está valorando el espacio de diálogo y crea ese ámbito. Está bueno que haya un espacio físico, un horario, personas concretas... Hay que dejar saberes instalados, en donde se pueda, con otros pediatras, enfermería, obstetricia...”

“... en el curso de preparación pre parto, en el consultorio de nutrición...” **Dra. Raquel Sonzogni**

“...Lo evaluó como muy difícil poder incluir la temática en otros servicios, se toma con muy poca importancia, se le presta poca atención, para mí es un recurso que previene muchas otras cosas. En general, se da muy poco interés a lo que no tiene que ver estrictamente con lo asistencial. Se lo toma como una pérdida de tiempo...” **Dra. Menéndez**.

En relación a los **temas que ellos consideran que fueron trabajados por el equipo** alrededor del vínculo temprano, señalaron: “... La puesta de límites, lo que más nos han consultado, lo que más le cuesta a las madres... La falta de diálogo entre los padres sobre temas de los hijos...” señala la **Dra. Arroyo**.

La Trabajadora Social, del Centro de Salud N° 30, agrega: “... tengo la imagen de Emi preguntando a la mamá o cuidadora qué observa de su hijo, qué ha registrado

en relación al niño... Los roles de la mamá, el papá. Darle seguridad a las mamás... El orden en la alimentación en algunos niños. Con quién como el niño, si la comida es un momento placentero o no ... que para el chico no sea un castigo, que para la madre no sea un castigo, que sea un momento familiar...”

“... descuido en la satisfacción de las necesidades básicas de los niños, sobreprotección, reconocimiento del recién nacido...” destaca la Pediatra del Centro de Salud N° 16.

Muchos de estos temas estuvieron presentes en intervenciones puntuales que se realizaron en el interior de la consulta pediátrica con diadas que no fueron incluidas en la muestra. Y también muchos fueron el motivo de inclusión en el Proyecto, que requirieron un abordaje más profundo y prolongado en el tiempo.

También se les interrogó acerca de la postura que tenía el equipo frente a estos temas, si existió **diferencia de criterios** al respecto. Ante ello refirieron:

“...Creo que nos manejamos con las mismas posturas ante las temáticas...” Pediatra del Centro de Salud N° 204.

“...No hay temas en los que no hayamos acordado... No hemos tenido diferencias... A veces uno tiene una visión distinta pero a uno le hace bien darse cuenta que hay otras visiones igualmente valorables como este niño y la guarda de la familia cuidadora...” Pediatra del Centro de Salud N° 30.

Cabe destacar que los pediatras entrevistados manifestaron acuerdos en relación a los temas desplegados en el marco teórico del Proyecto. Y ante nuevas visiones respecto de las problemáticas trabajadas también se pudo lograr acuerdos.

Finalmente, en función de los **Aportes y Sugerencias** que realizarían, los profesionales destacaron la importancia de que se amplié a todos los Centros de Salud este equipo de trabajo interdisciplinario, como parte de la política del Estado Provincial:

“...Esto tendría que existir en todos los centros de salud. Por más chico que sea el centro de salud. En todos tendría que existir un consultorio de vínculo y desde ahí ir armando las redes para que si el chico o el padre necesita otro tipo de asistencia pueda ir, sin dar tantas vueltas como muchas veces nos pasa, que para acceder a un psicólogo hay que ver las relaciones que uno tiene para poder llegar a un turno...” **Dra. Arroyo**

La Trabajadora Social del Centro de Salud N° 30, agrega: "... Se podría pensar que cada centro cabecera tuviera el servicio con mayor disponibilidad de tiempo, sería bueno que se ampliara, pero sabemos que esto dura un tiempo... Piensen que ustedes han visto sólo los que se atienden en este centro, los que he derivado yo, una pediatra y el equipo del DESEPREC... hay cuatro pediatras más... Si está solo en el cabecera, hacer contactos con otros pediatras de otros centros de salud para que deriven casos graves...".

"... La posibilidad de que se le brinde un espacio aparte de la consulta es algo que quizás cueste instalarse en el centro de salud, pero es necesaria..." **Dra. Menéndez.**

"... que exista tantos Equipos como Centros de Salud hay, porque es fundamental mejorar el vínculo madre – hijo para prevenir numerosas patologías y sobre todo para brindar una mejor calidad de vida a los niños..." **Dra. Sonzogni**

"...La inclusión del personal de enfermería, no sólo en el fortalecimiento del vínculo temprano, sino en la detección de indicadores de riesgo... También realizar trabajos de abordaje con modalidad grupal con diadas con indicadores de riesgo y con las que no presenten estas señales..." **Dra. Lobato.**

Para concluir este apartado quisiéramos reafirmar que si se puede prestar atención a las características del vínculo de la madre con el bebé, a las vicisitudes por las que transcurre su llegada a la familia, a las posibilidades del padre de acceder al vínculo con el niño, a la modalidad relacional de la familia, entre otras tantas variables observables, se puede intervenir tempranamente y a tiempo.

III) Características socio-económicas generales de las familias

Diferentes formas de vivir en familia

En este apartado daremos cuenta del tipo de conformaciones familiares que se establecen en las familias particulares con las que trabajamos a lo largo del proyecto.

Si analizamos los modos de vivir en familia desde las variables utilizadas por el Censo de Población, podemos decir que de las 36 familias a las cuales se les realizó una Ficha Personal 3 de ellas habitan en viviendas colectivas y 33 en hogares particulares.

En la muestra, en 22 familias (61,1%) existe la presencia de ambos cónyuges con hijos solteros, es decir, que son *Núcleos conyugales primarios completos* y 14 (38,8%) son familias monoparentales es decir, que tienen un *núcleo conyugal primario incompleto*, uno de los progenitores y los hijos solteros.

Dentro de los hogares conyugales (completos o incompletos) se distingue las categorías de *familia nuclear*, *familia extensa* y *familia compuesta*.

En la muestra del estudio realizado hay 14 familias nucleares (una pareja sola o una pareja con hijos solteros) lo que representa 38,8%, y 22 familias extensas, lo que representa el 61,1%.

Los **hogares monoparentales** que representan el 38,8% de la muestra están formados en **su totalidad** por una **madre sola** con sus hijos.

En relación a la *cantidad de hijos* que tienen las familias una familia tiene 6 hijos, dos familias tienen 4 hijos, 6 familias tienen 3 hijos, 6 familias tienen 2 hijos (de las cuales en dos de ellas hay hijos mellizos) y 21 familias tienen 1 hijo.

La vida cotidiana transcurre en un contexto de pobreza

La totalidad de las familias en las que intervenimos se encuentran en situación de pobreza por Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) o por Línea de Pobreza (LP) o por una combinación de ambas.

En relación a la cantidad de miembros que trabajan en el hogar: en 13 hogares trabaja una sola persona, en 10 hogares trabajan 2 personas, en tres hogares

trabajan 3 personas, en cuatro hogares no trabaja ningún miembro de la familia y sobre tres hogares no se conoce esta información.

En relación al tipo de trabajo que realizan las madres incluidas en el proyecto 11 mujeres trabajan: *2 realizan trabajos rurales temporarios, 1 trabaja en un frigorífico, 5 en servicio doméstico, 1 es costurera, 2 trabaja en su emprendimiento familiar y otra en una verdulería*

En relación a la *situación laboral de los padres*, 19 de ellos trabajan *1 realiza trabajo rural, 2 realizan changas, 3 trabajan en un taller mecánico, 1 es electricista, 5 papás se desempeñan en la construcción, 1 en servicio de seguridad, 2 en su emprendimiento familiar, 1 en una florería, 1 es carpintero, 1 arregla radiadores, 1 es vendedor ambulante*

En cuatro familias los progenitores no trabajan: en uno de los casos son sostenidos económicamente por abuelos paternos, en otro la madre subsiste a través de un plan social, en otro hogar viven a partir de una pensión de invalidez y de ayuda de otros familiares y en otro el padre está desocupado.

La totalidad de los niños que se encuentran en edad escolar asisten al sistema formal de educación. Sin embargo algunas familias no conocían los Jardines Maternales que existen en la zona.

En relación a la situación habitacional 10 familias habitan en viviendas precarias (en villas inestables, puestos rurales o usurpación de viviendas sin servicios básicos). Por otra parte, 18 familias viven en condiciones de hacinamiento. El hacinamiento produce una amplia gama de efectos negativos. El espacio es un elemento básico de la vivienda para el cuidado de la privacidad de sus miembros: para las personas (descanso, silencio), para las parejas, para la separación de los sexos, para la realización de determinadas funciones familiares (comer, dormir, estudiar).

IV) Cuadro de Análisis del Seguimiento de Díadas

Nº Diada	Principales Indicadores de Riesgo Vincular	Principales Indicadores de Factores Protectores	Tipo de Apego	Conformación familiar (nº de hermanos, sexo, etc)	Relación con el pediatra y equipo de VT	Evolución
1	<p>- Luciano ha sido privado de su medio familiar y se encuentra a cargo de una familia cuidadora</p> <p>- Bajo peso al nacer, prematuridad e internación en neonatología por 60 días</p>	<p><u>En relación a la familia cuidadora</u></p> <p>-Asistencia periódica a la consulta pediátrica</p> <p>-Intercambio de miradas entre el niño y la mamá cuidadora, posibilidad de establecer contacto y comunicarse por medio de la mirada</p> <p>-Emisión de vocalizaciones recíprocas mamá cuidadora-niño-mamá cuidadora. Incluye el llanto que comunica.</p> <p>-Contacto afectivo o comunicación piel a piel entre la mamá y el niño</p>	<p><u>En relación a la familia cuidadora</u></p> <p>Apego- seguro</p>	<p>mamá</p> <p>1 hermana mayor</p>	<p>El equipo no conoce a la madre de Luciano.</p> <p>La relación de la familia cuidadora con el equipo es buena</p>	<p>Luciano no vive con su madre. El caso ha sido judicializado- fundamentalmente- por las condiciones de pobreza de su familia</p> <p>Luciano continúa asistiendo periódicamente a los controles de niño sano y al consultorio de Vínculo Temprano.</p> <p>Luciano, se encuentra con buen peso, activo y ha comenzado a caminar.</p>
2	<p>- Mama temerosa a que la niña se enferme.</p> <p>-Dificultades en la lactancia cree que cada vez que la niña llora es</p>	<p>-Concurre periódicamente a la consulta.</p> <p>-Intercambio de miradas entre el niño y la mamá, posibilidad de establecer contacto y comunicarse por medio de la mirada</p> <p>-Contacto afectivo o</p>	<p>Apego inseguro ambivalente</p>	<p>Mamá</p> <p>Papá</p> <p>Media hermana paterna</p>	<p>Asiste a la consulta de vínculo. Es receptiva a los aportes del equipo.</p> <p>Cuando la pediatra esta de licencia, se la convoca por T.E, asiste muy asustada porque cree que</p>	<p>Ha logrado colocar a dormir a la niña en la cuna.</p> <p>Ha empezado a observar a su hija, reconociendo lo que tiene y no lo que le falta.</p>

	<p>porque está enferma; tiene dificultades para comprender el llanto como medio de comunicación.</p> <p>-Cohabitación y colecho.</p> <p>La intervención de la familia ampliada paterna la pone ansiosa.</p>	<p>comunicación piel a piel entre la mamá y el niño.</p> <p>-Contacto corporal cercano y recíproco mientras el niño es sostenido en brazos</p>			<p>asustada porque cree que a su niña le pasa algo. Se le recuerda el acuerdo realizado con el equipo y se tranquiliza.</p> <p>Posteriormente asiste gustosa.</p>	
3	<p>- Bajo peso</p> <p>-Escaso o nulo intercambio de miradas o vocalizaciones entre la mamá y Lucía</p> <p>-Escaso contacto afectivo entre ellas</p> <p>Internaciones frecuentes</p> <p>-Cohabitación y colecho</p>	<p>- Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud.</p>	<p>Se ha modificado la pauta de apego inseguro- evitativo, logrando un tipo de apego seguro</p>	<p>Mamá</p> <p>Dos hermanos mayores</p>	<p>Asiste a la consulta de vínculo. Es receptiva a los aportes del equipo.</p> <p>Tiene dificultades para asistir con la frecuencia estipulada al consultorio de Vínculo Temprano.</p>	<p>Lucía ha aumentado muy bien de peso, y se continúa observando un fortalecimiento del cabello, anteriormente ralo.</p> <p>Ha logrado un control de esfínteres total, la mamá se muestra orgullosa de este avance y dice palabras positivas a su hija acerca de ello.</p> <p>En la consulta, se observa que Johana refuerza positivamente a su hija en relación a sus logros.</p> <p>Se observa un avance en el desarrollo del lenguaje, comienza a pedir los juguetes que quiere en vez</p>

						de proferir quejidos y gestos. Durante sus juegos, responde a las preguntas del Equipo de Salud. Ha mejorado sus patrones de sueño y vigilia, durmiendo mejor de noche y menos durante el día.
4	Miguel Angel es el fruto de una violación.	Asistencia periódica a la consulta pediátrica. Érica escucha las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud, y les da mucho valor. La pediatra es un fuerte referente para la adolescente. La familia de Érica y su actual pareja también acompañan y apoyan a la joven en el ejercicio de las funciones maternas. Se observa un vínculo afectivo entre Érica y su hijo.	Apego seguro	Mamá	Érica asiste periódicamente a los controles de salud de Miguel Ángel. La pediatra ha sido la doctora de referencia para Érica y sus hermanos, por lo que este vínculo de confianza pre-existente es un importante sostén para la joven. Tiene dificultades para asistir con la frecuencia estipulada al consultorio de Vínculo Temprano.	La díada tiene un buen vínculo afectivo. Miguel Ángel se encuentra saludable. La mamá puede observar que su hijo va creciendo y comienza a independizarse poco a poco de ella, Érica ha comenzado a pensar más en sí misma y el tema de la violación le resulta cada vez más doloroso. Se la nota triste, sin energía ni ganas de emprender proyectos personales.
5	-Cristina tiene dificultades para discriminar la relación entre sus hijos. Se observan dificultades en la	- La madre puede escuchar las indicaciones de la pediatra, especialmente en relación a los hermanos de Luciana, y puede producir cambios de actitud a partir de la escucha. Se ocupa	-Apego seguro	Mamá Papá Hermana Hermano	La madre puede escuchar las indicaciones de la pediatra, y puede producir cambios de actitud a partir de la escucha.	La mamá ha logrado disminuir las horas laborales para compartir más tiempo con sus hijos. Ha logrado también promover una alimentación

	<p>puesta de límites.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Lactancia mixta, pecho y mamadera. - Cohabitación y colecho. - Escasas vocalizaciones y miradas entre la mamá y el niño. 	<p>de la atención médica de los niños.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Contacto afectivo o comunicación piel a piel entre la mamá y el niño. - Contacto corporal cercano y recíproco mientras el niño es sostenido en brazos 				<p>saludable para sus hijos y preparar la separación de los niños de la cama de ella a partir del cambio de vivienda.</p>
6	<ul style="list-style-type: none"> -Bajo peso. -Escasos controles médicos. Durante el último año no se había realizado ningún control médico. -Dificultades en el desarrollo del lenguaje -Madre con escasa conciencia de las dificultades de su hija, ya sea en relación al bajo peso que presenta, ya sea en relación al desarrollo del lenguaje -Baja capacidad de escucha de la madre para recibir orientaciones. 	<ul style="list-style-type: none"> -Intercambio de miradas entre el niño y la mamá, posibilidad de establecer contacto y comunicarse por medio de la mirada. -Emisión de vocalizaciones recíprocas mamá-niño-mamá. Incluye el llanto que comunica. 	Apego inseguro ambivalente	Mamá Abuelos maternos	<p>Mariana tiene dificultades para escuchar y percibir lo que le sucede a su hija. Sin embargo, se ha logrado establecer un vínculo de confianza con el equipo que permite que esta mamá exprese -un poco más- espontáneamente las dificultades que tiene y sea más receptiva.</p>	<p>Victoria ha subido satisfactoriamente de peso en los últimos meses, aunque sigue encontrándose en un percentil bajo. Consideramos que esta mejoría en el peso se relaciona con que Mariana ha podido estar más atenta al momento de la comida y dedicarse a la alimentación de Victoria. Victoria actualmente repite algunas palabras.</p>

7	<p>-En la consulta pediátrica se observa escaso contacto afectivo entre Bruno y su mamá: no hay prácticamente intercambio de miradas ni vocalizaciones entre ellos. El niño no busca el contacto con su mamá, sino que en general prefiere vincularse con su hermana María Laura.</p> <p>-Se observa cierta resistencia de la mamá frente a las intervenciones y propuestas del Equipo.</p>		Apego inseguro evitativo	Mamá 2 hermanos 1 hermana	Se observa cierta resistencia de la mamá frente a las intervenciones y propuestas del Equipo. Se intenta fortalecer el vínculo de confianza de Susana hacia el equipo para disminuir las resistencias y la actitud defensiva de la mamá.	La diada asiste sólo a algunos de los turnos que se le otorgan para el seguimiento y acompañamiento del vínculo temprano.
8	<p>-Bajo peso</p> <p>-Controles prenatales insuficientes</p> <p>-Escasa comunicación por medio de la mirada desde la madre</p>	Registro de señales de alarma por parte de la mamá Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud	Apego Inseguro Evitativo	Papá mamá hermana	La madre ha seguido las indicaciones de la Pediatra y del Equipo de Fortalecimiento del Vínculo Temprano y ha comenzado a plantear dudas en relación a la	Se han logrado modificaciones en la modalidad de apego, lográndose una mejor comunicación entre la mamá y su hija. María Laura continúa

	<p>-Escasas vocalizaciones de parte de la mamá</p> <p>-Uso indiscriminado del pecho</p>				<p>crianza, lo que muestra que el vínculo de confianza con el Equipo de Salud se ha fortalecido.</p>	<p>aumentando de peso a un mejor ritmo.</p> <p>Debido a las dificultades para trasladarse, la díada no asiste a algunos de los turnos de seguimiento y acompañamiento de la díada, y en ocasiones se la atiende sin turno cuando concurre a otro servicio del Centro de Salud.</p>
9	<p>-Niño con riesgo de obesidad infantil.</p> <p>-La madre lo amamanta de manera indiscriminada, todo el día.</p> <p>-El niño se prende con fuerza a su madre y/o la mamá lo sostiene pegado a su cuerpo al niño, durante la consulta, y en la convivencia cotidiana.</p> <p>-Dificultades en la comunicación entre los padres.</p> <p>-Precariedad e</p>	<p>Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud.</p> <p>Asistencia periódica a la consulta pediátrica y a las entrevistas individuales.</p> <p>Intercambio de miradas entre el niño y la mamá, posibilidad de establecer contacto y comunicarse por medio de la mirada</p>	<p>Apego inseguro ambivalente</p>	<p>Mamá</p> <p>Papá</p> <p>Abuelos</p> <p>paternos</p> <p>Tío paterno</p>	<p>Verónica tiene Obra Social. Los controles de Salud de Tiago los han realizado de manera particular. El Equipo acuerdan la inclusión y continuidad de Verónica y Tiago en el Proyecto de Fortalecimiento del Vínculo Temprano, ya que no concurrirán más al Centro de Salud.</p>	<p>Verónica ha podido regularizar el ritmo en la alimentación.</p> <p>La madre ha podido solicitar la intervención del padre en la puesta de límites en relación a la familia paterna conviviente.</p> <p>La díada ha continuado asistiendo al consultorio de Vínculo Temprano.</p>

	<p>inestabilidad habitacional.</p> <ul style="list-style-type: none"> -Familia paterna conviviente con características intrusivas e invasoras, que intentan cumplir funciones maternas y paternas, intrometiéndose en la crianza de Tiago. -Relación de la pareja conyugal no consolidada. <p>Vínculos inestables.</p>					
10	<ul style="list-style-type: none"> -Escasas vocalizaciones entre la diada -Dificultades para sostener momentos sin establecer contactos piel a piel entre la diada. -Yazmín se prende con fuerza a su madre y Katherina la sostiene pegada a su cuerpo durante la consulta. -Intervalo 	<ul style="list-style-type: none"> -Contacto afectivo o comunicación piel a piel entre la mamá y el niño. -Contacto corporal cercano y recíproco mientras el niño es sostenido en brazos 	Apego inseguro ambivalente	Papa Mamá hermana	Asistencia periódica a la consulta pediátrica y posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud.	El Equipo de Vínculo Temprano no ha podido continuar con el seguimiento de esta diada debido a que la pareja se ha separado y la madre y sus hijas cambiaron de domicilio.

	<p>intergenésico menor a 2 años</p> <ul style="list-style-type: none"> -Precariedad Habitacional -Cohabitación y colecho -Dificultad para organizarse y cumplir una rutina familiar. -Ausencia de familia continente -Figura paterna debilitada frente a la figura materna muy presente. 					
11	<ul style="list-style-type: none"> -Escaso contacto afectivo entre la mamá y el niño. - Resistencia de la niña a ser sostenido en brazos por su mamá. - Precariedad e inestabilidad habitacional. - Colecho y cohabitación. -Madre con dificultades para 	<ul style="list-style-type: none"> - Intercambio de miradas entre el niño y la mamá, posibilidad de establecer contacto y comunicarse por medio de la mirada - Emisión de vocalizaciones recíprocas mamá-niño-mamá. -Posibilidad de la pareja adolescente de conformar un grupo familiar independiente de sus familias de origen. Se han mudado a una nueva vivienda 	Apego Inseguro Ambivalente	Papá Mamá hermana	Asistencia periódica a la consulta pediátrica y posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud	El Equipo de Vínculo Temprano no ha podido continuar con el seguimiento de esta díada debido a que la pareja se ha separado y la madre y sus hijas cambiaron de domicilio.

	<p>organizarse y cumplir una rutina familiar.</p> <p>-Bajo peso, desnutrición.</p> <p>Internación en CONIN.</p> <p>- Figura paterna debilitada frente a la figura materna muy presente.</p> <p>-Intervalo intergenésico menor a 2 años</p>					
12	<p>Bajo peso</p> <p>Rechazo a la comida</p> <p>Uso indiscriminado del pecho para calmar al bebé</p>	<p>Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de Vínculo Temprano.</p> <p>Contacto afectivo entre la mamá y la hija</p> <p>Apoyo de la abuela materna</p>	<p>Apego inseguro ambivalente.</p>	<p>Mamá</p> <p>Papá</p> <p>Hermano</p> <p>Abuelos paternos</p> <p>Tío paterno</p> <p>3 tías paternas</p> <p>1 primo</p>	<p>Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de Vínculo Temprano.</p>	<p>-Zoe ha mejorado su peso</p> <p>-Debido a dificultades neurológicas vinculadas a dificultades en el nacimiento a sido derivada a otro servicio.</p>
13	<p>Bajo peso</p> <p>Llanto intenso por parte del niño durante la consulta, especialmente cuando es apartado de su madre para pesarlo o revisarlo.</p> <p>Dificultades para sostener momentos sin</p>	<p>Asistencia periódica a la consulta pediátrica.</p> <p>Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud.</p> <p>Intercambio de miradas y de vocalizaciones entre el niño y la mamá.</p> <p>Contacto afectivo o comunicación piel a piel entre la mamá y el niño.</p>	<p>Apego inseguro ambivalente.</p>	<p>Mamá</p> <p>Papá</p>	<p>Si bien ambos padres asisten con regularidad al Consultorio de Vínculo ha sido muy difícil profundizar algunas temáticas. En muchas ocasiones, ellos responden de manera defensiva a las preguntas e intervenciones que</p>	<p>Francisco ha continuado aumentando de peso a un mejor ritmo, sin embargo los padres siguen expresando preocupación porque "escupe la comida".</p>

	momentos sin establecer contactos piel a piel entre la díada. El niño se prende con fuerza a su madre y/o la mamá lo sostiene pegado a su cuerpo durante la consulta, dificultades para dejarlo en la camilla o pesarlo.				realiza el Equipo.	
14	La abuela paterna intenta reemplazar a la madre en funciones básicas como la alimentación, el baño, la adaptación al jardín, la consulta pediátrica. Dificultades para subir de peso. Peso estacionario. Cohabitación.	Asistencia periódica a la consulta pediátrica.	Apego inseguro evitativo	Mamá Papá 1 hermano 2 medios hermanos Tío materno	Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud.	Tiago ha aumentado satisfactoriamente de peso. Tiago ha sido trasladado a la habitación de los hermanos. Se han logrado acuerdos para el cuidado de Tiago por parte de sus abuelos.
15	-Sobrepeso -Actitud materna ansiosa frente a la lactancia -Cohabitación y colecho	Posibilidad de escucha frente a la intervención de la pediatra. Actitud materna atenta frente a las necesidades de su bebé.	Apego inseguro ambivalente	Mamá papá	La mamá es capaz de escuchar las intervenciones realizadas, reflexiona sobre las mismas, siendo capaz de plantear interrogantes.	Si bien no se han producido grandes avances en el tema de la alimentación, la mamá está aprendiendo a diferenciar el llanto, como medio de comunicación no

						sólo asociado al alimento.
16	-Intento de aborto -Mamá temerosa. -Colecho. Cohabitación. -Baja señal de alarma por parte de la mamá en relación a riesgos de accidentes domésticos.	Concorre periódicamente a la consulta pediátrica	Apego inseguro-ambivalente	Mamá Papá 2 hermanos Abuelo materno	Concorre periódicamente a la consulta pediátrica y responde adecuadamente a las sugerencias e indicaciones vertidas por el profesional.	Se observa una actitud más tranquila en la mamá. En la consulta el niño espontáneamente abraza a la mamá, y de esa manera se calma frente a la intervención pediátrica. En cuanto al desarrollo motor, Pablo ya camina solo, este logro ha tranquilizado a su mamá. Laura relata que lo coloca en el piso y pone un colchón para evitar riesgos frente a caídas. Esto resulta importante ya que nos muestra que la mamá ha podido modificar sus acciones frente a los riesgos, anteriormente los registraba cuando el riesgo era inminente o estaba ocurriendo.
17	-Dificultades para mantener nivel adecuados en la distancia vincular con su bebé, en cuanto a los	Se observa que la mamá está muy pendiente de las necesidades de su hijo, es capaz de pedir ayuda frente a las dificultades. Familia continente, colaboran	Apego inseguro ambivalente	Mamá Tío materno Abuelos maternos	Posibilidad de escucha frente a la intervención de la pediatra.	Si bien había logrado separar a su hijo de su cama, ha habido un retroceso, la mamá se angustia frente a nuevos acontecimientos (llanto

	límites y el espacio. -Cohabitación y colecho	para que Marlén pueda cumplir con su rol materno y a su vez pueda continuar con sus estudios.				nocturno de su hijo) y vuelve a su hijo a dormir con ella.
18	Prematurez al nacer Bajo peso: dificultades para recibir el alimento, rechazo del mismo. Dificultades en la pareja parental: lleva a crear obstáculos en la vinculación con la niña. Cohabitación y colecho.	Concorre periódicamente a la consulta pediátrica.	Apego inseguro-ambivalente.	Mamá papá	Es capaz de interrogar y plantear sus inquietudes al equipo de salud, para buscar nuevas formas de resolución ante los problemas.	Si bien en la consulta la mamá se muestra preocupada, tiene dificultades para realizar modificaciones. No asiste a interconsulta fonoaudiológica. Las dificultades con la pareja se muestran como primordiales.
19	Escaso intercambio de miradas, y de vocalizaciones entre el niño y la mamá. Escaso contacto afectivo. Lucas no responde a lo que le dice su mamá.	Asistencia periódica a la consulta pediátrica	Apego inseguro – evitativo	Mamá	Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud.	La audiometría solicitada da resultados normales, lo que descarta que el problema de Lucas tenga que ver con la audición.

	Pareciera no escuchar. Derivado por el Programa DESEPREC.					
20	Bajo peso. Miradas significativamente largas de la mamá hacia su hija cuando ella se encuentra jugando en la consulta.	Asistencia periódica a la consulta pediátrica. Intercambio de miradas entre Morena y la mamá, posibilidad de establecer contacto y comunicarse por medio de la mirada. Emisión de vocalizaciones recíprocas entre la mamá y su hija.	Apego inseguro-ambivalente.	Mamá Papá 2 tíos maternos 2 primos Abuelos maternos	Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud	Si bien se encuentran preocupados por las dificultades en torno a la alimentación y por el bajo peso de Morena, tienen dificultades para reflexionar en relación a los límites y que no tienen que ver sólo con retarla o limitarla cuando realiza alguna conducta que no corresponde, sino también con el orden en la alimentación, la posibilidad del destete, etc. Responsabilizan de esto a los abuelos maternos y paternos, por desautorizarlos. Presentan dificultades para pensar qué tienen que ver ellos en este problema.
21	-Intervención excesiva de la abuela y la tía-	-Consulta periódica al pediatra. -Contacto corporal cercano y recíproco mientras el niño es	Apego inseguro ambivalente	Mamá Abuela materna	Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de	La madre ha concurrido a todos los controles a partir del nacimiento.

	<p>abuela en la crianza de la niña. -Dificultad para mantener como alimentación lactancia exclusiva. -Cohabitación y colecho.</p>	<p>sostenido en brazos.</p>		<p>Tía abuela materna</p>	<p>salud</p>	<p>Al primer control concurre con la madre, la abuela y la tía abuela. Luego concurre la mamá sola. Daniela ha comenzado a sentirse más segura en relación a las respuestas que le ofrece a su hija, a partir de poder escuchar al equipo y sentirse competente como mamá.</p>
<p>22</p>	<p>-Peso estacionario -Frecuentes caídas y golpes -Miradas significativamente largas hacia Federico, por parte de su mamá. -Dificultades para sostener momentos sin establecer contactos piel a piel entre la díada. -Federico se prende con fuerza a su madre, quien tiene dificultades para dejarlo en la camilla.</p>	<p>-Emisión de vocalizaciones recíprocas entre Laura y Federico. -Contacto afectivo o comunicación piel a piel entre la mamá y Federico. -Contacto corporal cercano y recíproco mientras Federico es sostenido en brazos.</p>	<p>Apego inseguro ambivalente</p>	<p>Mamá Papá Medio hermano materno Hermano Abuelos maternos</p>	<p>Asistencia a la consulta pediátrica menos frecuente que la indicada según la edad del niño. Dificultad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud.</p>	<p>A la mamá le cuesta establecer prioridades y poner en primer lugar el bienestar de sus hijos. Dificultades para correrse de su rol de hija y nieta y de asumir el rol materno. La díada no ha asistido a las últimas consultas de Vínculo Temprano, sin embargo se comunica con la pediatra para referirle que está realizando los estudios solicitados por la misma.</p>

23	<p>-Violencia doméstica</p> <p>-Enuresis diurna y nocturna</p> <p>-Lactancia materna: Romina (4 años y medio) aún toma el pecho.</p>	<p>-Contacto afectivo o comunicación piel a piel entre la mamá y Romina.</p> <p>-Intercambio de miradas entre la niña y la mamá, posibilidad de establecer contacto y comunicarse por medio de la mirada.</p>	Apego inseguro ambivalente	Mamá papá	Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del equipo de salud.	Mari ha dejado de darle el pecho a Romina. Romina ha avanzado en el control de esfínteres. En las últimas entrevistas, se observó a Mari más tranquila y menos angustiada.
24	<p>-La mamá adopta un actitud de excesiva atención frente a la bebé.</p> <p>-Preocupación recurrente frente a la posibilidad de que la bebé se enferme.</p> <p>-Discurso de la abuela materno muy presente, por momentos confunde a la mamá.</p> <p>-Cohabitación y colecho.</p>	<p>-Vínculo cercano entre la mamá y la bebé, que se observa en la comunicación que establecen, en las respuestas de ambas frente a los estímulos emitidos.</p> <p>-Vínculo cercano entre el papá y la bebé.</p>	Apego inseguro ambivalente.	Mamá Papá	Asistencia periódica a la consulta.	La mamá ha podido adoptar una actitud diferente frente al llanto de la niña, esto ha llevado a romper la relación directa llanto-alimento. De manera paulatina se ha podido abrir el escenario de preguntas frente a los saberes del discurso de la abuela, esto ha bajado un poco el nivel de ansiedad de la mamá.
25	<p>-Retraso en el desarrollo del lenguaje</p> <p>-Dificultades en la adaptación al Jardín Maternal</p>	-Contacto afectivo entre la diáda	Apego inseguro ambivalente	Mamá Tía materna	Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud.	La mamá se encuentra menos angustiada y con mayor capacidad de escucha. Aunque Axel continúa con dificultades en el Jardín

	-Utilización de objeto transicional					Maternal, la mamá las tolera mejor, pudiendo acompañar a su hijo en los cambios vitales que han ocurrido. -Axel ha comenzado a jugar y a hablar en la consulta, logrando una distancia más adecuada con su mamá.
26	-Colecho	Intercambio de miradas entre el niño y la mamá, posibilidad de establecer contacto y comunicarse por medio de la mirada. -Contacto afectivo o comunicación piel a piel entre la mamá y el niño. -Contacto corporal cercano y recíproco mientras el niño es sostenido en brazos.	No ha podido ser evaluado	Mamá Papá Abuelos paternos	Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud.	
27	-Cohabitación y colecho	-Posibilidad de establecer contacto y comunicarse por medio de la mirada. -Contacto afectivo o comunicación piel a piel entre la mamá y el niño. -Contacto corporal cercano y recíproco mientras el niño es sostenido en brazos.	No ha podido ser evaluado	Mamá Papá Abuelos maternos	Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud.	

28	<p>Escaso intercambio de miradas y de vocalizaciones entre el niño y la mamá.</p> <p>Embarazo no buscado por Jéssica, con una pareja poco estable</p> <p>Cohabitación</p>	<p>Registro de señales de alarma por parte de la mamá</p>	<p>Apego inseguro evitativo</p>	<p>Mamá</p> <p>Media hermana</p> <p>Medio hermano</p> <p>3 tías maternas</p> <p>3 tíos paternos</p> <p>1 primo</p> <p>Abuelos maternos</p>	<p>Asistencia a la consulta pediátrica menos frecuente que la indicada según la edad del niño.</p> <p>No hay asistencia periódica al consultorio de vínculo</p>	<p>La mamá no respeta la frecuencia de los turnos otorgados.</p> <p>No se visualizan cambios significativos en la díada.</p>
29	<p>- Desnutrición</p> <p>-Miradas significativamente largas y/o dificultades para apartar la mirada de la otra parte de la díada</p> <p>-Desacuerdos entre los padres sobre pautas de crianza</p>	<p>Intercambio de miradas entre el niño y la mamá, posibilidad de establecer contacto y comunicarse por medio de la mirada</p> <p>-Emisión de vocalizaciones recíprocas mamá-niño-mamá. Incluye el llanto que comunica.</p>	<p>Apego inseguro ambivalente</p>	<p>Mamá</p> <p>Papá</p> <p>Abuela paterna</p> <p>Tía paterna</p>	<p>Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud.</p>	<p>La mamá se observa menos angustiada y ansiosa.</p> <p>El papá se muestra resistente y con una actitud defensiva frente a las intervenciones del equipo de salud.</p>
30 1° Informe Ficha N°1	<p>-Embazo ocultado a la familia materna</p> <p>-La mamá no se realizó ningún control durante el embarazo.</p> <p>-El nacimiento de</p>	<p>-Buen vínculo entre el papá y la niña</p> <p>- Los abuelos colaboran con la mamá para que pueda hacerse cargo de Geraldine</p>	<p>Apego inseguro evitativo</p>	<p>Mamá</p> <p>Abuelos maternos</p> <p>7 tíos maternos</p>	<p>La madre presenta dificultades para establecer contacto con el equipo de salud, esquiva la mirada.</p>	<p>La díada no ha continuado asistiendo a consultorio de Vínculo Temprano.</p>

	<p>Geraldine fue en el domicilio de la mamá. Ella se encontraba sola</p> <ul style="list-style-type: none"> -Escasas vocalizaciones o intercambio de miradas entre la mamá y el niño. -Dificultades en la alimentación. <p>Destete brusco e incorporación muy temprana de alimentos</p> <ul style="list-style-type: none"> -Cohabitación y colecho 					
<p>31 2° Informe Ficha N°15</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Bajo peso -Cohabitación y colecho -Julián tiene intolerancia a la lactosa y necesita una leche especial que es muy costosa -Llanto intenso, incontrolable, por parte del niño Caprichos y berrinches 	<ul style="list-style-type: none"> - Capacidad de la mamá de movilizarse y buscar recursos para resolver necesidades básicas de sus hijos 	<p>Apego inseguro-ambivalente</p>	<p>Mamá 1 hermana 4 hermanos Abuelos maternos</p>	<p>Asistencia a la consulta pediátrica menos frecuente que la indicada según la edad del niño. Dificultades de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud.</p>	<p>Julián había comenzado a aumentar de peso a un mejor ritmo, pero la diada no continuó asistiendo a consultorio de vínculo temprano.</p>

<p>32 2° Informe Ficha N°17</p>	<p>-Llanto intenso, incontrolable, por parte del niño -Trastornos del lenguaje -Cohabitación -Berrinches y caprichos -Violencia doméstica</p>	<p>-Emisión de vocalizaciones recíprocas mamá-niño-mamá. -Contacto afectivo o comunicación piel a piel entre la mamá y el niño.</p>	<p>Apego inseguro ambivalente</p>	<p>Mamá Papá 2 tías maternas abuela</p>	<p>Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud</p>	<p>No continuó asistiendo a consultorio de vínculo temprano.</p>
<p>33 2° Informe Ficha N°18</p>	<p>-Bajo peso -Cohabitación y colecho -Miradas significativamente largas y dificultades para sostener momentos sin establecer contactos piel a piel entre la díada. -El niño se prende con fuerza a su madre y la mamá lo sostiene pegado a su cuerpo durante la consulta, dificultades para dejarlo en la camilla.</p>	<p>-Emisión de vocalizaciones recíprocas mamá-niño-mamá. Incluye el llanto que comunica -Contacto corporal cercano y recíproco mientras el niño es sostenido en brazos</p>	<p>Apego inseguro-ambivalente</p>	<p>Mamá (embarazada) Papá</p>	<p>Asistencia a la consulta pediátrica menos frecuente que la indicada según la edad del niño Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud</p>	<p>La mamá siente que Milagros necesita más atención por la venida del hermanito, y en consecuencia decide retroceder en relación a los logros alcanzados, llevándola a dormir nuevamente con ellos. El equipo de salud la ha acompañado y orientado frente a este proceso. La madre relata que Milagros ha vuelto a dormir en su cama. No continuó asistiendo a consultorio de vínculo temprano.</p>

	-No se respeta una adecuada distancia en el vínculo (pegoteo)					
34 2° Informe Ficha N°19	-Dificultades para asumir un rol materno diferenciado de la figura de su progenitora. La abuela descalifica a su hija como madre. - Cohabitación y colecho	-Contacto afectivo o comunicación piel a piel entre la mamá y el niño	Apego inseguro ambivalente	Mamá Abuelos maternos Tío materno	Asistencia periódica a la consulta pediátrica.	Se propone a Natalia un espacio de orientación y acompañamiento en su función. Sin embargo la abuela es quien se niega rotundamente a que su hija reciba recomendaciones por parte del equipo. No continuó asistiendo a consultorio de vínculo temprano.
35 2° Informe Ficha N°20	-Asistencia a la consulta pediátrica menos frecuente que la indicada según la edad del niño -Escasas vocalizaciones entre la mamá y el niño. -Llanto intenso, incontrolable, por parte del niño -Escaso contacto afectivo entre la mamá y el niño.	-Emisión de vocalizaciones recíprocas mamá-niño-mamá. Incluye el llanto que comunica	Apego inseguro ambivalente	Mamá Papá Abuelos paternos Hermana Medio hermano	-Dificultades de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud. -La madre tiene dificultades para cumplir con los tratamientos indicados a la niña.	No continuó asistiendo a consultorio de vínculo temprano.

	<ul style="list-style-type: none"> -Uso indiscriminado del pecho para calmar al bebé -Cohabitación y colecho 					
<p>36 2° Informe Ficha N°23</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Escasos controles pre natales -Escasas vocalizaciones entre la mamá y el niño. -Llanto intenso, incontrolable, por parte del niño -El niño se prende con fuerza a su madre, quien tiene dificultades para dejarlo en la camilla. -Cohabitación y colecho 	<ul style="list-style-type: none"> -Intercambio de miradas entre el niño y la mamá, posibilidad de establecer contacto y comunicarse por medio de la mirada. -Contacto corporal cercano y recíproco mientras el niño es sostenido en brazos. 	<p>Apego inseguro ambivalente</p>	<p>Mamá Abuelos maternos 3 tíos maternos 1 tía materna 1 primo</p>		<p>No continuó asistiendo a consultorio de vínculo temprano.</p>

V) El Lugar del Niño en la Familia

Es posible realizar un análisis de las diadas con las que se ha realizado un acompañamiento sostenido en el tiempo en la presente investigación a partir de los siguientes aspectos:

- la paternidad y la maternidad consideradas construcciones sociales y culturales, y no como hechos naturales que vienen dados desde lo biológico.
- el lugar particular que ocupa cada niño en su familia
- las determinaciones que los dos primeros aspectos producen en el establecimiento del vínculo del niño con sus otros significativos

1) Rosana-Luciano: Se observan dificultades para diferenciar el lugar de la familia cuidadora y el de la madre biológica. En el discurso de la madre cuidadora aparecen críticas y descalificación hacia la madre biológica, remarca las falencias y dificultades por las que ella atraviesa.

Respecto de las posibilidades de intervención, el Equipo de Vínculo Temprano ha intentado clarificar el lugar de la familia cuidadora en el desarrollo de Luciano. También se han brindado a los padres cuidadores orientaciones generales sobre el crecimiento y desarrollo de Luciano, quien ha mejorado sus condiciones de salud: se encuentra sano, con buen peso y ha comenzado a caminar.

En este caso se puede reflexionar sobre el lugar de la familia biológica y el de la cuidadora. La madre biológica no está habilitada para cumplir su función desde las instituciones y desde el discurso de alguien a quien le asignan la tarea de “cuidar” dando por hecho que “sabe” cómo hacerlo, sabe cómo se es madre (madre cuidadora). Es importante plantearse qué lugar ocupa el niño en esta red que se arma. Concebimos la “maternidad” como construcción social, y no como un hecho natural.

2) Roxana-Guadalupe Abigail: La madre manifiesta temor ante las conductas de la niña, miedo a que ella enferme. Se siente observada por la familia paterna, considerando que la misma cuestiona el desarrollo de su función como madre. La distancia respecto del padre es un factor que no colabora para lograr que la madre se sienta más acompañada en los temas de la crianza respecto a la niña.

La función de la madre es cuestionada desde el discurso de la familia paterna. Esto la lleva a pararse frente a la maternidad con una cuota de duda del tipo “seré buena madre, como para detectar las necesidades en mi bebé”. Se trabaja la importancia de ir aprendiendo acerca de las necesidades de Guadalupe, mostrándole que la maternidad no es algo innato en los sujetos, sino que se puede ir aprendiendo cómo ser mamá, apoyándose en diferentes referentes y al ir conociendo a su hija.

3) Johana-Lucía: La madre atraviesa una situación de violencia conyugal que la lleva a separarse del padre de Lucía cuando estaba embarazada. Johana refiere que sus hijos pasan varios meses sin ver al papá. “Ya no viene, antes venía para molestarme. Lucía pregunta por el papá y yo no sé que decirle”. Existe una relación cercana con el abuelo materno, Johana refiere que Lucía y sus hermanos a veces le dicen “papá”, ella les aclara que es el abuelo. La mamá está de mejor ánimo y con más energía, su médica le ha recomendado tomar vitaminas y hierro, lo cual han favorecido un deseable aumento de peso en ella. Se trabaja con Johana lo importante que es para Lucía poder hablar de su papá y que cuando pregunte por él, intente responderle sus interrogantes sin dar información que la niña no solicita, pero diciéndole la verdad acerca de lo que pregunta.

En este caso la violencia por parte del padre lleva a la madre a excluirlo del hogar para preservar a sus hijos y su propia integridad personal. La mamá vive con temores frente a las amenazas que el padre realiza. Desde sus posibilidades, cumple un importante rol de soporte para sus hijos. Aparece el padre como una incógnita para sus hijos, ella no tiene respuestas, probablemente desde el dolor que la situación le despierta. Es capaz de reflexionar acerca de esto, pudiendo acercarse a una respuesta.

4) Érica-Miguel Ángel: Miguel Ángel es fruto de una violación. Durante el primer año de vida de su hijo, la mamá estuvo muy ocupada preocupándose de que su hijo estuviese bien y sosteniendo sus proyectos personales previos, ya que continuó asistiendo a la escuela. El hecho de la violación quedó en un segundo plano para ella.

Al ver que su hijo va creciendo y comienza a independizarse poco a poco de ella, Érica ha comenzado a pensar más en sí misma y el tema de la violación le resulta cada vez más doloroso. Aunque actualmente Érica no convive con su grupo familiar de origen, es de destacar el gran apoyo que ha brindado y brinda la abuela a Érica en el ejercicio de las funciones que hacen a la maternidad. Actualmente convive con su novio.

Para pensar y rescatar la posibilidad de la madre de sostener un vínculo afectivo con su bebé, dejando en un segundo plano la angustia que le produce la vivencia de un abuso. Algo para resaltar son los recursos que se le brindan desde el contexto (apoyo familiar, de su actual pareja, de su escuela, del centro de salud) que le permiten a la madre posicionarse adecuadamente como mamá de Miguel Ángel, entendiendo la maternidad como una construcción que se nutre desde lo social.

5) Cristina-Luciana: El modelo de familia que sostienen es una familia ensamblada. Conviven ambos con sus hijos y con Luciana, la hija que tienen en común. Cristina refiere que para ella sus hijos son lo más importante y no quiere que su pareja haga diferencias entre sus hijos.

La madre entendía como preocupación primaria materna, ocuparse de que sus hijos tengan las necesidades económicas cubiertas, esto le hacía delegar el cuidado de los niños a su madre. La mamá ha reducido el horario de trabajo para poder quedarse con sus hijos porque su mamá (grupo familiar conviviente) puede cuidarselos pero ella considera que la abuela no les pone límites. Relata que cuando se muden de vivienda, su actual pareja piensa contratar una señora para que cuide a los niños, cuando ella sale a trabajar.

Cristina tiene dificultades para discriminar la relación entre sus hijos. Se observan dificultades en la puesta de límites. Presenta una dificultad para permitir que sus hijos se separen de ella, que se manifiesta en el colecho.

Tiene necesidad de sentirse realizada como madre y como mujer y para ello necesita del apoyo de un hombre. Se intenta acompañarla y sostenerla en los cambios que ha decidido: disminuir las horas laborales, promover una alimentación saludable para sus hijos, preparar la separación de los niños de la cama de ella a partir del cambio de vivienda.

Se puede observar aquí una familia con modalidad ensamblada y las consecuencias que estas nuevas formas de agrupación social traen aparejados. Como todo nuevo modelo aporta nuevas significaciones y lecturas de la realidad de lo que es hoy una familia. El ejercicio del rol materno, las responsabilidades de sostener también su rol laboral como mujer. Luciana ocupa un lugar muy especial en la familia al ser hija de ambos y por lo tanto opera como representante de la unión.

6) Mariana-Victoria: Victoria presenta bajo peso, dificultades en el desarrollo del lenguaje y en conductas esperables de acuerdo a su edad (ej, control de esfínteres). La madre niega toda dificultad respecto de la niña, encuentra argumentos frente las intervenciones y cuestionamientos profesionales. A su vez, no realiza los controles médicos con la frecuencia recomendada. Respecto a la relación con el papá de la niña, aparece una situación ambigua en el discurso de la madre, no queda claro si la elección es estar juntos o continuar viviendo con sus familias de origen. Mariana es mantenida por su familia quien al parecer le facilita todos los medios para poder continuar realizándose a nivel personal y profesional. Existen dificultades de la madre para reconocer las necesidades de su hija, escasa discriminación en el vínculo que repercuten en el vínculo con la niña y en su desarrollo.

La madre no logra desprenderse de su lugar de hija, en un seno familiar que le permite seguir ocupando este lugar de receptora de cuidados. Se observan contradicciones en el vínculo de pareja. La madre no logra posicionarse para cumplir su función reconociendo las necesidades particulares de su hija y las dificultades en el desarrollo que presenta. La escasa discriminación en el vínculo entre la madre y la hija produce síntomas en la niña.

7) Susana-Bruno: Susana presente dificultades en el establecimiento de un vínculo cercano con Bruno. No registra las necesidades del niño, se muestra impaciente y cansada frente a las tareas relativas a la crianza. La hermana mayor, M. Laura es quien asume muchas funciones respecto a su hermano, la madre no parece cuestionar esto, más bien se posiciona en una postura cómoda. Las dificultades en el contexto habitacional parecen agravar esta situación de malestar en la madre y en sus hijos. Susana ha recibido denuncias de sus hermanas por el trato que ejerce sobre sus hijos.

Susana vivencia la maternidad como una carga pesada, difícil de sostener, la angustia e impaciente todo lo relativo a la crianza de sus hijos, esto le impide lograr un vínculo seguro con ellos. Se observa que para Bruno la relación que establece con su hermana es de vital valor afectivo.

8) Julia-M. Laura: Julia presenta ciertas dificultades para percibir los mensajes y necesidades de su hija. Se vincula con M. Laura desde una posición distante y poco receptiva de las demandas de la pequeña. Esto se traduce en bajo peso en la niña, escasos controles de salud, y en el uso indiscriminado de la teta como medio para calmarla. A la hermana mayor de M. Laura, Julia le dio de mamar hasta los 4 años.

Julia en el relato de su historia de vida, manifiesta que fue abandonada, que no conoce a su mamá biológica y que una señora se hace cargo de ella y la llama "Julia". El desconocimiento respecto de su origen es una temática que la angustia. Julia desconoce su edad ya que no tiene documento de identidad. Las escasas experiencias de cuidado maternal que ha tenido Julia en su infancia dificultan sus posibilidades de ejercer las funciones de "maternaje" con su hija.

El Equipo de Vínculo intenta mostrarle a Julia que esta señora que la cuidó de pequeña es quien ejercía las funciones de madre, que lo biológico no es condición suficiente para determinar los lazos afectivos y que el rol de madre de quererla y protegerla lo había ejercido esta señora.

Es necesario desatacar la maternidad como construcción social, madre no se es desde lo puramente genético, sino desde la función que se ejerce. Lo biológico está lejos de ser un condicionante en el vínculo. La lectura que realiza Julia de su historia la llevan a quedar en un lugar sin referentes ni modelos de lo que es ser madre. Se posiciona frente a la maternidad desde sus posibilidades.

9) Verónica-Thiago: Lo que puede observarse es que Thiago presenta sobrepeso. Sus padres, Verónica y Facundo, conviven en la casa perteneciente a la familia de origen de este último. La abuela paterna tiende a incluirse en tareas relativas a la crianza y los manejos sobre las temáticas del bebé. Verónica evalúa esta actitud como una amenaza a su figura materna, ante esto encuentra en el hecho de amamantar la única forma de contacto exclusivo con Thiago, única función en la que no puede ser reemplazada, como manera de “tener a su hijo” en un espacio propio, solos.

Existen dificultades en la puesta de límites y en la posibilidad de diferenciación de roles y funciones. Verónica manifiesta que tienen dificultades de pareja, ya que Facundo no percibe esta actitud de su familia como una intrusión. A su vez el padre continúa en posición de hijo dentro de una casa donde lo que prevalecen son las leyes que la abuela de Thiago determina.

Se trabaja la necesidad de disminuir la frecuencia de las mamadas. Se acentúa la importancia del dialogo entre la pareja, para lograr un nuevo posicionamiento de Verónica como mamá de Thiago, en el contexto familiar conviviente. Se reflexiona sobre la dinámica familiar, la historia de vida de cada uno de los progenitores, las funciones materna y paterna y el lugar de los abuelos.

Para reflexionar acerca del lugar que ocupa el niño dentro de una familia donde lo que está determinado como ley recae sobre la figura de la abuela. Ambos padres presentan dificultades para cumplir sus funciones ya que lo esperado para ellos es que continúen en posición de hijos. “El niño carga con el peso”, el amamantamiento es para la mamá la única forma de contacto exclusivo con el hijo. El Equipo apunta a fortalecer las funciones materna y paterna.

10) Katherina-Yazmín: Katherina presenta dificultades para organizarse con las actividades del hogar. No discrimina los tiempos y los espacios para vincularse con la bebé. Está muy atenta a la hermanita mayor, ya que piensa que está celosa de Yazmín. Da la impresión de que no se siente acompañada por parte de su pareja, y desde la familia tampoco encuentra posibilidades de contención. Se muestra muy irritable, manifiesta tener poca paciencia, esto la lleva a no poner límites claros frente a sus hijas y sentirse desbordada por no tener control sobre la situación.

11) Katherina-Yanella: Yanella presenta bajo peso, desnutrición. Ha sido internada en CONIN. (Centro de Rehabilitación en Desnutrición infantil). Katherina refiere haber realizado diferentes estrategias para darle de comer a la niña, pero las mismas no han resultado satisfactorias. Pierde la paciencia frente a las negativas a recibir alimentos. Se da la hiperactividad como síntoma frente a la relación madre – hija. Se observa escaso lenguaje, utilización de gestos y gritos para hacerse entender.

El Equipo de Vínculo Temprano no ha podido continuar con el seguimiento de esta familia debido a que la pareja se ha separado y la madre y sus hijas cambiaron de domicilio. El padre refiere no saber dónde se encuentran.

Se observa cómo el alimento reviste características que van más allá del hecho alimenticio. La niña rechaza el alimento ante una mamá que parece no reconocer sus propios límites. El padre es dejado de lado en el vínculo que se establece entre la madre y las niñas, aparece como excluido desde el discurso de la madre.

12) Guadalupe-Zoe: Zoe al nacer tuvo algunas dificultades como consecuencia de un parto complicado. Su desarrollo es normal aunque ha sido un poco más lento que el esperado para su edad cronológica. Por esta razón es derivada al equipo DESEPREC (Programa de Detección Precoz, Seguimiento y Estimulación Temprana).

Esta situación mantiene a la madre en permanente estado de alerta. La madre se encuentra ansiosa, preocupada y angustiada por las dificultades que ha tenido su

hija. Esta dificultad se observa en el momento de la comida. La mamá se altera y pone en duda que su hija pueda comer bien. Esta ansiedad es percibida por Zoe quien rechaza la comida cuando esta viene brindada desde esta mamá ansiosa.

Se reflexiona junto a la mamá respecto al momento de la comida como central en el establecimiento del vínculo con su hija. Se intenta contener las ansiedades de la mamá.

Se orienta sobre cómo preparar el momento de la comida, para que la mamá pueda estar tranquila al momento de alimentar a su hija. Se acentúa la importancia de que Zoe “juegue con la comida” y se familiarice con la cuchara.

Se dialoga, entre otras indicaciones, sobre la posibilidad de que si la mamá siente que no puede manejar su ansiedad puede buscar apoyo afectivo en otros significativos para ella, como la abuela, sin ser reemplazada por ello en estas tareas.

La mamá tiene dificultades para ubicarse en su rol frente a su hija, ya que evalúa las conductas esperables del desarrollo de Zoe como dificultades, provocando sufrimiento en la mamá y obstaculizando el desarrollo y crecimiento de su hija. Las tareas relativas a la crianza se convierten en una carga difícil de sostener.

13) Noelia-Francisco Agustín: Francisco tiene dificultades para recibir alimentos de parte de su madre. Noelia reconoce que se pone muy ansiosa a la hora de alimentar a su hijo y que cuando ella está acompañada Francisco come mejor. Existen dificultades en la modalidad de apego, que se acerca a un patrón ansioso-ambivalente.

Relata la mamá mucha cercanía física con su hijo “está todo el día conmigo”, “siempre se duerme en la teta” y por otro lado cierto rechazo de parte de Francisco a lo que brinda la mamá. Esto además se asocia a ciertas dificultades para establecer distancias. Esto se observa por ejemplo en la manera brusca y radical en que se realizó el destete.

Por otra parte, ninguno de los padres trabaja. La mamá expresa deseos de trabajar pero dificultades para organizarse con el cuidado de Francisco. Si bien el papá no trabaja expresa que “todavía no lo cuido”.

Se observan que las dificultades del niño para recibir el alimento no radican en un motivo orgánico, sino en un factor de otra índole. Las funciones y los roles asignados en esta familia no están definidos claramente. Parece que ninguno de los dos busca hacerse responsable de su función, otorgando en el otro la causa de las dificultades. El padre se ubica en una posición pasiva frente a las demandas de su hijo. La realización personal prima por sobre el proyecto en común y la elección de ser padres.

14) Mónica-Tiago Jesús: La dificultad central parece ser la relación que establece la abuela paterna con Tiago. Ella quiere desplazar a Mónica en su función materna: en la adaptación al Jardín, en los controles médicos, en el momento del baño y la comida.

El niño presenta bajo peso, manifiesta dificultades al momento de la comida a través de una modalidad de conducta dispersa y desordenada.

Ambos padres tienen dificultades para establecer límites claros que le permitan a Tiago comprender cuál es el lugar de la mamá, el del papá y el de los abuelos. Esta dificultad para delimitar sus funciones como padres y preservar el ámbito de la familia nuclear como diferente al espacio de la familia ampliada, se observa también en las dificultades que le genera a la pareja la convivencia con el tío materno.

Se interviene con los abuelos, ayudándolos a pensar en su lugar como abuelos y cómo ellos pueden colaborar para que los padres puedan ejercer sus funciones.

Las dificultades para diferenciar roles y funciones entre la familia nuclear y la extensa, se manifiestan en síntomas en el niño. La abuela paterna cuestiona desde un lugar de crítica la capacidad de la madre para ejercer sus funciones, considera que ella es quien sabe cómo tratar a Tiago, no pudiendo por otro lado transmitir estos saberes a la pareja parental. Se ve cuestionado el lugar de la maternidad y paternidad posibles.

15) Paola-Zamira: Enzo y Paola buscaron este embarazo luego de haber tenido una pérdida. Las dificultades que se observan están en relación con el

amamantamiento, Paola interpreta que darle el pecho a libre demanda es amamantarla cada vez que la bebé llora o se queja. Se observa una actitud ansiosa en la madre y dificultades para discriminar el llanto en la niña, teniendo en cuenta que el llanto al ser interpretado por la mamá constituye una comunicación, que no se reduce al hecho nutricional únicamente.

Como consecuencia, se detecta sobrepeso en la niña. Paola se da cuenta que si no modifica esta pauta que se ha establecido en el vínculo con la niña, tampoco puede cumplir con otras obligaciones que hacen a la organización del hogar.

Aunque el padre no posee un trabajo estable, no interviene de manera activa en la crianza de Zamira.

Se evidencia una escasa diferenciación mamá- bebé. La madre presenta dificultades para interpretar las demandas de su hija, reduciendo todo llamado de la niña al hecho del alimento. La mamá adopta una actitud ansiosa. El lugar del padre aparece debilitado, no tiene mucho espacio en el vínculo que establece la mamá con la niña. La modalidad de apego que prevalece es de tipo ansioso ambivalente.

16) Laura-Pablo: Laura expresa que intentó realizar un aborto al enterarse del embarazo de Pablo. Siente mucha culpa respecto a este hecho y lo atribuye como causa de las dificultades que el niño manifiesta en el desarrollo motor. El niño ha presentado avances en este punto. Se ha trabajado sobre el temor y la culpa de la madre.

Pablo duerme con sus padres ya que relata que el corralito, que también funciona como cuna, no es un lugar higiénico para el niño.

Se observa bajo nivel de alarma frente a accidentes domésticos. La mamá tiende a minimizar los riesgos. Sin embargo, ha logrado modificaciones en este aspecto, tomando las indicaciones dadas en la consulta, pudiendo posicionarse para proteger a su hijo.

La culpa de la madre frente a la decisión de no continuar con el embarazo y las fantasías que aparecen en relación a ello, limitan el desarrollo adecuado del niño. Se

apoya a la mamá para que pueda aliviar la angustia que la situación le produce, esto posibilita que se posicione de una manera más segura frente a ejercicio del rol materno. Como resultado el niño puede recorrer los caminos del desarrollo motriz, de una manera más saludable.

17) Marlén-Uriel: La madre refiere que buscaron el embarazo. Estuvieron conviviendo con el padre durante un tiempo en la casa de ella, pero las cosas no funcionaron entre ellos y él regresó a su casa. La familia de Marlén constituye un referente para que ella puede cumplir la función materna de manera adecuada y a su vez continuar con sus estudios secundarios. El abuelo materno es quien se encarga de cuidar a Uriel cuando la madre asiste a la escuela.

Marlén se posiciona para cumplir su función materna. Se muestra muy atenta a las necesidades de su hijo, es cuidadosa, siendo capaz de pedir ayuda y recibirla con gratitud.

En ocasiones la distancia entre la mamá y el bebé parece no estar bien diferenciada. Marlén pasa a su cama a Uriel durante la noche para poder dormir por períodos más prolongados.

Se trabaja la participación de la figura paterna en la crianza de Uriel para facilitar un vínculo cercano con el papá.

Es de destacar la importancia del núcleo familiar como posibilitador para esta madre adolescente, permitiendo que cumpla la función materna a la vez que continúe su desarrollo personal. Marlen es capaz de asumir y elegir la maternidad desde sus recursos, no como una carga imposible, pudiendo ejercer su función frente a su hijo.

18) Romina-Giuliana: Se observan dificultades a nivel vincular entre la mamá y la niña, que se manifiestan especialmente en la alimentación. Esto ubica a Giuliana en una situación de riesgo, por su bajo peso. El rechazo que la niña manifiesta ante el alimento enoja a Romina y no encuentra estrategias para poder abordar esta dificultad.

La mamá presenta dificultades en el vínculo con su hija, por momentos predomina la fusión y confusión de roles, en otras situaciones se posiciona a mayor distancia y enojo cuando la niña no responde como ella espera.

Los problemas en la pareja parental tienden a ser depositados en la nena, quien se encuentra al parecer “tironeada” desde ambas partes.

Presenta un cierto retraso en el desarrollo del lenguaje, la mamá se muestra preocupada por ello. En la consulta se observa que el lenguaje que utiliza al comunicarse con su hija, no es claro, es infantil.

La mamá utiliza la teta como un modo de calmar a su hija frente a los berrinches que hace.

La madre presenta dificultades para posicionarse adecuadamente desde su función materna, que es vivida como una carga difícil de sostener. Los temas relativos a la crianza y los indicadores del desarrollo dentro de lo esperable son evaluados por la madre de una manera crítica y exigente hacia su hija. Las problemáticas de la pareja parental son depositadas en la niña, quien carga con los síntomas.

19) Rosana-Lucas: Rosana relata que el papá del niño la abandonó cuando se enteró del embarazo. El vínculo de Rosana con Lucas responde a un patrón de apego inseguro – evitativo, prácticamente no se observa contacto afectivo entre la mamá y Lucas.

Lucas presenta serias dificultades en el desarrollo del lenguaje. No se observan intentos de establecer contacto o responder a sus interlocutores, incluso cuando es su madre quien le habla. Realiza ciertos sonidos de tipo repetitivo mientras juega de manera solitaria.

El niño tiene problemas de conducta tanto en su casa al interactuar con su mamá como en el jardín maternal al que asiste. Lucas ha realizado un retroceso en relación al control de esfínteres al ingresar, a principios de este año, al jardín maternal. Ha dejado de avisar para ir al baño, por lo que su madre le ha vuelto a poner pañales.

No cuenta con una red de apoyo social que la contenga a pesar de que hace 17 años que reside en Mendoza (su nacionalidad es Chilena).

Los estudios auditivos descartan organicidad. Aparentemente la dificultad que presenta el niño es de otra índole, se articula con la dificultad vincular que se evidencia.

Se evidencian dificultades para asumir una posición materna que permita un vínculo cercano y afectivo con el niño. La madre parece no ser receptiva de las demandas de su hijo, se maneja con mucha distancia respecto a temáticas altamente implicadas desde lo emocional. Es una madre sola que no busca contactos o referencias en otros (llama la atención que no cuente con una red social que la contenga).

20) Romina-Morena: Los padres deciden convivir a partir del nacimiento de la niña. Muestran dificultades a la hora de poner límites a su hija. Responsabilizan de esto a los abuelos maternos y paternos, por desautorizarlos. Presentan dificultades para pensar qué tienen que ver ellos en este problema.

Esta dificultad para poner límites también se observa en relación a la alimentación de Morena. La niña come lo que tiene ganas sin que los padres puedan reflexionar acerca de los alimentos nutritivos que su hija necesita comer para crecer y desarrollarse. También se observan dificultades de la mamá en relación al destete. No es capaz de limitar a su hija cuando ella manifiesta que quiere el pecho. Se intenta que se impliquen en esta dificultad, reflexionando acerca de los límites como un ordenador necesario en la vida de la niña.

Se observan dificultades parentales para asumir las funciones correspondientes. Los padres notan estas dificultades, pero no realizan ningún movimiento subjetivo para lograr una modificación, sino que deposita la carga del lado de los abuelos. Son padres que ocupan una posición pasiva frente a las dificultades y el trabajo que conlleva la tarea de ser padres.

21) Daniela-Camila:

Daniela se queda embarazada estando de novia. Su novio viaja al sur por razones laborales y pierde contacto con él. No llega a enterarse de la noticia del embarazo.

Existen dificultades para que Daniela ejerza su función. Se observa una descalificación por parte de la abuela y la tía-abuela de Camila acerca de la capacidad de Daniela para asumir su maternidad.

No se sostiene la lactancia como alimentación exclusiva, porque la tía-abuela y la abuela insisten en que le de la mamadera. Daniela evita confrontar con quienes la sostienen económica y afectivamente.

El Equipo de Vínculo interviene para poder apoyar y acompañar a Daniela en el ejercicio del rol materno. Se producen ciertas modificaciones, esto se observa en la asistencia a las consultas, en un primer momento concurre acompañada por su mamá y su tía, luego se presenta sola con su bebé y se muestra más segura frente a las responsabilidades que implica su rol.

El lugar de la maternidad es cuestionado por la tía-abuela y la abuela, quienes se posicionan como teniendo un saber acerca de la crianza y acerca de lo que la bebé necesita. Se rescata las posibilidades de la madre para asumir las responsabilidades de su rol. El lugar del padre aparece como fuera de la escena.

22) Laura- Federico:

Se observa un patrón de apego inseguro ambivalente. Por momentos la mamá está muy encima de Federico, no está tranquila si no lo está mirando, se muestra como sobreprotectora, lo trata como a un bebé y tiene dificultades para ponerle límites. Esto se observa en la dificultad de la mamá para ayudar a su hijo a dejar el chupete.

Por otro lado, hay importantes descuidos de la madre en relación a su hijo menor: gran cantidad de caídas y golpes, e incumplimiento de las pautas y pedidos realizados por la pediatra (realización de estudios, análisis, etc).

Laura manifiesta que se encuentra sobrecargada con los temas relativos a la crianza, esto tiene relación con el hecho de que ella es quien se hace cargo de su abuela, quien está enferma y necesita que la asistan.

Se trabaja acerca de la necesidad de que Laura se ocupe de sus hijos y pueda pedir ayuda a otros familiares para el cuidado de la bisabuela del niño. Se hace hincapié que su responsabilidad es el bienestar y salud de sus hijos.

La mamá tiene dificultades para asumir su posición materna, pudiendo poner en un segundo lugar las demandas provenientes de su familia de origen. Tiene dificultades para separarse de su lugar de hija, y poder así asumir su rol materno. No se toman en cuenta las necesidades del niño, se le resta importancia a la intervención profesional no tomando en consideración las indicaciones. Las dificultades para pedir y recibir ayuda, hacen de la maternidad un camino difícil.

23) Mari-Romina:

Romina tiene cuatro años y medio. Cuando comienza a asistir al consultorio de Vínculo Temprano tomaba el pecho. Esto es observado en la consulta por el Equipo, la mamá responsabiliza a Romina de esto “Yo le he dicho, pero es que ella me pide”.

La madre relata que a partir de los problemas económicos que padecen, su pareja la maltrata. Existe violencia doméstica, especialmente cuando él bebe alcohol. Mari no se siente valorada por su marido, ni como mujer ni como madre. Estas dificultades en las relaciones familiares impactan negativamente en el desarrollo de Romina.

El Equipo había derivado a Mari a tratamiento psicológico por el alto nivel de angustia que presentaba. Es atendida por una psiquiatra que le indica medicación. “Estuve yendo a la doctora, pero ahora no voy más. No quiero tomar más remedios, ya no me hace falta”.

La niña presenta enuresis diurna y nocturna. Mari refiere que controlaba esfínteres pero desde que comenzó a ir al jardín no logra contener adecuadamente. Es de destacar que Romina asiste a dos jardines maternas, uno por la mañana y otro por la tarde. La madre expresa que ha perdido mucho trabajo por ella y de esa manera puede tomarlo.

En algunas ocasiones, Mari trata a Romina como un bebé, y en otras, espera que ella pueda tolerar distancias y adaptarse rápidamente a estar con otros adultos, como en el Jardín Maternal.

Las condiciones socio-económicas no favorecen a esta familia. La violencia doméstica no encuentra su causa sólo en este punto, por ej. en el caso de la bebida se podría pensar también en la variable cultural donde para ser hombre hay que tomar e imponer la ley con firmeza. La mamá se siente cuestionada como madre y como mujer. Esto lleva a dificultades para adoptar límites adecuados a nivel vincular entre la mamá y su hija, quien lo manifiesta con síntomas.

24) Maillén-Zaira:

Una fuerte influencia y referente para Maillén es su madre y sus hermanas. Expresa que en muchas ocasiones, cuando siente que no sabe respecto del manejo con su bebé, se guía por lo que su mamá y sus hermanas le aconsejan.

El uso indiscriminado del pecho que utiliza para calmar a Zaira y el colecho son tomados de orientaciones de la abuela. La mamá adopta una actitud de excesiva atención frente a la bebé, frecuentemente se preocupa frente a la posibilidad de que enferme.

El discurso de la abuela materna está muy presente. La figura de la abuela materna aparece como portadora de un saber, que muchas veces se muestra como absoluto, difícil de cuestionar por parte de la mamá. Esto se ve reflejado en temáticas como los hábitos del sueño y el ritmo de alimentación.

El saber aparece del lado de la abuela, quien no permite que la mamá construya sus propias reglas acerca del modo de relacionarse con su hija. Esto lleva a que la mamá adopte una conducta ansiosa, y se sienta insegura en su rol de madre. Esto se traduce en temores frente a los cambios esperables del desarrollo de la niña y en una modalidad de apego inseguro ambivalente.

25) Yanet – Axel:

Axel vive con su mamá y tía materna. Cuando él tenía un año y medio, sus padres se separaron y desde aquel momento ha perdido todo contacto con su papá. El niño presenta dificultades en el desarrollo del lenguaje. Otro aspecto que preocupa a la

mamá es que la han citado desde el Jardín de Infantes porque problemas de conducta. Axel acompaña a su mamá a su lugar de trabajo.

Desde que nació Axel está apegado a un trapito al que llama “bebé”, según lo que relata la mamá lo utilizaría como objeto transicional. Esto inquieta a la mamá quien percibe que no es normal esta conducta. La mamá también relata que Axel come papeles y pelusas.

Yanet se siente muy insegura en distintos aspectos de la crianza de su hijo. En algunas ocasiones, trata a Axel como un bebé, es posible que esto contribuya a que su hijo se comporte como tal (expresado en los problemas de lenguaje y en el objeto transicional). Se acentúa la importancia de su función como mamá para facilitar el desarrollo de su hijo.

Axel pregunta a su madre por su padre y ella no ha logrado responderle. Se reflexionó junto con la mamá la importancia de que Axel conozca su origen. Que pueda contarle sobre su padre y también indagar cuáles son los recuerdos o imágenes que Axel tiene de su papá. Además se estuvo dialogando sobre la posibilidad de que ambos puedan encontrarse, ya que la mamá manifiesta que el papá ha realizado intentos por reencontrarse con su hijo, y que ella lo ha impedido.

La mamá presenta dificultades para asumir un rol que le permita a su hijo un desarrollo esperable, se percibe que es como que quisiera que su hijo siga siendo un bebé. El lugar de padre aparece como “borrado de la escena”, facilitando la fusión y confusión en el vínculo madre-hijo.

Para concluir este apartado, resaltamos que en muchas diadas se puede observar:

- El lugar de la familia de origen que puede operar como posibilitador o como obstaculizador frente a la paternidad y maternidad de sus hijos.
- La maternidad como un lugar de sobrecarga, poco valorizado desde la cultura, lo que lleva a no tomar una posición de responsabilidad.
- Las dificultades en la alimentación como síntoma que encubre disfunciones a nivel vincular.

VI) Posición Materna y Función Paterna

Es necesario que los adultos significativos para el niño se ubiquen en posición materna y ejerzan la función paterna para que él pueda desarrollarse adecuadamente.

Desde el inicio de la vida el bebé manifestará sus necesidades por medio del llanto, único recurso con el que cuenta para intentar calmar su malestar. La madre, o quien ejerza la función de maternaje, pone palabras a las necesidades del bebé desde su lógica, desde lo aprendido, desde su cultura.

A partir de estos intercambios, el llanto cobrará la función secundaria de la comunicación, comenzará a cobrar para el bebé el valor de llamado a la madre. Así, queda establecido un vínculo indisoluble que llamaremos vínculo temprano y que comienza mucho antes del nacimiento.

De esta manera el llanto se constituye como medio de comunicación privilegiado del bebé. Muchas veces (en 8 díadas, lo cual representa el **22,2%** de la muestra) la madre, o su sustituto, no comprende el llanto como modo de comunicación y lo reducen a pedido de alimento. Es necesario aprender a diferenciar los mensajes del hijo, y para ello hay que tolerar no saber qué le pasa al niño, aceptar que no se nace sabiendo ser madre.

Para el desarrollo del bebé es importante que haya una persona que se posicione para hacerse cargo de su cuidado, y que esté atenta a la satisfacción de sus necesidades vitales. Esta persona se ubica en posición materna, y ejerce las funciones de maternaje.

La madre es la que podrá contener las angustias y ansiedades del niño, siendo un referente estable para el niño.

Al nacer, el bebé es alojado en una trama simbólica, se le da un nombre y tiene un lugar en relación a otros, este lugar le hace entrar en el orden de la filiación.

El padre en su función paterna, de protección y operando como límite posibilitador, permite el desarrollo del niño al establecer una relación con él, lo cual hará que la situación, hasta entonces diádica, se torne triangular.

La operatoria de la función paterna produce un corte, un límite. Permite establecer diferencias, rompe la relación simbiótica entre la madre y el niño, necesaria en un primer momento, pero obstaculizante del desarrollo del niño si se prolonga más allá de lo debido. La inclusión del tercero puede ser facilitada o impedida por la posición materna.

Desde que un bebé nace hasta que él mismo puede procurarse cuidados por sí mismo, necesita que sus padres le den pautas confiables. Ya desde muy pequeños es bueno que los padres vayan ordenando para el bebé cierta rutina que le da estabilidad: un horario para comer, para dormir, espacios para jugar, para la comida, etc.

En este sentido el orden, las pautas, los límites, permiten darle a un hijo un marco de seguridad para su adecuado desarrollo.

Es importante que los padres sostengan sus palabras, así como los límites y pautas que establecen, en el marco de un acuerdo entre ellos. Podes decir que “no” en el momento correcto ayuda al hijo, lo tranquiliza.

La función paterna es posibilitadora de límites y, por lo tanto, de desarrollo. Esto se observa:

- en cuanto a los lugares simbólicos de cada miembro de la familia (padres, hijos, abuelos, tíos), es un ordenador de lugares y funciones. El **30,5%** de las díadas tenían dificultades en este aspecto (11 díadas).
- en cuanto al orden y la rutina, horarios y lugares de comida, de sueño, de juego, etc., también funciona como ordenador. El **69,4%** de las díadas tenían dificultades en este aspecto (25 díadas).

En articulación con esta temática, se realiza el análisis de la díada N°14 (Mónica - Tiago).

Al concurrir al Consultorio de Vínculo Temprano, Tiago presentaba serias dificultades para subir de peso (peso estacionario).

El equipo observa que los padres tienen dificultades para ocupar su función, de esta manera permiten a la abuela paterna establecer con Tiago una relación que no favorece el desarrollo del niño.

Ambos padres tienen dificultades para ejercer su función, existe una confusión de lugares simbólicos que dificulta que Tiago perciba claramente cuál es el lugar de la mamá, el del papá y el de los abuelos. Por otra parte, la abuela busca desplazar a Mónica de su función materna: en la adaptación al Jardín, en los controles médicos, en el momento del baño y la comida.

La abuela paterna descalifica a Mónica como mamá, expresa a la pediatra preocupación por la salud de Tiago y pretende hacerse cargo del cuidado del niño. No plantea lo mismo con su otro nieto menor.

Esta dificultad para delimitar sus funciones como padres y preservar el ámbito de la familia nuclear como diferente al espacio de la familia ampliada, se observa también en las dificultades que le genera a la pareja la convivencia con el tío materno.

Al investigar sobre la alimentación de Tiago, los padres dan cuenta que no han podido poner pautas que ordenen a su hijo y lo ayuden a aprender que hay un lugar y un momento para comer, diferente del de jugar o de dormir.

La madre relata que toma la misma mamadera durante toda la mañana. "Toma un poco, juega, la deja, vuelve a tomar... y muchas veces no la termina". Comenta que al mediodía tiene dificultades para quedarse en la mesa comiendo, frente a lo cual los padres o la abuela lo persiguen con la comida. Después de comer le dan otra mamadera. Se duerme la siesta (en el sillón o en el piso) viendo tele con una mamadera. A la noche también se duerme con una mamadera.

Muchas veces Tiago cena con su abuela, quien se lo lleva a su casa durante períodos prolongados. Es de destacar que la abuela sólo se lleva a su casa a Tiago, y nunca a su hermano menor.

Tiago duerme en la habitación de sus padres y es el único de los cuatro niños de la casa que no tiene un horario para acostarse y se queda despierto viendo la televisión con sus padres hasta que ellos se van a acostar.

En la casa de los abuelos paternos, Tiago tiene una cama en la habitación de los abuelos, también tiene ropa y cosas de él. El abuelo afirma que su nieto le dice “mamá” a la abuela.

Las intervenciones que se realizan en este periodo buscan fortalecer a Mónica y Cristian en sus funciones materna y paterna.

Se reafirma a Mónica que ella es la mamá de Tiago y, que ellos como papás tienen que marcar los límites con los abuelos. Existen cuidados esenciales en los que la mamá debe tener una presencia principal (comida, baño, adaptación al jardín).

También se le señala que tiene que establecer un “momento” y un “lugar” para la comida, la importancia de una rutina y las dificultades que provoca que Tiago esté todo el día con la mamadera. Se reflexiona acerca de la comida como un momento privilegiado para compartir en familia.

Se trabaja con los padres la necesidad de que Tiago duerma con sus hermanos, la importancia de preservar un espacio diferenciado para la familia nuclear y la posibilidad de que el tío comience a trabajar y busque un espacio propio para vivir.

También se realizaron intervenciones con los abuelos paternos de Tiago. Se les señala que a veces los padres necesitan ayuda para cumplir sus responsabilidades, pero que hacerse cargo de los niños no siempre es ayudarlos, la mejor manera de hacerlo es colaborando para que ellos se hagan responsables de sus hijos.

Se considera que en un tiempo anterior los padres no fueron capaces de hacerse cargo de Tiago, y fue necesario que los abuelos ejercieran las funciones que quedaban vacantes. Sin embargo, aunque los abuelos reconocen que en este momento los papás de Tiago pueden hacerse cargo de él, tienen dificultades para correrse de ese lugar y habilitarlos a ejercer sus funciones como mamá y papá.

Esto nos permite reflexionar que en ocasiones, cuando los padres no pueden por distintas razones asumir sus funciones, los abuelos pueden ocupar un rol importante en la crianza de los niños como referentes estables de ellos.

Se considera que el fortalecimiento de las funciones materna y paterna ha ayudado a Tiago en su desarrollo. Se han observados cambios positivos en el desarrollo y crecimiento de Tiago. (Ha aumentado satisfactoriamente de peso y ha sido trasladado a la habitación de los hermanos).

Es posible pensar que el orden de la filiación (ser el primer hijo de su padre y primer nieto de la familia paterna) opera como obstaculizador del desarrollo, ubicándolo en un lugar difícil, al cual el niño responde con síntomas.

Mónica ha tenido dificultades para posicionarse para poder cumplir las funciones de maternaje, dejando el espacio abierto para que la abuela paterna invada el espacio de la díada. A su vez, esto es reforzado por la abuela, que intenta desplazar a la madre de la posición de principal cuidador del bebé, generando confusión en el niño. El padre tiene dificultades para salir del lugar de hijo y ejercer su función posibilitando la discriminación de lugares simbólicos.

La confusión de lugares que se presenta deja al niño sin un referente estable que le posibilite crecer y desarrollarse. Tanto la madre como la abuela se quedan en la crítica a la otra y pierden de vista el bienestar y desarrollo del niño.

VII) El cuidado de la primera infancia. El rol del adulto

Distintos aspectos del desarrollo del bebé

El niño desde su nacimiento cuenta con una estructura genética, biológica, y funcional que le permiten crecer, madurar y desarrollarse, física, psíquica y socialmente. Esto se produce con una gran intensidad durante los tres primeros años de vida, por ello, esta etapa es fundamental en el posterior desarrollo de la persona.

Lo que el niño trae al nacer determina la secuencia del desarrollo, pero el modo en que éste ocurre se ve determinado por factores (nutricionales, ambientales, sociales, relacionales) que afectan a la madre embarazada, al lactante y al niño pequeño.

Es necesario destacar que en este complejo proceso de transformaciones en donde el niño se desarrolla, las condiciones internas del sujeto son imprescindibles, pero si las condiciones externas que forman la red sobre las que se posibilita el desarrollo humano no están presentes o están debilitadas, pueden aparecer dificultades o retrasos en la motricidad, en el lenguaje, en el aprendizaje, en las relaciones sociales. Lo que permitirá que emerjan las potencialidades en el niño son los cuidados cotidianos ofrecidos por sus padres, la familia y las instituciones dedicadas a acompañar a las familias en el crecimiento y desarrollo de los más pequeños.

De la calidad del vínculo construido durante estos primeros años dependerá que el niño pueda ir resolviendo sus necesidades, partiendo de la dependencia absoluta y logrando una relativa autonomía.

Si aspiramos a una sociedad más democrática, más justa, más respetuosa, es necesario acompañar a los adultos a transitar por estos caminos, ya que son ellos los que transmitirán a los niños estos valores a partir de la calidad del vínculo establecido con ellos.

En todas las diadas, se trabajaron temas relacionados con distintos aspectos del desarrollo del niño, y del modo en el que el niño adquiere las competencias motoras, comunicacionales, conductuales, de aprendizaje y de juego.

Se hizo hincapié en como el adulto es favorecedor de la aparición de dichas competencias a partir de escuchar y comprender las iniciativas del niño y permitir

que estas se expresen. Para ello adecuar el espacio, el tiempo y los objetos es imprescindible.

Desarrollo motor

En cuatro diadas, se observó en los niños dificultad en el desarrollo postural autónomo, por lo cual habían sido derivadas a espacios de atención especializados en trastornos motores. Debido al poco tiempo que las diadas concurren a estos espacios y a que los estudios neurológicos realizados dieron resultados satisfactorios, podemos inferir que las dificultades en la adquisición de las posturas y los desplazamientos tuvieron que ver con:

- Mantener a los niños en brazos o en el coche casi todo el tiempo.
- El desconocimiento por parte de los padres de las mejores maneras de adecuar los lugares donde colocar a los niños.
- El desconocimiento por parte de los padres del momento en que ocurren los cambios en el desarrollo.

Frente a esto el Equipo de Vínculo Temprano orientó a los padres sobre el desarrollo postural autónomo y sobre cómo preparar los espacios para permitir la emergencia de las posturas y los desplazamientos. En estos casos, los niños evolucionaron positivamente, por lo cual queda claro que acompañar a los padres en el proceso de crianza de los niños es indispensable.

En el caso de Roxana-Guadalupe, no se derivó a ningún centro especializado, por acordar con la pediatra que se podía esperar, y ver si, con el acompañamiento de los miembros del Equipo de Vínculo, lo que aparecía como una dificultad se resolvía.

En este caso, se brindó información a la madre sobre:

- Cómo cargar y sostener al bebé.
- Cómo alimentarlo.
- Lugares donde colocarlo durante la vigilia.

- Distintos aspectos del desarrollo del bebé, para disminuir las ansiedades y temores y ayudar a la mamá a que pueda esperar el proceso de desarrollo de la niña.

En este caso, las aparentes dificultades se resolvieron a medida que la madre fue pudiendo escuchar las necesidades de su hija, aprendiendo a observar lo que su hija sí podía hacer y disminuyendo sus exigencias. Esto se logró a partir de estar la madre menos ansiosa y sentirse más segura en su función.

Comunicación

En el 20 % de las diadas trabajadas se observaron dificultades de los niños en la adquisición del lenguaje verbal. Estos niños también tuvieron estudios especiales que arrojaron la inexistencia de problemas clínicos, neurológicos o auditivos, y fueron derivados a programas especiales o derivados de los programas especiales al Consultorio de Vínculo Temprano. Aquí podemos afirmar que el retraso en la aparición del lenguaje verbal tienen que ver con dificultades en el vínculo por:

- Lenguaje infantil por parte del adulto.
- No reconocimiento de la dificultad.
- Escaso proceso de distanciamiento adulto-niño.
- Satisfacción inmediata de una necesidad o no registro de la necesidad.

El Equipo de Vínculo trabajo con las madres la necesidad de:

- Generar espacios diferenciados a adulto- niño. Procesos de distanciamiento.
- La utilización de un lenguaje adecuado.
- El reconocimiento de escuchar las necesidades del niño y responder a sus demandas.

El llanto, como modo de comunicación

El llanto de los niños menores a 6 meses es un tema que angustia mucho a los padres que frente a esto se inquietan y lo decodifican como hambre o como enfermedad. Las madres refieren que los padres les dicen que el niño llora porque “se queda con hambre, y que le den la teta de nuevo”, estas afirmaciones son ratificadas por los padres frente al Equipo de Vínculo. (Taller de embarazadas, bienvenidas a los bebés recién nacidos)

Diada 2: La madre se muestra ansiosa en relación al llanto de Guadalupe, ella cree que cada vez que la niña llora es porque está enferma.

Diada 15: La mamá está aprendiendo a diferenciar el llanto, como medio de comunicación no sólo asociado al alimento.

Diada 24: En cuanto al llanto del bebé, y el temor acerca de la disfonía frente al tiempo prolongado del llanto, se le ha informado que no siempre se relaciona de manera directa con la alimentación, considerando al mismo como una forma de expresión de distintas necesidades, tales como temperatura, malestares de diferentes tipos, atención, etc. La mamá ha podido adoptar una actitud diferente frente al llanto de la niña, esto ha llevado a romper la relación directa llanto-alimento.

En relación a este tema, el Equipo de Vínculo orientó a los padres para que pudieran comprender el llanto como el modo privilegiado de comunicación del niño durante los primeros meses de vida. También se trabajó para poder poner palabras por qué llora un bebé y poder reconocer los diferentes modos de comunicación de los bebés, como expresión de una necesidad.

El trabajo con las madres permitió que estuvieran menos ansiosas y más tranquilas al interpretar el llanto de sus hijos.

Colecho y cohabitación:

Los niños deben tener un lugar donde dormir solos desde muy pequeños, porque si bien ellos necesitan el contacto con la madre también necesitan poder organizar sus sensaciones, que en esta época se confunden con las de la madre.

Si desde muy pequeños ellos reconocen que la cuna es el lugar donde descansan y duermen, más adelante sabrán que cuando se los coloca allí es porque llegó la hora de dormir. Se van construyendo así espacios diferenciados de contacto, de cuidados (baño, cambiado) y de juego durante los momentos en que el niño está despierto.

Sabemos que en los primeros días de vida los niños, al estar en su cuna, suelen tener sensaciones de vacío, es decir, sienten que el espacio es demasiado grande, estaban bien acurrucados en el vientre materno. Esto se puede solucionar si la madre coloca una manta alrededor del niño que lo contenga.

Las madres reconocen estas sensaciones en su hijo y para mitigarlo lo acuestan con ellas en la cama, pero esto no sólo es muy peligroso porque pueden ocurrir accidentes (asfixia) sino que no permite que ellas descansen bien, lo que es necesario para estar disponible para el niño durante los momentos de vigilia. Más tarde, ellas necesitarán tener espacio para compartir con la pareja.

En más de un 70% de las diadas seguidas en la consulta pediátrica se observa colecho y /o cohabitación.

Esto en general no obedece a una falta de recursos físicos, las madres refieren que sus hijos tienen cuna y en otros casos que tiene una habitación para ellos. Pero cuando se les pregunta por qué duermen con ellas responden: “porque así los cuidan mejor, le dan calor, alimentos todas las veces que los niños los requieran, los consuelan cuando lloran”.

Diada 5: Cristina refiere que los tres niños duermen juntos con su mamá en una cama grande. Cristina afirma que si no “sus hijos se van a sentir mal”.

Diada 16: Cuando el padre trabaja en horario vespertino duermen los tres juntos y sino ella sola con el niño. Dice que no lo deja en la cuna porque “se juntan muchas hormigas” (la cuna es el corralitos en el cual come).

Diada 18: Duerme en la misma habitación ya que la madre refiere que le puede dar miedo dormir sola.

Cuando se le explica que los niños necesitan un espacio para ellos y que además es riesgoso que los niños duerman con ellas y a su vez que ellas necesitan descansar

bien y que así no pueden hacerlo, reconocen como ciertos estos principios. Sin embargo, en general prefieren seguir durmiendo con ellos, y no modifican esta pauta vincular.

Dos diadas han podido pasar a sus hijos a otro cuarto o a la cuna.

Diada 14: En esta nueva vivienda han podido diferenciar espacios: Tiago duerme con sus hermanos en una habitación, la pareja duerme en otra habitación y el tío materno en un tercer cuarto.

Diada 2: La madre comenta que ha logrado colocar a dormir a Guadalupe en la cuna.

En los talleres de embarazadas todas refieren tener un lugar preparado para el niño, pero igual piensan que al principio los niños van a dormir con ellas porque piensan que los hijos se sienten muy solitos y les da pena dejarlos en la cuna.

También hemos podido observar que en muchas oportunidades se había sacado los niños de la cama de los padres, pero que luego se los volvió a ella por distintas razones, por enfermedad de los niños, por ausencia de la pareja, o por que las madres no pueden tolerar la separación, o por el trabajo que implica en el niño acostumbrarlo a otro espacio, o porque hay que levantarse de noche.

Diada 15: Refiere con respecto al sueño, que la empezó a pasar a la cuna pero como se resfrió, prefiere tenerla bien abrigada en la cama con ellos.

Diada 17: Uriel duerme en el cuarto con Marlén, pero tiene su cuna. Marlén pasa a su cama a Uriel durante la noche para poder dormir por períodos más prolongados

El colecho es una de las temáticas donde se observan mayores resistencias por parte de los padres, por lo que es uno de los aspectos donde se lograron menos modificaciones y a la vez donde se necesita un trabajo a largo plazo.

Criar a un bebe da trabajo, rol del adulto.

Tal como dice M. Hoffman criar a los hijos es una ardua tarea, con una gran responsabilidad. Es un camino lleno de momentos felices, y no tan felices, momentos en que los padres necesitan ser acompañados.

Esto queda claramente expresado por los padres que participaron en este proyecto, que muchas veces, frente a la tarea de cuidar a sus hijos se sienten desbordados, cansados, juzgados, contrariados en sus decisiones, asustados, no pueden comprender por qué sus hijos hacen lo que hacen, se ponen en riesgo, se crispan, no hablan, no comen, no juegan o juegan de manera rara, cuando ellos lo único que quieren es que sus hijos estén sanos, crezcan bien, y sean buenos niños.

Diada 7: Durante la consulta Bruno busca el contacto físico con su mamá, busca su mano y su mamá no corresponde este contacto, no lo registra. Susana se muestra muy cansada y con poca paciencia en la relación con sus hijos. La mamá expresa que tiene dificultades con su hijo Juan Pablo, que es muy inquieto. Cuando se indaga cuáles son las cosas que le preocupan de Juan Pablo pareciera que todo lo que hace le molestará. “yo le hablo y no me entiende. Le escribo cartas...”

Diada 29: Los padres refieren que Valentina hace berrinches en lugares públicos. La mamá afirma que ella la pone en penitencia (la manda a su habitación) y que el papá la desautoriza permitiéndole salir de la misma.

Frente a esto algunas madres minimizan lo que hacen los niños y otras se alarman ante lo que son conductas esperables para la edad, otras no pueden negarle cosas que desde su experiencia como adultos les parecen satisfactorias, e inversamente no pueden escuchar a sus hijos y como consecuencia someten a los niños a situaciones para los que no están preparados biológica, ni emocionalmente.

Diada 16: Se observa en la madre baja señal de alarma en relación a riesgos de accidentes domésticos. Aparecen varios relatos en relación a caídas, ingesta de líquidos no apropiados, y a que se escapa gateando a la calle. La mamá tiende a minimizar los riesgos.

Diada 6: Antes de comer le doy galletitas dulces o saladas, últimamente me inclino por las saladas. Come bastante después un bife entero, a veces se come una milanesa entera y a veces un cuarto” Cuando le preguntamos por qué come galletas antes del almuerzo dice “yo no le voy a negar lo que me pide mi hija” “Igual tengo que modificar algunos hábitos. Le doy gaseosa pero para que no sea menos que los grandes” Mariana reconoce que en algunos momentos Victoria expresa cosas y que ella no le presta atención. En relación al control de esfínteres expresa “Por ahí me avisa pero no me doy cuenta”.

En ocasiones, los padres repiten los modelos de crianza adquiridos desde sus propias experiencias como hijos, introduciendo modificaciones, pero en algunas ocasiones sin poder repensar o resignificar dicha experiencia en función de las necesidades particulares de su hijo.

Debemos recordar que los adultos encargados de los primeros cuidados del bebe, también son producto de condiciones históricas y sociales, en la medida en que son ellos mismos portadores de una cantidad de conceptos acerca de cuál es y cómo debe llevarse a cabo ese cuidado, qué es lo principal y qué es lo secundario y quiénes son los responsables de esa tarea, de manera permanente o transitoria.

Las intervenciones del Equipo de Vínculo Temprano han permitido que muchos padres se cuestionen sobre el modo de actuar con los niños y así puedan producir modificaciones basadas en la reflexión a partir de los aportes del equipo, de sus propias experiencias y de las experiencias de otro. Esto es un arduo trabajo para los padres y el equipo, el cual encuentra un modo de resolverse en la permanencia dentro de la comunidad, es decir depende de la calidad del vínculo que el equipo establece con la comunidad.

VIII) La importancia de la lactancia y la alimentación en el desarrollo del vínculo temprano

La lactancia como fortalecedora y organizadora del vínculo

Como ya hemos mencionado, el vínculo entre el bebé y la madre se centra, al comienzo de la vida extrauterina, en la relación con el pecho. Dicho de otra manera, la posibilidad de que el niño establezca una relación satisfactoria con la madre y logre una sensación de bienestar interior depende íntimamente del hecho de que desde el comienzo de su vida, reciba una buena alimentación y un adecuado cuidado. La comida de un bebé no es únicamente el momento en el que absorbe un alimento material. Si el bebé se encuentra “bien sostenido” en una relación próxima con su mamá, confiado, relajado va a encontrarse igualmente alimentado en todo su ser afectivo y psíquico. Se encuentra con sus primeras percepciones de la vida y si sus primeros descubrimientos están ahí, tiene grandes posibilidades de ser más tranquilo, más sosegado y de guardar en lo profundo de sí una especie de confianza en la vida, de idea positiva de su cuerpo de sí mismo y del entorno.

Diversas intervenciones se realizaron en torno al fortalecimiento de la lactancia. Se ha orientado sobre la frecuencia, el lugar y el modo de hacerlo. Se ha resaltado la importancia nutricional e inmunológica de la lactancia. Se explicitó la importancia del momento de la alimentación como fortalecedor del vínculo temprano.

Una de las dificultades observadas es el **uso indiscriminado del pecho para calmar al bebé.**

En algunas ocasiones este uso indiscriminado responde al mito popular que dice que “el hambre es la causa más frecuente de los llantos del bebé”. Se intentó mostrar a las mamás que los niños no lloran sólo porque tienen hambre.

Expresa Julia (**Díada N° 8**) “toma mucho el pecho, pero le queda hambre” “toma y toma pero vive llorando”. La mamá le da el pecho permanentemente a María Julia en la consulta. En varias ocasiones se ha observado que le da el pecho parada,

caminando y realizando otras actividades (revisando el bolso, buscando libretas de salud, entre otros). Cuando le preguntamos cada cuanto tiempo le da el pecho responde “Cada tres horas. Cuando está llorando le doy la teta. En el día más”. En otra consulta refiere “A cada rato le doy teta”.

Verónica (**Díada Nº 9**) amamanta a Thiago, durante todo el día. Se observó un uso indiscriminado del pecho para calmar a Thiago y limitar la intromisión de los abuelos paternos. Se trabajó la necesidad de disminuir la frecuencia de las mamadas. Verónica pudo regularizar el ritmo en la alimentación.

La mamá de Giuliana (**Díada Nº 18**) utiliza la teta como un modo de calmar a su hija frente a los berrinches que hace. Se sugiere que finalice con el hábito de darle la teta ante los berrinches o situaciones complicadas, ya que esto confunde a la niña y no colabora con el desarrollo. Se orienta acerca de la necesidad del destete

Afirma la mamá de Zoe Guadalupe (**Díada Nº 12**) “Toma teta cada vez que tiene ganas. A veces cada una hora toma, a veces toma una teta, poquito ...” “En la noche se despierta a tomar teta, por lo menos tres veces”. Con esta mamá se trabajó el destete como un proceso.

La mamá de Zamira (**Díada Nº 15**) refiere: “es muy mamona, ella llora y le chanto la teta”...”toma de un solo pecho y se llena, al ratito llora, se queda con hambre y le doy el otro”...”apenas se queja ya le estoy dando la teta”. Se observan dificultades para respetar un ritmo adecuado en la lactancia. Esto hace que no se diferencien correctamente las demandas del bebé, que no se reducen exclusivamente al alimento. Se trabaja sobre la importancia de respetar un ritmo regular en la lactancia. Se muestra la implicancia en el desarrollo del bebé más allá del acto alimenticio

Observamos también **dificultades en algunas díadas para sostener la lactancia exclusiva**. En algunas ocasiones cuando se indicaba la incorporación de alguna mamadera, inmediatamente a este hecho se iniciaba un destete abrupto.

Luciana se alimenta a través del pecho y la mamadera. Se fomenta que Cristina (**Diada Nº 5**) continúe con la lactancia materna, a partir de mostrar las ventajas afectivas, alimentarias e inmunitarias de la misma.

Noelia (**Díada Nº 13**) relata “Estuve una semana para que me bajara la leche. No succionaba. Se dormía. Era vaguito”. “Nunca tuve mucha leche. Apenas lo ponía en el pecho se dormía. Al tercer día empezó a tomar mamadera”

La madre de Pablo (**Díada Nº 16**) manifiesta que toma mamadera desde los 4 meses porque el pecho “no lo alimentaba”...”lo usaba como chupete”. El destete fue brusco.

La mamá de Camila (**Diada Nº 21**) no sostiene la lactancia como alimentación exclusiva, porque la tía-abuela y la abuela insisten en que le dé mamadera de noche por que la niña “llora de hambre”.

Gonzalo (**Díada Nº 27**) fue destetado el 4º mes. Bautista (**Diada Nº 28**): Fue amamantado un mes. A partir del 2º mes comenzó a tomar leche maternizada. “Con todos mis hijos me ha pasado lo mismo. Se me corta la leche al segundo mes”.

El equipo buscó que se comprendiera **el destete como una etapa de aprendizaje** que implica una comunicación diferente con el bebé, que puede ser tan linda y particular como lo era a través de la teta.

El amamantamiento ayuda a crear un vínculo muy intenso entre la mamá y el bebé, motivo por el cual no debe cortarse brusca y repentinamente. El destete es un proceso, que implica una "negociación" y un acuerdo entre ambos, para que el niño cambie progresivamente su forma de alimentarse.

Sin embargo no siempre este proceso puede garantizarse, observamos destetes abruptos, en algunos casos porque no fue posible hacerlo de otra manera, en otros casos porque se creyó que era la mejor manera.

El destete de Yanela (**Díada Nº 11**) fue al tercer mes, brusco, porque la mamá se enteró que estaba embarazada de 2 meses de su segunda hija.

Le indicaron a Noelia (**Díada Nº 13**) que deje de darle de mamar por que no subía de peso. El destete de Francisco fue abrupto a los 11 meses, “me estaba consumiendo mucho” “Mi mamá me dijo -es de un día para otro”

“Le ha dado por tomar la teta más que comer”. “Se despierta como tres veces a la noche para tomar el pecho” Con la mamá de Morena (**Díada Nº 20**) se trabaja la necesidad del destete como un límite posibilitador del crecimiento y desarrollo de su hija. Se explica que el destete está interfiriendo en el adecuado aumento de peso de Morena

Los conflictos asociados al destete fueron un indicador de una modalidad de apego inseguro. Dichos conflictos se constituyeron en indicadores de dificultades de la diada para separarse y diferenciarse, y de la mamá para operar limitando a su hijo/a, logrando un orden que lo ayude en su desarrollo.

Romina (**Díada Nº 23**) tiene cuatro años y medio. Cuando comienza consultorio de Vínculo Temprano tomaba el pecho. Esto es observado en la consulta por el Equipo, la mamá no había contado a la pediatra esta situación. Cuando se le pregunta responsabiliza a Romina de esto “Yo le he dicho, pero es que ella me pide”. Se trabaja con la mamá la importancia del destete. Mari refiere que ha dejado de darle el pecho a Romina “Ya no toma más, desde que me dijeron no toma más, no es cierto hijita?”

El equipo trabajó también sobre los mitos en torno a la lactancia. Uno de los mitos presentes, además del ya mencionado (“el hambre es la causa más frecuente de los llantos del bebé) fue: **‘los pechos pequeños no producen suficiente cantidad de leche’**.

La mamá de Guadalupe (**Díada Nº 2**) refiere que tuvo inconvenientes por tener los pechos pequeños. La mamá insistía en que su leche no alimentaba a su hija, aunque la beba aumentó satisfactoriamente de peso: un kilo en el mes

Alimentación y Desarrollo del Vínculo Temprano

Comer es mucho más que satisfacer la necesidad biológica de hambre, entre otras cosas la comida simboliza el lugar y el momento de encuentro e intercambio entre las personas.

Hemos observado que los síntomas en torno a la alimentación preocupan considerablemente a los padres, quizás porque desde la pediatría se ha atribuido mucho valor al peso del niño, casi como una forma de medir el cuidado materno.

Es posible afirmar que existe una estrecha relación entre la alimentación y el vínculo establecido con la madre o su sustituto. Se ha observado que así como es lo primero

que se compromete cuando existen dificultades vinculares, también es uno de los síntomas que primero cede con la modificación de la pauta vincular.

En relación a la incorporación de los alimentos, que comienza a los 6 meses, es esencial respetar las iniciativas que tenga el bebé, e interpretarlas como mensajes. Será importante mostrarle la mamadera o la cuchara antes de dársela, esperar que abra la boca antes de introducirlos, no impedirles que toquen la mamadera o la comida, y explicar al bebé lo que va a suceder.

Cuando se comienza a dar comida con cucharita pueden observarse –siguiendo a Hoffman⁶⁹ -cuatro comportamientos claros del bebé: la exploración, la comunicación (con gestos, acercamientos, miradas) la experimentación y el juego. Y las mamás pueden tener dos comportamientos básicos: aceptan o rechazan estas actividades del bebé.

Será necesario señalar a los padres la necesidad de acompañar a sus hijos en el proceso de la alimentación, permitiendo que realicen lo que van pudiendo hacer, sin apurarlos, intentando calmar sus ansiedades.

Alteraciones en el proceso de alimentación

Según lo desarrollado, podemos afirmar que las dificultades en la alimentación que se presentan en niños biológicamente sanos de hasta tres años tienen que ver fundamentalmente con trastornos vinculares.

Existen situaciones de desencuentro cotidiano entre la madre y el niño a la hora de la comida. Tienen potencial solución, y de hecho sólo un mínimo porcentaje de ellas se transforma en trastorno.

Consideramos que estas alteraciones en el proceso de alimentación son señales, mensajes, a los cuales hay que prestarles atención para lograr intervenciones oportunas que apunten a la promoción de la salud. Es por esto esencial que exista un tiempo para la escucha y la observación durante el control de niño sano. Especialmente cuando se trata de lactantes y de niños de hasta tres años, la salud

⁶⁹ Hoffman op.cit. p. 145-147

mental y la pediatría son campos íntimamente conectados que transitan un camino muy similar.

Estas alteraciones pueden, con el tiempo y frente a la ausencia de modificaciones de la pauta vincular en la díada, transformarse en trastornos de la alimentación. Estos se presentan cuando el lactante o niño presenta signos críticos o de desnutrición diagnosticados por el equipo de salud. En estos casos, es necesaria la intervención en el vínculo madre-hijo para lograr la restitución de sistemas familiares que posibiliten el desarrollo y el crecimiento del niño.

Del total de la muestra que conforma el estudio (36 díadas), se han observado dificultades en la lactancia y/o alimentación en 22 díadas, lo cual representa el **61,1%** de los casos.

Ya hemos afirmado que la posibilidad del bebé para discriminar entre el hambre y otras necesidades o afectos se desarrolla en las tempranas experiencias con su madre. Hemos observado que el **sobrepeso** en niños pequeños responde en muchas oportunidades a la dificultad de la mamá para diferenciar las diferentes demandas de su hijo, interpretando el llanto siempre como hambre.

Cuando la madre alimenta al niño en respuesta a cualquier demanda de este, como necesidad de cercanía, enojo o miedo, él no podrá aprender a diferenciar entre el hambre y otras diversas sensaciones. Esto provocará una sobrealimentación y la confusión ante las demandas afectivas del niño, que no le permitirán tener una claridad de sus necesidades. Esto generará la necesidad de comer frente a las incomodidades y diferentes afectos que sienta el niño.

Díada N°9: Thiago presenta sobrepeso. Verónica lo amamanta de manera indiscriminada, durante todo el día. La madre recurre “a darle el pecho” a toda hora como mecanismo para limitar a sus suegros que intentan tenerlo en los brazos y llevárselo, sin acuerdo de la madre. Es decir que utiliza el amamantamiento, única función en la que no puede ser reemplazada, como manera de “tener a su hijo” en un espacio propio, solos.

Díada N°15: La madre interpreta que darle el pecho a libre demanda es amamantarla cada vez que la bebé llora o se queja. Se observa una actitud ansiosa en la madre y dificultades para interpretar el llanto en la niña, reduciéndolo al hecho nutricional únicamente. Como consecuencia, se detecta sobrepeso en Zamira. La mamá refiere: “es muy mamona, ella llora y le chanto la teta”, “toma de un solo pecho y se llena, al ratito llora, se queda con hambre y le doy el otro”, “apenas se queja ya le estoy dando la teta”.

El **rechazo a la comida** por parte del lactante o niño pequeño es la alteración del proceso de la alimentación que se presenta con más frecuencia. Puede aparecer bajo la forma de: escupir la comida, cerrar la boca cuando se acerca la cuchara, girar la cabeza, tirarse para atrás, etc. Muchas veces esta alteración genera una situación de desnutrición o bajo peso en el niño.

Frente a estas conductas del niño es esencial observar la respuesta de la madre, que puede facilitar la resolución del mismo, o agravar estos normales desencuentros a la hora de la comida favoreciendo la aparición de un trastorno de la alimentación, que puede aparecer bajo la forma de desnutrición o de anorexia de la primera infancia.

Diada 18: Giuliana rechaza el alimento. La madre refiere que pone mucha resistencia, y esta situación la lleva a tomar una actitud de enojo. Es muy inquieta al momento de comer. Toma mucho líquido y el alimento que mejor recibe es la leche. “Le estoy dando cosas variadas para comer, pero se le da de no comer y no come...” “trato de insistirle, seguirle metiendo, la dejo que se baje un ratito y vuelve a hacer lo mismo...” “ya no le grito, me da bronca pero ya me acostumbré, está todo bien, trato de remediarlo porque si me enojo no sirve...” “lo que sí me toma más o menos bien es la leche...” Frente a esta situación se orienta a la mamá para que pueda pensar qué tipo de estrategia está utilizando para darle de comer a la niña, y qué evalúe los resultados que la misma le brinda.

Díada N°12: Zoe presenta bajo peso. En la primera consulta la mamá expresa “Mi problema es que no me come. No toma leche. No quiere más que la teta”. “Lo que uno le da lo escupe”. Su mamá se muestra muy preocupada y angustiada por esto. En el momento de la comida, la mamá se altera y pone en duda que su hija pueda

comer bien. la mamá expresa que se pone muy nerviosa y que no la deja agarrar a Zoe la cuchara ni “jugar” con la comida. Esta ansiedad es percibida por Zoe quien rechaza la comida.

Díada N°13: Los padres expresan preocupación por la alimentación de Francisco, quien presenta bajo peso. La mamá afirma: “Me come como un pajarito y no come más”, “en la mañana no me quiere tomar leche”, “empezó a hacer arcadas de la nada, come y hace arcadas”, “escupe la comida”

El papá expresa que cuando le colocan la comida en la mano para que Francisco coma solo no hace arcadas. La mamá reconoce: “Yo me pongo muy nerviosa”, “no lo dejo jugar con la comida”. Parece que cuando el alimento es brindado por otro miembro de la familia Francisco acepta mejor la comida. Afirma: “Con la abuela paterna se porta diferente.” “Al papá le come”.

Con las últimas dos díadas citadas se trabajó junto con la pediatra sobre el rechazo a la comida

Se propusieron orientaciones sobre la importancia de preparar el momento de la comida, la importancia de la rutina, de relacionar el momento de la comida a un momento placentero y acerca de lo esencial que resulta que la mamá pueda estar tranquila al momento de brindar la comida a su hijo. Se reflexionó sobre la posibilidad de que si la mamá siente que no puede manejar su ansiedad, en algunas ocasiones puede buscar apoyo afectivo en otros significativos para ella, como la abuela.

Francisco ha continuado aumentando de peso a un mejor ritmo. Zoe ha mejorado su peso. La mamá de Zoe ha expresado que se siente más tranquila y contenta “Me ha hecho muy bien venir acá a este centro”

En estos casos, se enfatiza la necesidad de la intervención temprana del equipo de salud, intervención que apunte a tranquilizar y sostener a los padres, disminuir sus ansiedades a la hora de la alimentación, y orientar la comprensión del problema para facilitar su resolución.

IX) La maternidad y paternidad en la adolescencia

Por maternidad adolescente se entiende a toda joven que haya dado a luz antes de cumplir los 20 años

El destiempo que suele existir entre la posibilidad biológica de ser madre y su madurez psicológica, es lo que crea el mayor desconcierto entre la adolescente y su entorno. Hay una gran complejidad que vive la adolescente que está iniciando sus relaciones afectivas y sexuales y que está aprendiendo lo que significa ser mujer. A esta complejidad se le suma asumir el cuidado de un hijo.

Del total de la muestra que conforma el estudio (36 díadas), en 9 díadas hay una mamá adolescente, esto representa el **25% de los casos**. En la muestra hay dos díadas de una misma mamá, es decir son 8 las madres adolescentes en total.

Respecto a **si el embarazo fue buscado o no**, cuatro adolescentes no buscaban quedar embarazadas, uno de los embarazos es producto de una violación. Dos embarazos fueron buscados y sobre tres se desconoce esa información

Considerando **con quién conviven los hijos de estas mamás adolescentes**, nos encontramos con que uno de los niños vive con su mamá y la pareja de su mamá, 3 niños viven con ambos padres (dos díadas), 4 viven con su mamá y sus abuelos, 1 está a cargo de una familia cuidadora.

En cuanto a **si las adolescentes se encuentran o no en pareja con el padre de sus hijos**, los datos arrojan que dos parejas conviven desde el embarazo, una pareja no convive, el resto o no está en pareja o la mamá está en pareja con otro joven que no es el padre de sus hijos.

Considerando **la etapa de la adolescencia que estas mujeres transitaban en el embarazo**, tres de ellas se encontraba en la etapa media, y cinco en la adolescencia tardía.

Pensamos que no hay una relación directa entre “menos edad, menos madurez y menos posibilidad de criar un niño” y su contrario “mayor edad, mayor madurez y mayor posibilidad de criar un niño” ya que esto depende de las posibilidades subjetivas y del entorno particular de la adolescente. Los 15 años no son vividos de la misma manera en todas las clases sociales, en todas las familias y en todas las mujeres.

Sin embargo, hay autores que explican que las adolescentes van a tomar diferentes actitudes frente al embarazo, entre otras cosas, según la etapa de la adolescencia que estén atravesando.

Ana Coll⁷⁰ afirma que las adolescentes que se encuentran en la etapa media tienen buenos partos, y toman la crianza inmediata como un juego. Dice la autora que los problemas aparecen después, cuando deben hacerse cargo del niño todo el tiempo y abandonar su estilo de vida anterior al embarazo.

Sheila (15 años) en algunas consultas comenta que ella quiere dormir más y que su hija no se lo permite y que añora salir de noche y que ahora no puede. Se queja “se levanta a las 9 de la mañana! ... no me deja dormir”

Según la autora, las madres de 17 años o más tienen comportamientos similares a los de las mujeres más grandes. En primer lugar porque ellas buscaban tener ese hijo como parte de su proyecto de vida. O aunque no lo buscaran, tampoco les preocupaba demasiado si quedaban embarazadas. Están en general en pareja bastante estables y si pertenecen a un entorno social en el cual hay una mejor aceptación del embarazo en la adolescencia no presentan mayores inconvenientes.

En nuestra muestra, las adolescentes que buscaron quedarse embarazadas pertenecían al grupo de adolescencia tardía.

Cuando indagamos **la reacción que tuvieron las adolescentes ante la noticia del embarazo** nos encontramos con distintas situaciones. Para algunas la noticia fue terrible, para otras era lo que esperaban. Ellas nos contaban que:

⁷⁰ Ana Coll “Embarazo en la adolescencia”. Buenos Aires, Clínicas Perinatológicas Argentinas, N° 4 Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER), 1997, p.131

“No quería vivir. No pensé en dejarlo. Tenía miedo de rechazarlo. Pero ahora lo quiero un montón” Érica se enteró que estaba embarazada cuando estaba de 5 meses de embarazo. El embarazo fue producto de una violación.

Sheila cuenta que ante la noticia del embarazo tuvo temor ante la reacción de su abuela materna, ya que creía que la obligaría a abortar.

Marlén relata que ante la noticia del embarazo reaccionó bien *“Me sentí bien era lo que queríamos”*. Marisol contó que se separó del papá del bebé al 5° mes de embarazo porque él la golpeó.

Cuando el embarazo ocurre en la etapa de la adolescencia suele ser central para esta mamá **las posibles reacciones de su entorno**, principalmente la reacción de los propios padres

Marlén relata *“Y... la familia costó un poco, pero lo aceptaron”*.

Sheila *“No se enteraron hasta que nació Geraldine”*

En relación a los controles prenatales y la existencia de riesgos de salud en estos embarazos, podemos afirmar que todos los niños/as de la muestra nacieron biológicamente sanos.

En el caso de Luciano desconocemos si se realizó controles prenatales. Nació con 30 semanas y estuvo internado en neonatología 60 días por su prematurez, y su bajo peso al nacer, (peso 1020 gr).

La mamá de Geraldine no se realizó ningún control durante el embarazo. El parto se realizó en el domicilio de Sheila. Ella no conocía el proceso y el trabajo de parto lo realizó sola en su cuarto. La abuela de Geraldine relata que su hija *“lloraba por dolor de panza, hacia un buen rato, cuando llega el abuelo le dice a su esposa que vaya a ver qué le sucedía a su hija, cuando llega ve que el bebe había nacido. Lllaman al Servicio de Emergencia, estos le indican que ate el cordón y espere a que ellos lleguen”*. El embarazo fue ocultado y nadie se había dado cuenta.

Geraldine estuvo internada 4 días en neonatología por hipotermia y pesó 2510 gr. al momento de la internación.

Érica se realizó el primer control prenatal en el segundo trimestre. Asistió al curso preparatorio para el parto y su parto fue normal. Miguel Ángel nació de 37 semanas y pesó 2850 gr.

Marlén, mamá de Uriel se realizó el primer control prenatal en el primer trimestre. El parto fue normal y Uriel nació de 39 semanas con 3950 gr.

Milagros nació de parto normal con 39 semanas con 3550 gr.

El nacimiento de Elías fue por cesárea y se utilizó fórceps. Nació de 39 semanas con 2950 gr.

Gonzalo pesó 3080 gr. y nació a las 40 semanas.

En todos los casos – menos el de Luciano y Geraldine que desconocemos esa información- el APGAR fue de 9/10

En cuanto a la relación entre la maternidad y la escolarización de las adolescentes en la muestra puede observarse que quienes continuaron los estudios lo lograron apoyadas por su entorno familiar y la comunidad educativa. Asistir a la escuela era en estos casos un proyecto priorizado para estas adolescentes antes de la noticia del embarazo.

Érica está terminando el polimodal con mucho esfuerzo. Asistía a la escuela antes del embarazo y continuó asistiendo durante el mismo. Érica se ha sentido muy apoyada por la comunidad educativa y también por su mamá, quien cuida de Miguel Ángel cuando ella está en la escuela.

También Marlén asistía a la escuela antes del embarazo y comenta que continúa con sus estudios secundarios, ella cursa de mañana y es el abuelo materno quien se encarga de cuidar a Uriel hasta que ella regresa.

El lugar de los abuelos en la crianza

Son diferentes y múltiples las modalidades que se van creando para asumir la crianza de los niños. Algunas adolescentes lo hacen solas, otras acompañadas por sus parejas –sean o no padres del niño- o por sus familiares.

Las adolescentes constituyen un grupo con condiciones de vulnerabilidad, lo que motiva a que otros acompañen el proceso de crianza del bebé

En muchas familias los abuelos ocupan un lugar central en la crianza, esto en ocasiones se profundiza por la convivencia entre las tres generaciones: abuelos-padres-hijos.

Los abuelos pueden asumir diferentes responsabilidades y tener diferentes actitudes con sus hijos y nietos. Se podrían identificar tres modalidades –en un intento de resumir y simplificar- respecto al lugar que ocupan los abuelos maternos o paternos

1. Tienen mayor poder que la mamá en la crianza del bebé. Desplazan a la madre
2. Colaboran con la mamá/ el papá adolescente para que puedan hacerse ellos cargo de su hijo
3. No les brindan ningún tipo de apoyo como una manera de castigarlos por lo que hicieron

A menudo, cuando las madres son muy jóvenes, las abuelas se hacen cargo de la crianza de los nietos desplazando a las jóvenes de su función de mamás. Toman mayor poder que la mamá en la crianza del bebé. En situaciones como éstas, aparecen confusiones respecto de la posición del niño/a en el grupo familiar.

Esto puede observarse en la Díada Natalia- Elías en donde la abuela descalifica a su hija como madre. La figura de la abuela toma protagonismo durante la consulta, es ella quien le refiere las preguntas a la pediatra, dejando a su hija en un segundo plano. Natalia se muestra insegura, cuando se la interroga de manera directa, busca la mirada de su mamá como forma de aprobación. Ante la posibilidad de recibir orientación respecto al fortalecimiento del vínculo, es la abuela quien responde “no nos hace falta...yo le enseño a mi hija” . Natalia es cuestionada de manera constante en su función por parte de la abuela. Y el bebé queda ubicado como un hermano menor.

Algunas familias -aunque el embarazo los haya sorprendido y fuera inesperado- colaboran y acompañan a la adolescente en este profundo cambio de vida. La abuela colabora con la crianza del bebé permitiendo que sea la propia madre la que se haga responsable del hijo.

Marlén recibe apoyo para la crianza de su hijo. En la mañana el abuelo es quien se encarga de cuidarlo. Existe una familia continente, que colabora para que Marlén pueda cumplir con su rol materno y a su vez pueda continuar con sus estudios.

Aunque actualmente Érica no convive con su grupo familiar de origen, es de destacar el gran apoyo que ha brindado y brinda la abuela a la mamá en el ejercicio de las funciones que hacen a la maternidad. La abuela la ha acompañado en el embarazo, en el parto y en la crianza de Miguel Ángel.

Lo mismo observamos en la díada Sheila-Geraldine. La abuela colabora con la mamá adolescente para que pueda hacerse ella cargo de su hija

Las intervenciones realizadas por el Equipo de Vínculo Temprano se orientaron a reafirmar este segundo tipo de vínculo entre abuelos y padres. Reflexionamos sobre la importancia de acompañar y sostener a los adolescentes en su función de padres.

El papá adolescente

En los casos en que fue posible, el Equipo de Vínculo Temprano promovió aspectos que favorecieran la crianza compartida entre ambos padres. La posibilidad de criar en forma conjunta –con o sin convivencia de la pareja- es muy importante para el sostén de la díada y para el desarrollo integral del niño.

En este sentido se fortaleció la idea de que ambos padres asistan al control pediátrico y en que puedan acordar pautas de crianza.

Inicialmente, el papá de Milagros no asistía a la consulta, el Equipo le propuso a Celeste que invitara al papá. Él asistió y comenzó a participar activamente en las consultas, esto permitió abrir el espacio para que ambos dialoguen sobre la importancia de que Mlagros duerma en su propia cama y sobre la llegada de un nuevo bebé.

Los papás de Uriel mantienen una buena relación, no conviven, él los visita el fin de semana y ocasionalmente se queda en casa de Marlén. La participación de la figura paterna en la crianza de Uriel fue un tema abordado que facilitó pensar en un vínculo cercano con el papá.

Es importante destacar que varios de estos adolescentes son trabajadores – ocupados o desocupados- que sostienen económicamente a sus hijos dentro de lo que sus recursos le permiten. Algunos también reciben ayuda económica de sus familias de origen. Principalmente los varones valoran positivamente el esfuerzo que hacen para “ayudar en los pañales y la leche”

En la muestra, **los padres adolescentes que trabajan, lo hacen en trabajos temporales y precarios.** La madre de Luciano realiza tareas de cosecha temporarias. La pareja de Érica realiza changas. El padre de Uriel y el de Celeste trabajan en la construcción. Los papás de Elías trabajan en los hornos de ladrillos. El padre de Geraldine se encuentra desocupado.

Darnos cuenta de los modos en que **se puede** ser madre/padre en los sectores pobres ayuda a problematizar prejuicios que generalmente culpabilizan a la mujer -y a los adolescentes- ya que se los considera como los principales responsables del embarazo y crianza del niño.

Díada Luciano- Erminia : Triple vulnerabilidad ser pobre, ser adolescente y ser mujer

Luciano no vive con su mamá adolescente porque ella no puede demostrar solvencia económica y no puede dar cuenta de un referente adulto en la crianza. Luciano ha sido privado de su medio familiar, violándose en esta situación derechos fundamentales. Este es un caso de judicialización por condiciones de pobreza.

El equipo responsable del seguimiento del caso no tiene elementos para afirmar y demostrar que Erminia no pueda cumplir su función materna, es la situación de pobreza extrema en la que vive y la ausencia de un referente adulto, lo que le impide la tenencia de Luciano.

Ellos explican que han intentado transmitirle a Erminia la importancia de que consiga un trabajo estable y un mejor lugar para vivir, pero que “*ella* no lo ha logrado”. Nos preguntamos ¿Es exclusivamente de ella esa responsabilidad?

Expresan que Erminia se da cuenta que Rosana (mamá cuidadora) puede ofrecerle a Luciano mejores condiciones de vida y que por ello acuerda y no presenta resistencia para que su hijo se encuentre con una familia cuidadora. ¿Se le han brindado realmente otras posibilidades?

Consideramos que en esta situación se priva a Luciano de su medio familiar sin haber profundizado en otras estrategias que garantizaran los derechos de ambos: el de Luciano a no ser privado de su familia y el de Erminia a ejercer su derecho a la maternidad.

En esta situación otra intervención podría haber sido posible: acompañar a esta mamá en su función y apoyarla económicamente.

Si se considerara a Erminia como un sujeto de derechos –y no como una adolescente pobre- se podría pensar que esta joven -con acompañamiento - puede asumir su rol materno y puede hacerse responsable de la crianza de su hijo. De hecho está criando a su otra hija Rosita.

Podemos concluir este apartado afirmando que en las situaciones donde confluyeron y se integraron una mayor cantidad de factores protectores (familia continente, crianza compartida entre ambos padres y buen vínculo con referentes de salud, entre otros) las posibilidades de que el vínculo se desarrollara saludablemente fue mayor.

Conclusiones Generales

A través del desarrollo del presente proyecto se logró demostrar que una mirada integral e interdisciplinaria de la díada madre-hijo en las intervenciones profesionales -de los servicios que se brindan desde atención primaria de la salud- previene dificultades en el desarrollo del vínculo temprano y fortalece factores protectores en relación a dicho vínculo; promoviendo un desarrollo y crecimiento integral del niño.

Las intervenciones tempranas en el desarrollo del vínculo demuestran que se logran modificaciones en la modalidad vincular relativamente rápidas, si lo comparamos con los tratamientos necesarios en patologías ya instaladas. En ocasiones son suficientes intervenciones u orientaciones puntuales.

Las intervenciones realizadas fueron enriquecidas a partir de la profundización de los conceptos relacionados con la temática del vínculo temprano.

Es necesario reconocer que existen condiciones que influyen en las posibilidades que tienen los padres para cuidar a sus hijos. Hemos afirmado ya, que la pobreza puede en ocasiones dificultar los vínculos. También las historias familiares previas en donde puede haber existido ausencia de cuidados básicos o situaciones de violencia pueden determinar dificultades vinculares cuando no se ha podido reflexionar acerca de ello. Esto lleva a una repetición de pautas de crianza naturalizadas y sostenidas por modelos aprendidos que muchas veces dificultan el desarrollo de los hijos. Las construcciones sociales sobre la maternidad y paternidad también inciden como obstaculizadores o facilitadores del vínculo con hijos.

Sostenemos que los padres hacen lo mejor que pueden en la crianza de sus hijos, y valoramos su infinita capacidad de cambio para lograr el bienestar de sus hijos. Los padres, en la mayoría de los casos, ejercen su función desampados, sin el sostén de una red de instituciones que los acompañen y apoyen en la crianza de sus hijos.

Con los aportes de los miembros del Equipo del Proyecto de Fortalecimiento del Vínculo Temprano se registraron significativos cambios de actitud en los padres que

les permitieron hacer ajustes o cambios en la relación con sus hijos. A partir de la evolución de las dadas podemos afirmar que existen ciertas dificultades que se encuentran estrechamente relacionadas al vínculo temprano y que pueden revertirse con intervenciones oportunas. Entre ellas:

- bajo peso
- rechazo a la comida
- sobrepeso
- dificultades en la lactancia
- dificultades en los cuidados cotidianos en niños de menos de 3 años
- colecho
- dificultad de los padres para establecer y sostener límites
- dificultades en el desarrollo del lenguaje

Consideramos esencial que el espacio que se ha logrado instituir en los Centros de Salud de la Provincia se consolide en el tiempo, convirtiéndose en un servicio continuo y disponible para todas las familias que lo requieran.

PARTE III

ANEXOS

Anexo 1

**PROYECTO “DESARROLLO
Y FORTALECIMIENTO
DEL VÍNCULO TEMPRANO”**

Título del contrato

Desarrollo y Fortalecimiento del Vínculo Temprano

Datos del experto

Lic. Valeria Chiavetta

DNI N° 25.564.123

Dirección: B° 12 de Junio. Mzna E Casa 18 – Las Heras – Mendoza

Teléfono: 0261 155 788464

0261 4442638

Equipo de trabajo

Colaboradora principal: Lic. Emiliana Ganem

Colaboradoras Virginia Brennan; Cecilia Torrez; María Luz Yañez

Auxiliar Contable: Cdra. Federica Pagano

Objeto del Contrato

Demostrar que una mirada integral e interdisciplinaria de la díada madre-hijo en las intervenciones profesionales -de los servicios que se brindan desde atención primaria de la salud- previene dificultades en el desarrollo del vínculo temprano y fortalece factores protectores en relación a dicho vínculo; promoviendo un desarrollo y crecimiento integral del niño.

Objetivos particulares del Contrato

1. Profundizar en el estudio del vínculo temprano investigando temáticas que quedaron enunciadas en el anterior estudio
 - Relación entre embarazo adolescente y vínculo temprano
 - Relación entre vínculo temprano y la posición que ocupa el niño en la familia (en función del número de hermanos, y el lugar simbólico que se le adscribe)
 - Relación entre el bajo peso y vínculo temprano.
 - Relación entre vínculo temprano y función materna y paterna.
2. Revisar y actualizar los instrumentos técnicos necesarios para la investigación e intervención en esta temática.
3. Promover la sensibilización, capacitación y articulación de tareas con los servicios de Pediatría de Centros de Salud, con el fin de que éstos puedan aportar una visión-intervención más integral y así -a través de un seguimiento

interdisciplinario- dar continuidad al trabajo en el fortalecimiento del vínculo temprano.

4. Promover la sensibilización, capacitación y articulación de tareas con los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil.
5. Realizar seguimiento de una muestra de aproximadamente 25 díadas observando el establecimiento y características del vínculo temprano, detectando dificultades y fortaleciendo los aspectos saludables del mismo, a partir de la integración del Equipo del Proyecto Fortalecimiento del Vínculo Temprano en Consultas Pediátricas y en Talleres de Preparación Integral de Embarazadas.

Tareas

- 1- Definición de un nuevo marco teórico-práctico de estudio que incorpore nuevas hipótesis de trabajo.
 - Ampliación y enriquecimiento del marco teórico construido para la investigación anterior, a partir de nuevas hipótesis y de los objetivos formulados.
- 2- Restablecer contactos con los Centros de Salud con los que se trabajó en el anterior estudio
 - Restablecer el contacto con los Centros de Salud con los que se trabajó en el anterior proyecto, reanudando el trabajo conjunto con los Servicios de Pediatría: Centro de Salud N° 30 (Godoy Cruz), Centro de Salud N° 16 (Guaymallén), N° 204 (Godoy Cruz) y Centro de Salud Hospital Gailhac (Las Heras)
 - Establecer acuerdos de trabajo con los responsables de los “Cursos de Preparación Integral para Embarazadas” existentes en los Centros de Salud con los que se trabajará.
- 3- Establecer contactos con Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil
 - Tomar contacto con Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil, a fin de promover la sensibilización en la temática del vínculo temprano, la capacitación y la articulación de tareas con dichos Centros, incluyendo la posibilidad de derivación.
- 4- Conformar la muestra con la cual se trabajará
 - Seleccionar la posible población con la cual trabajará
 - Presentación del equipo de trabajo y la modalidad del mismo a las madres y padres con el fin de acordar un encuadre de trabajo.
 - Elaboración de una ficha personal para cada niño, a fin de poder evaluar su desarrollo en relación a la adquisición de conductas esperables de acuerdo a su edad cronológica.
- 5- Acompañamiento y seguimiento periódico del vínculo emocional de la díada madre-hijo en Consulta Pediátrica.

- Observación del vínculo en seguimiento, detectando indicadores de dificultades en el vínculo materno-filial y fortalezas del mismo.
 - Sostén emocional de la madre en su función, a partir de encuentros periódicos con el Equipo.
 - Orientación a la mamá/papá respecto al desarrollo y las necesidades de su hijo.
 - Desarrollo de acciones que fortalezcan los aspectos saludables del vínculo.
 - Discusiones y estudios grupales interdisciplinarios de cada una de las díadas en seguimiento.
- 6- Incorporación de la temática del Vínculo Temprano en Talleres de Preparación Integral para Embarazadas
- Inclusión de la temática del Vínculo Temprano en los “Cursos de Preparación Integral para Embarazadas” existentes en los Centros de Salud con los que se trabajará, utilizando diferentes dinámicas grupales. .
- 7- Sensibilización, orientación y capacitación en la temática del Fortalecimiento del Vínculo Temprano a profesionales y no profesionales de Centros de Salud que se encuentren realizando seguimiento de población en riesgo materno infantil.
- Evaluación conjunta con el personal de los Centros de Salud, del estado actual de la población con la cual se trabajará.
 - Construcción de intervenciones, a partir del trabajo en equipo con diferentes servicios de los Centros de Salud, que apunten a fortalecer el vínculo temprano madre-hijo y a favorecer el desarrollo saludable e integral del niño.
 - Capacitar al personal en la observación de indicadores de riesgo en el vínculo, en particular a los enfermeros/as para favorecer la derivación.
 - Capacitar al personal en la identificación y fortalecimiento de aquellos indicadores saludables en el vínculo.
- 8- Evaluación y elaboración de Informe Final
- Realización de la evaluación final del Proyecto Desarrollo y Fortalecimiento del Vínculo Temprano.
 - Elaboración de conclusiones y redacción del Informe Final.

Cronograma

Tareas	Meses									
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										

- A) Entrega del Primer Informe Parcial a los tres (3) meses de iniciado el contrato conteniendo las tareas especificadas en el cronograma.
- B) Entrega del Segundo Informe Parcial a los seis (6) meses de iniciado el contrato, conteniendo las tareas especificadas en el cronograma.
- C) Entrega del Tercer Informe Parcial a los ocho (8) meses de iniciado el contrato, conteniendo las tareas especificadas en el cronograma.
- D) Entrega del Informe Final a los diez (10) meses de iniciado el contrato, conteniendo las tareas especificadas en el cronograma.

Presupuesto

• Honorarios del experto (\$2000 x 10 meses)	\$ 20.000
• Honorarios del colaborador principal (\$1600 x 10 meses)	\$ 16.000
• Honorarios de los colaboradores (\$800 x 3 x10 meses)	\$ 24.000
• Honorarios del auxiliar contable (\$300 x 10)	\$ 3.000
• Gastos de oficina (\$450 x 10 meses)	\$ 4.500

Total **\$ 67.500**

Medios y otras prestaciones

A cargo del Experto:

- Colaboradores
- Gastos de Oficina

A cargo del CFI:

- No existen

A cargo de la Provincia:

Plan de pagos

CUOTA	%	CONDICIÓN
1	15	A la firma del contrato
2	20	A la aprobación del Primer Informe Parcial
3	20	A la aprobación del Segundo Informe Parcial
4	20	A la aprobación del Tercer Informe Parcial
5	25	A la aprobación del Informe Final

Anexo 2

INSTRUMENTOS DE REGISTRO

Ficha Personal

1) Datos Personales

Nombre y Apellido:

Nº Historia Clínica

Fecha de nacimiento:

Madre:

Edad

Padre:

Edad

Grupo familiar conviviente:

2) Indicadores de Factores Protectores en relación al Vínculo Temprano

Indicadores de Factores Protectores en relación al Vínculo Temprano	
Asistencia periódica a la consulta pediátrica	
Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud.	
Intercambio de miradas entre el niño y la mamá, posibilidad de establecer contacto y comunicarse por medio de la mirada	
Emisión de vocalizaciones recíprocas mamá-niño-mamá. Incluye el llanto que comunica.	
Contacto afectivo o comunicación piel a piel entre la mamá y el niño.	
Contacto corporal cercano y recíproco mientras el niño es sostenido en brazos	

Otros

.....
.....

Indicadores de Riesgo Vincular

Indicadores de Riesgo Vincular	
Asistencia a la consulta pediátrica menos frecuente que la indicada según la edad del niño.	

Escaso o nulo intercambio de miradas entre el niño y la mamá	
Miradas significativamente largas y/o dificultades para apartar la mirada de la otra parte de la díada.	
Escasas vocalizaciones entre la mamá y el niño.	
Llanto intenso, incontrolable, por parte del niño y/o vocalizaciones intensas de la mamá durante períodos prolongados	
Escaso contacto afectivo entre la mamá y el niño.	
Dificultades para sostener momentos sin establecer contactos piel a piel entre la díada.	
Resistencia del niño a ser sostenido en brazos por su mamá, y/o la mamá aparta al niño o lo sostiene tensa o lo deja sin vigilancia en la camilla	
El niño se prende con fuerza a su madre y/o la mamá lo sostiene pegado a su cuerpo durante la consulta, dificultades para dejarlo en la camilla.	

Otros

.....

3) **Breve Historia de la pareja:**-----

4) **Embarazo:**

- Buscado SI NO
- Pensó interrumpirlo? Sí NO Lo intentó? Sí No ,,,,,
- Mes en que percibió los primeros movimientos de su bebé
- Sexo deseado por la Madre: ----- por el Padre: -----
- Condiciones físicas de la madre: -----
- Condiciones psíquicas de la madre:-----
- Repercusión emocional de algún acontecimiento importante: -----

- Relación de la madre con el padre del bebé:-----

- De quién recibe apoyo para la crianza de los niños? -----

13) Escolaridad:

- Jardín maternal SI ,, ,, ,, ,, NO ,, ,, ,, ,, (desde los ----- meses).
(motivo: -----).
- Reacción del niño: -----.
- Reacción de la madre y el padre: -----.

14) Describe un día de vida: -----

-----.

15) Situación Socio-Económica:

- Cuántas personas trabajan en el hogar
- Qué trabajos realizan

16) Situación Habitacional (se puede completar en la visita domiciliaria)

- ¿Cuántas personas habitan la vivienda?
- ¿Cuántas habitaciones tiene la vivienda? (se considera habitación todo aquello que no sea baño, cocina y pasillo)
.....
- ¿Con cuáles servicios cuenta la vivienda?
 - agua
 - luz eléctrica
 - gas natural

17) Situación Educativa

- ¿Cuál es el máximo nivel de Instrucción alcanzado por:?

Madre PI PC SI SC

Padre PI PC SI SC

- Los niños que se encuentran en edad escolar ¿Asisten todos a la Escuela?

Si No

Observaciones:

Ficha Personal para Madres/Padres Adolescentes

1) Datos Personales

Nombre y Apellido:

Nº Historia Clínica

Fecha de nacimiento:

Madre:

Edad

Padre:

Edad

Grupo familiar conviviente:

Etapa de la Adolescencia que transita

Adolescencia Temprana (10 a 13 años)

Etapa Media (14 a 16 años)

Adolescencia Tardía (17 años o más)

2) Indicadores de Factores Protectores en relación al Vínculo Temprano

Indicadores de Factores Protectores en relación al Vínculo Temprano	
Asistencia periódica a la consulta pediátrica	
Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud.	
Intercambio de miradas entre el niño y la mamá, posibilidad de establecer contacto y comunicarse por medio de la mirada	
Emisión de vocalizaciones recíprocas mamá-niño-mamá. Incluye el llanto que comunica.	
Contacto afectivo o comunicación piel a piel entre la mamá y el niño.	
Contacto corporal cercano y recíproco mientras el niño es sostenido en brazos	
Familia continente	

Otros

.....
.....

Indicadores de Riesgo Vincular

Indicadores de Riesgo Vincular	
Asistencia a la consulta pediátrica menos frecuente que la indicada según la edad del niño.	
Escaso o nulo intercambio de miradas entre el niño y la mamá	
Miradas significativamente largas y/o dificultades para apartar la mirada de la otra parte de la díada.	
Escasas vocalizaciones entre la mamá y el niño.	
Llanto intenso, incontrolable, por parte del niño y/o vocalizaciones intensas de la mamá durante períodos prolongados	
Escaso contacto afectivo entre la mamá y el niño.	
Dificultades para sostener momentos sin establecer contactos piel a piel entre la díada.	
Resistencia del niño a ser sostenido en brazos por su mamá, y/o la mamá aparta al niño o lo sostiene tenso o lo deja sin vigilancia en la camilla	
El niño se prende con fuerza a su madre y/o la mamá lo sostiene pegado a su cuerpo durante la consulta, dificultades para dejarlo en la camilla.	
Falta de adulto referente	

Otros

.....

3) **Breve Historia de la pareja:**-----

- Unión Formal a partir del embarazo (convivencia)
- Abandono del Padre
- Crianza compartida sin convivencia

4) **Embarazo:**

Origen del embarazo

- Buscado SI NO

- Impresión al verlo por primera vez:-----

- Observaciones. Relato de la experiencia -----

6) Condiciones del niño al nacer

- Peso: -----
- Edad gestacional: -----
- APGAR:-----
- Neonatología (motivo:-----
Tiempo de internación:-----)

7) Lactancia:

- Fue puesto al pecho después de ----- horas de nacido.
- Adecuado reflejo de succión SI,,,,,, NO,,,,,,
- Tuvo problemas con el pezón SI,,,,,, NO,,,,,,
- Uso indiscriminado del pecho para calmar al bebé SI,,,,,, NO,,,,,,
- Destete a partir del,,,,,, mes. Paulatino,,,,,, Brusco,,,,,,
- Mamadera SI,,,,,, NO,,,,,,
- Observaciones -----

8) Alimentación:

- Papilla a partir del,,,,,,mes. Aceptación,,,,,, Rechazo,,,,,,
- Horario regular SI,,,,,, NO,,,,,,
- Se alimenta solo SI,,,,,, NO,,,,,,
- ¿Con quién come?,,,,,,
- Observaciones (caprichos, rechazo a la comida, vómitos, etc) -----

9) Sueño:

- Le costaba dormir ((insomnio) SI ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, NO ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,,
- Cohabitación SI ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, NO ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, (hasta:-----)
- Colecho SI ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, NO ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, (hasta:-----)
- Chupete SI ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, NO ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, Dedo SI ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, NO ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, Otro objeto SI ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, NO ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,,

10) Vigilia:

- Actividades habituales del niño:-----

- Lugar donde permanece:-----
- Juego: -----

11) Control de esfínteres:

- Comenzó el aprendizaje a los ----- meses.
- Control Diurno SI ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, NO ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, Nocturno SI ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, NO ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,, ,,

12) Socialización:

- Relación con el padre: -----
-----.
- Relación con los hermanos: -----
-----.
- Relación con los demás miembros de la familia: -----
-----.
- De quién recibe apoyo para la crianza de los niños? -----

Si existe convivencia con el grupo familiar de origen:

Lugar que ocupa la abuela materna o paterna

- Tiene mayor poder que la mamá en la crianza del bebé. Desplaza a la madre
- Colabora con la mamá adolescente para que pueda hacerse ella cargo de su hijo
- No le brinda ningún tipo de apoyo. Rigidiza las reglas de convivencia como “castigo”

13) Escolaridad:

- Jardín maternal SI ,, ,,, NO ,, ,,, (desde los ----- meses).
(motivo: -----).
- Reacción del niño: -----.
- Reacción de la madre y el padre: -----.

14) Describe un día de vida: -----

-----.

15) Situación Socio-Económica:

- Cuántas personas trabajan en el hogar
- Qué trabajos realizan

16) Situación Habitacional (se puede completar en la visita domiciliaria)

- ¿Cuántas personas habitan la vivienda?
- ¿Cuántas habitaciones tiene la vivienda? (se considera habitación todo aquello que no sea baño, cocina y pasillo)
.....
- ¿Con cuáles servicios cuenta la vivienda?
 - agua
 - luz eléctrica
 - gas natural

17) Situación Educativa

- ¿Cuál es el máximo nivel de Instrucción alcanzado por:?

Madre PI PC SI SC

- ¿Asistía a la escuela antes de quedar embarazada? SI NO
- ¿Asiste actualmente a la escuela? SI NO
- Reacción de la escuela (directivos, docentes, compañeros) ante el embarazo

Padre PI PC SI SC

- Los niños que se encuentran en edad escolar ¿Asisten todos a la Escuela?

Si No

Observaciones:

**“PROYECTO DESARROLLO FORTALECIMIENTO
DEL VÍNCULO TEMPRANO”**

**FICHA DE ACEPTACIÓN DE ACOMPAÑAMIENTO EN EL
DESARROLLO DEL VÍNCULO**

Datos Personales

Centro de Salud:

Nombre:

Madre y/o Padre:

Dirección:

Teléfono:

❖ ¿ A veces tiene dudas de lo que es mejor para su hijo/a?

¿En algunas ocasiones se les hace difícil la crianza de sus hijos?

❖ ¿ Le gustaría recibir orientaciones respecto a la crianza y al desarrollo de sus hijos?

¿ Aceptarían el acompañamiento de un profesional para poder acompañarlos y pensar juntos las necesidades de su hijo/a?. **SI** **NO**

Registro de Seguimiento de Diada

1- Impresión Diagnóstica: Indicadores de Riesgo Vincular e Indicadores de Factores Protectores del vínculo

2- Conclusión Diagnóstica (problemas centrales)

3- Estrategias de Intervención Propuesta

4- Evolución

Ficha de Registro de Talleres con Embarazadas

- Centro de Salud
- Fecha

- 1. Quiénes y cuántas personas participaron**
- 2. Objetivos**
- 3. Descripción de la Actividad realizada**
- 4. Temas abordados**
- 5. Impresiones y Observaciones sobre la actividad**

Ficha Personal para participantes del Taller con Embarazadas

LLEGADA		SI	NO
1	Viene acompañada		
2	Cuida su aspecto personal		
3	Saluda a otras madres		
4	Mantiene diálogos con otras madres		

DURANTE EL TALLER		SI	NO
1	Participa activamente		
2	Expresa espontáneamente emociones o sentimientos		
3	Asiente gestualmente los comentarios de otros		
4	Interrumpe a sus compañeras		
5	Se queda callada		
6	Cuenta experiencias personales		
7	Expresa opiniones pertinentes		
8	Expresa satisfacción con lo realizado		

RETIRADA		SI	NO
1	Se marcha rápidamente		
2	Se va acompañada		
3	Busca dialogar con los coordinadores		
4	Dialoga con sus compañeras		

OBSERVACIONES

.....
.....
.....

Anexo 3

SELECCIÓN DE FICHAS PERSONALES Y REGISTROS DE SEGUIMIENTO DE DÍADAS

Ficha Personal N°3: Lucía

1) Datos Personales

Nombre y Apellido: Lucía

Centro de Salud N°: 30

Fecha de nacimiento: 29/11/05

Madre: Johana

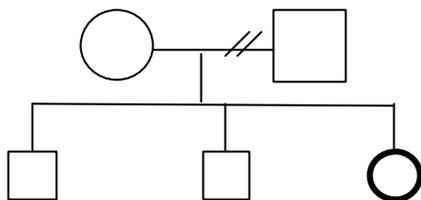
Edad: 26 años

Padre: José Luis

Edad

Grupo familiar conviviente:

Johana y sus tres hijos: Eduardo de 7 años, Facundo de 5 años y Lucía de 3 años.



2) Indicadores de Factores Protectores en relación al Vínculo Temprano

Indicadores de Factores Protectores en relación al Vínculo Temprano	
Asistencia periódica a la consulta pediátrica	SÍ
Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud.	SÍ
Intercambio de miradas entre el niño y la mamá, posibilidad de establecer contacto y comunicarse por medio de la mirada	
Emisión de vocalizaciones recíprocas mamá-niño-mamá. Incluye el llanto que comunica.	
Contacto afectivo o comunicación piel a piel entre la mamá y el niño.	
Contacto corporal cercano y recíproco mientras el niño es sostenido en brazos	

Otros

.....
.....

Indicadores de Riesgo Vincular

Indicadores de Riesgo Vincular	
Asistencia a la consulta pediátrica menos frecuente que la indicada según la edad del niño.	
Escaso o nulo intercambio de miradas entre el niño y la mamá	sí
Miradas significativamente largas y/o dificultades para apartar la mirada de la otra parte de la díada.	
Escasas vocalizaciones entre la mamá y el niño.	sí
Llanto intenso, incontrolable, por parte del niño y/o vocalizaciones intensas de la mamá durante períodos prolongados	
Escaso contacto afectivo entre la mamá y el niño.	sí
Dificultades para sostener momentos sin establecer contactos piel a piel entre la díada.	
Resistencia del niño a ser sostenido en brazos por su mamá, y/o la mamá aparta al niño o lo sostiene tenso o lo deja sin vigilancia en la camilla	
El niño se prende con fuerza a su madre y/o la mamá lo sostiene pegado a su cuerpo durante la consulta, dificultades para dejarlo en la camilla.	

Otros: Internaciones

3) **Breve Historia de la pareja:** El papá de Lucía era violento física y verbalmente con Johana. Luego de muchas dificultades Johana se separa de él, estando embarazada de Lucía. El papá visita cada varios meses a sus hijos, no ayuda económicamente a Johana. Ella prefiere que el no vaya a su casa.

4) **Embarazo:**

- Buscado SI NO
- Pensó interrumpirlo? Sí NO Lo intentó? Sí No ,,,,,
- Mes en que percibió los primeros movimientos de su bebé: **4º mes**
“se movía bastante”.

Sexo deseado por la Madre: **Mujer** por el Padre: -----

Observaciones

En la consulta se observa que Lucía hace quejidos y gritos y dice muy pocas palabras.

11)Control de esfínteres:

- Comenzó el aprendizaje a los ----- meses.
- Control Diurno SI X NO,,, Nocturno SI X NO,,,

12)Socialización:

- Relación con el padre: Johana refiere que sus hijos pasan varios meses sin ver al papá. “Ya no viene, antes venía para molestarme. Lucía pregunta por el papá y yo no sé que decirle”.
- Relación con los hermanos: La mamá refiere que Lucía juega con los hermanos, “ellos la cuidan mucho”.
- Relación con los demás miembros de la familia: Relación cercana con el abuelo materno, Johana refiere que Lucía y sus hermanos a veces le dicen “papá”, ella les aclara que es el abuelo.
- De quién recibe apoyo para la crianza de los niños? Del abuelo materno. “Mi papá está permanente, va a la mañana, a la tarde. Trae pan. A veces lleva a los varones a la cancha”.

13) Escolaridad:

- Jardín maternal SI,,,,,, NO,,,,,, (desde los ----- meses).
(motivo: -----).
- Reacción del niño: -----.
- Reacción de la madre y el padre: -----.

Observaciones

Johana había comentado que había inscripto a su hija para que comience a ir al Jardín Maternal durante el 2009. Durante la última consulta Johana refiere que todavía no la lleva.

14)Describa un día de vida: ----- -----

15) Situación Socio-Económica:

- Cuántas personas trabajan en el hogar: Ninguna. Johana manifiesta que desea trabajar, pero no puede porque no tiene a nadie que cuide a Lucía mientras sus hermanos están en el Jardín o la escuela.

- Qué trabajos realizan

16) Situación Habitacional (se puede completar en la visita domiciliaria)

- ¿Cuántas personas habitan la vivienda?
- ¿Cuántas habitaciones tiene la vivienda? (se considera habitación todo aquello que no sea baño, cocina y pasillo)
- ¿Con cuáles servicios cuenta la vivienda?
 - agua
 - luz eléctrica
 - gas natural

Observaciones

La situación habitacional es muy precaria. Han tenido graves problemas en cuanto a la situación habitacional, ya que querían desalojarlos, y en otra oportunidad sufrieron un robo en su vivienda.

17) Situación Educativa

- ¿Cuál es el máximo nivel de Instrucción alcanzado por?:
Madre PI PC SI SC
Padre PI PC SI SC

- Los niños que se encuentran en edad escolar ¿Asisten todos a la Escuela?
Si X No

Observaciones:

Durante el año 2008, luego de una internación indicada por la Pediatra por el bajo peso de Lucía, Johana comienza a llevar a su hija mucho más periódicamente a la consulta de Vínculo Temprano. Cabe recordar que durante el 2008 el Equipo de Vínculo Temprano continuó trabajando en el Centro de Salud N° 30 de Godoy Cruz, en conjunto con la pediatra.

Johana está de mejor ánimo y con más energía, su médica le ha recomendado tomar vitaminas y hierro, lo cual han favorecido un deseable aumento de peso en la mamá.

Registro de Seguimiento de Diada N°3

Johana – Lucía

Centro de Salud N° 30

1- Impresión Diagnóstica: Indicadores de Riesgo Vincular e Indicadores de Factores Protectores del vínculo

Indicadores de Riesgo Vincular

- Bajo peso
- Escaso o nulo intercambio de miradas o vocalizaciones entre la mamá y Lucía
- Escaso contacto afectivo entre ellas
- Internaciones frecuentes
- Cohabitación y colecho

Indicadores de Factores Protectores del vínculo

- Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud.

2- Conclusión Diagnóstica (problemas centrales)

- Las dificultades de pareja entre el padre y la madre de Lucía han resurgido debido a que él quiso instalarse nuevamente en la vivienda de Johana, y ha cometido actos de violencia hacia ella. La Trabajadora Social del Centro de Salud refiere que Johana se niega a realizar la denuncia correspondiente.
- Estas dificultades hicieron que durante un tiempo Johana no concurra a las consultas con la Pediatra y el Equipo de Vínculo Temprano.

3- Estrategias de Intervención Propuesta

Se acompaña a Johana en esta difícil situación con su ex pareja, ella ha decidido irse a vivir con sus tres hijos a la casa de su padre, para protegerse del padre de Lucía. Se la apoya en la necesidad de que arbitre medios para cuidarse y cuidar a sus hijos.

El abuelo materno posee buenas condiciones habitacionales para alojar a su hija y familia, y según refiere Johana, está dispuesto y muy contento de hacerlo.

Lucía refiere que le gusta vivir en la casa de su abuelo. Se observa un fuerte vínculo afectivo entre los tres niños y el abuelo.

Se trabaja la importancia de que asista periódicamente a la consulta. Se orienta a la mamá en relación a sus dudas acerca del crecimiento y desarrollo de Lucía. Se brindan particularmente orientaciones acerca del desarrollo del lenguaje, del juego y del sueño, y su función como mamá en estos desarrollos.

4- Evolución

Lucía ha aumentado muy bien de peso, y se continúa observando un fortalecimiento del cabello, anteriormente ralo.

Ha logrado un control de esfínteres total, la mamá se muestra orgullosa de este avance y dice palabras positivas a su hija acerca de ello.

En la consulta, se observa que Johana refuerza positivamente a su hija en relación a sus logros. Se ve a la mamá orgullosa de su hija.

Lucía se muestra muy contenta en la consulta. Busca el intercambio con el Equipo de Vínculo Temprano en sus juegos. También disfruta realizando garabatos en la misma.

Se observa un avance en el desarrollo del lenguaje, comienza a pedir los juguetes que quiere en vez de proferir quejidos y gestos. Durante sus juegos, responde a las preguntas del Equipo de Salud.

Ha mejorado sus patrones de sueño y vigilia, durmiendo mejor de noche y menos durante el día.

Ficha Personal N° 9: Tiago Jonás

1) Datos Personales

Nombre y Apellido: Tiago Jonás

Centro de Salud N°: 607

Fecha de nacimiento: 21/12/2008

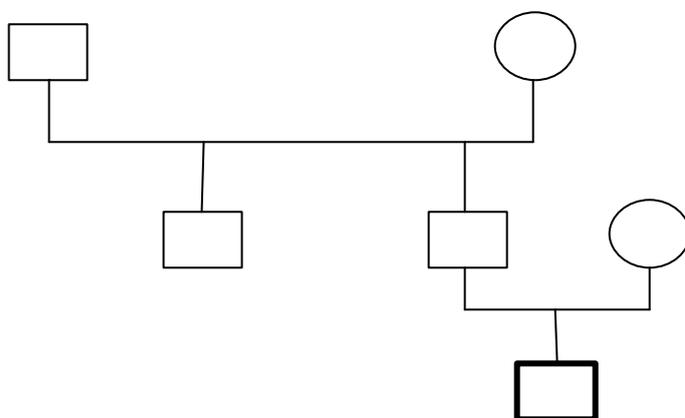
Madre: Verónica

Edad: 22 años

Padre: Facundo

Edad: 21 años

Grupo familiar conviviente:



2) Indicadores de Factores Protectores en relación al Vínculo Temprano

Indicadores de Factores Protectores en relación al Vínculo Temprano	
Asistencia periódica a la consulta pediátrica	si
Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud.	si
Intercambio de miradas entre el niño y la mamá, posibilidad de establecer contacto y comunicarse por medio de la mirada	si
Emisión de vocalizaciones recíprocas mamá-niño-mamá. Incluye el llanto que comunica.	si
Contacto afectivo o comunicación piel a piel entre la mamá y el niño.	
Contacto corporal cercano y recíproco mientras el niño es sostenido en brazos	

Otros

.....

Indicadores de Riesgo Vincular

Indicadores de Riesgo Vincular	
Asistencia a la consulta pediátrica menos frecuente que la indicada según la edad del niño.	
Escaso o nulo intercambio de miradas entre el niño y la mamá	
Miradas significativamente largas y/o dificultades para apartar la mirada de la otra parte de la díada.	
Escasas vocalizaciones entre la mamá y el niño.	
Llanto intenso, incontrolable, por parte del niño y/o vocalizaciones intensas de la mamá durante períodos prolongados	
Escaso contacto afectivo entre la mamá y el niño.	
Dificultades para sostener momentos sin establecer contactos piel a piel entre la díada.	
Resistencia del niño a ser sostenido en brazos por su mamá, y/o la mamá aparta al niño o lo sostiene tenso o lo deja sin vigilancia en la camilla	
El niño se prende con fuerza a su madre y/o la mamá lo sostiene pegado a su cuerpo durante la consulta, dificultades para dejarlo en la camilla.	SI

Otros:

- La pediatra refiere que existe riesgo de obesidad infantil. Niño sobrealimentado.
- Madre que lo amamanta de manera indiscriminada, durante todo el día.

3) Breve Historia de la pareja

La pareja se conoce en unas vacaciones de verano, en un balneario. Cada uno de los padres concurría con sus respectivos amigos. Se ponen de novios, estando juntos durante tres años. Y luego se separan durante un año, porque Francisco quería “hacer vida de soltero”, salir solo con los amigos y Verónica no estaba de acuerdo.

Al año siguiente, deciden reconciliarse, y al poco tiempo, Verónica se queda embarazada.

4) Embarazo:

- Buscado SI NO X
- Pensó interrumpirlo? Sí NO .X Lo intentó? Sí No X

- Mes en que percibió los primeros movimientos de su bebé
- Sexo deseado por la Madre: **Varón** por el Padre: **Varón**
- Condiciones físicas de la madre: **Buenas**
- Condiciones psíquicas de la madre: **Buenas**
- Repercusión emocional de algún acontecimiento importante: A los 5 días de atraso, la madre refiere que “sabía” que estaba embarazada.
- Relación de la madre con el padre del bebé:

Elección del nombre: El papá eligió “Tiago”, y la madre eligió “Jonás” como segundo nombre. A Verónica le gustaba también el nombre “Valentín”, pero a Facundo no le gustaba.

5) **Parto:**

- Vaginal: Cesárea: **X**
- Estaba sola: Acompañada: **X** ¿Por quién? Estaba acompañada por Facundo, y por las familias de ambos.
- Conocía el proceso: SI NO **X**
- Impresión al verlo por primera vez:-----

- **Observaciones.** Relato de la experiencia: Verónica relata que la cesárea no estaba programada. Estuvo varias horas con contracciones, y luego de haberle suministrado dos recipientes de goteos y no dilatar lo suficiente, el Equipo Médico decide realizar cesárea.

6) **Condiciones del niño al nacer**

- Peso: **3, 260 gr.**
- Edad gestacional: **39 semanas.**
- APGAR: **9/10**
- Neonatología: **No** (motivo:-----
Tiempo de internación:-----)

Observaciones: En el mismo terreno existe otra vivienda ocupada por los Bisabuelos de Tiago.

Facundo refiere estar refaccionando la vivienda de los padres para tener cierta independencia con el resto de los miembros de la familia (acceso independiente, baño propio).

Actualmente, comparten todos los espacios de la vivienda salvo la habitación.

17) Situación Educativa

- ¿Cuál es el máximo nivel de Instrucción alcanzado por:?

Madre PI PC SI SC X

Padre PI PC SI SC X

- Los niños que se encuentran en edad escolar ¿Asisten todos a la Escuela?

Si No

Registro de Seguimiento de Diada N°9

Verónica – Tiago Jonás

Centro de Salud N° 607

1- Impresión Diagnóstica: Indicadores de Riesgo Vincular e Indicadores de Factores Protectores del vínculo

Indicadores de Riesgo Vincular:

- Niño con riesgo de obesidad infantil.
- La madre lo amamanta de manera indiscriminada, durante todo el día.
- El niño se prende con fuerza a su madre y/o la mamá lo sostiene pegado a su cuerpo al niño, durante la consulta, y en la convivencia cotidiana.
- Dificultades en la comunicación entre los padres.
- Precariedad e inestabilidad habitacional.
- Familia paterna conviviente con características intrusivas e invasoras, que intentan cumplir funciones maternas y paternas, intrometiéndose en la crianza de Tiago.
- Relación de la pareja conyugal no consolidada. Vínculos inestables.

Indicadores de Factores Protectores del Vínculo:

- Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y /o equipo de salud.
- Asistencia periódica a la consulta pediátrica y a las entrevistas individuales.
- Intercambio de miradas entre el niño y la mamá, posibilidad de establecer contacto y comunicarse por medio de la mirada

2- Conclusión Diagnóstica (problemas centrales)

Desde el relato de la historia familiar se observa que la abuela ocupa el lugar primordial en la crianza del niño desplazando a la madre en sus funciones. Esto se ve reflejado en la historia del papá de Thiago quien fue criado por su abuela.

Se observa un uso indiscriminado del pecho para calmar a Tiago y limitar la intromisión de los abuelos paternos. La madre recurre “a darle el pecho” a toda hora

como mecanismo para limitar a sus suegros que intentan tenerlo en los brazos y llevárselo, sin acuerdo de la madre.

Verónica se siente cuestionada en la manera de criar a su hijo.

Por lo tanto, la madre utiliza el amamantamiento, única función en la que no puede ser reemplazada, como manera de “tener a su hijo” en un espacio propio, solos.

Existen dificultades en la puesta de límites y en la posibilidad de diferenciación de roles y funciones.

Se observa un patrón de apego inseguro ambivalente, con escasos límites en la distancia corporal.

3- Estrategias de Intervención Propuesta

- Se acuerda inclusión en el Proyecto de Fortalecimiento del Vínculo Temprano, con encuentros cada 15 días.
- Se trabaja la necesidad de disminuir la frecuencia de las mamadas,
- Se acentúa la importancia del dialogo entre la pareja, para lograr un nuevo posicionamiento de Verónica como mamá de Tiago, en el contexto familiar conviviente.
- Se reflexiona sobre la dinámica familiar, la historia de vida de cada uno de los progenitores, las funciones materna y paterna y el lugar de los abuelos
- Se trabaja sobre la importancia del fortalecimiento del vinculo madre – hijo.

4- Evolución

Verónica ha podido regularizar el ritmo en la alimentación.

La madre ha podido solicitar la intervención del padre en la puesta de límites en relación a la familia paterna conviviente.

Manifiesta que han atravesado un período de crisis con el papá del bebé. Verónica decide tomarse un tiempo y por unos días se va a casa de sus padres.

Luego regresa y se ponen de acuerdo con Facundo para establecer algunas pautas para mejorar la relación, como compartir más cosas juntos y colaborar entre ambos con la rutina de Thiago.

Para Verónica esto ha sido positivo, se encuentra más tranquila y esto colabora en la actitud ante el bebé.

La dificultad que manifiesta es con el tema del colecho. “Lo máximo que está Thiago en la cuna son 40 minutos...”

Verónica refiere que lleva a cabo la organización de la vida cotidiana de manera muy rígida, intenta tener todo ordenado a la perfección. Ante este imposible muchas veces se siente frustrada, pero ha podido darse cuenta que tiene que ser más flexible.

Verónica manifiesta que tienen Obra Social y que los últimos controles de Salud de Tiago los han realizado de manera particular y que los seguirán haciendo dada la situación del sistema sanitario de la Provincia (refiriéndose a los reiterados paros de profesionales). Por lo tanto el Equipo acuerda nuevamente la inclusión y continuidad de Verónica y Tiago en el Proyecto de Fortalecimiento del Vínculo Temprano, ya que no concurrirán más al Centro de Salud. Verónica ha continuado asistiendo al consultorio de Vínculo Temprano.

Ficha Personal N° 14: Tiago

1) Datos Personales

Nombre y Apellido: Tiago Jesús

Centro de Salud N°: 30

Fecha de nacimiento: 24/12/06

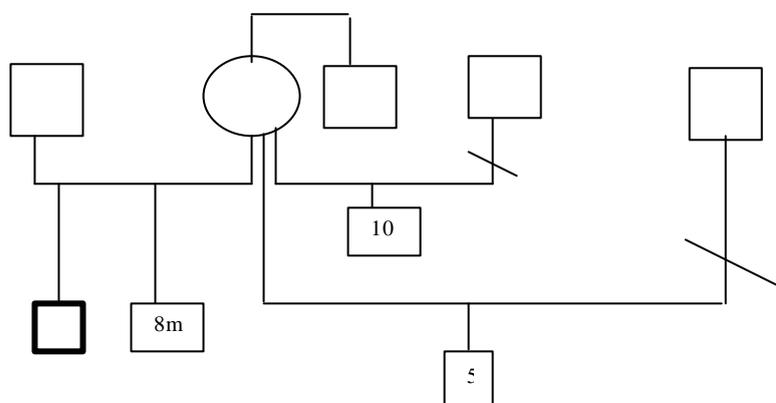
Madre: Mónica

Edad 31

Padre: Cristian

Edad 27

Grupo familiar conviviente:



2) Indicadores de Factores Protectores en relación al Vínculo Temprano

Indicadores de Factores Protectores en relación al Vínculo Temprano	
Asistencia periódica a la consulta pediátrica	Si
Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud.	Si
Intercambio de miradas entre el niño y la mamá, posibilidad de establecer contacto y comunicarse por medio de la mirada	
Emisión de vocalizaciones recíprocas mamá-niño-mamá. Incluye el llanto que comunica.	
Contacto afectivo o comunicación piel a piel entre la mamá y el niño.	
Contacto corporal cercano y recíproco mientras el niño es sostenido en brazos	

Otros

.....

Indicadores de Riesgo Vincular

Indicadores de Riesgo Vincular	
Asistencia a la consulta pediátrica menos frecuente que la indicada según la edad del niño.	Si*
Escaso o nulo intercambio de miradas entre el niño y la mamá	
Miradas significativamente largas y/o dificultades para apartar la mirada de la otra parte de la díada.	
Escasas vocalizaciones entre la mamá y el niño.	
Llanto intenso, incontrolable, por parte del niño y/o vocalizaciones intensas de la mamá durante períodos prolongados	
Escaso contacto afectivo entre la mamá y el niño.	
Dificultades para sostener momentos sin establecer contactos piel a piel entre la díada.	
Resistencia del niño a ser sostenido en brazos por su mamá, y/o la mamá aparta al niño o lo sostiene tensa o lo deja sin vigilancia en la camilla	
El niño se prende con fuerza a su madre y/o la mamá lo sostiene pegado a su cuerpo durante la consulta, dificultades para dejarlo en la camilla.	

*Se señala que existen menos controles pediátricos ya que los primeros meses de vida de Tiago no se realizaron todos los controles. No se realizaron los controles ni del 4º, ni del 6º ni del 8º mes.

Otros

- La abuela paterna quiere reemplazar a la madre en funciones básicas como la alimentación, el baño, la adaptación al jardín, la consulta pediátrica.
- Dificultades para subir de peso. Peso estacionario.

3) **Breve Historia de la pareja:** Según nos cuenta la pediatra la mamá ayudó a Cristian a salir de las adicciones. Vivieron un tiempo largo con los abuelos paternos hasta que lograron tener un espacio propio.

En un momento de dificultades económicas la familia tuvo que separarse para vivir. La madre vivió esto con mucha angustia según relata la pediatra.

El papá ha estado con tratamiento en el hospital Pereyra y ha dejado de tomar la medicación porque dice “le daba sueño y no lo dejaba trabajar”

7) Lactancia:

- Fue puesto al pecho después de ----- horas de nacido.
- Adecuado reflejo de succión SI ,, ,, ,, ,, ,, ,, NO ,, ,, ,, ,, ,, ,,
- Tuvo problemas con el pezón SI ,, ,, ,, ,, ,, NO ,, ,, ,, ,, ,, ,,
- Uso indiscriminado del pecho para calmar al bebé SI ,, ,, ,, ,, NO ,, ,, ,, ,, ,,
- Destete a partir del ,, ,, ,, ,, ,, ,, mes. Paulatino ,, ,, ,, ,, ,, Brusco ,, ,, ,, ,, ,, ,,
- Mamadera SI ,, ,, ,, ,, NO ,, ,, ,, ,, ,,
- Observaciones -----

8) Alimentación:

- Papilla a partir del ,, ,, ,, ,, ,, ,, mes. Aceptación ,, ,, ,, ,, ,, Rechazo X
- Horario regular SI ,, ,, ,, ,, NO X
- Se alimenta solo SI ,, ,, ,, ,, NO ,, ,, ,, ,, ,,
- ¿Con quién come? Almuerzo con los hermanos y muchas veces cena con su abuela.
- Observaciones (caprichos, rechazo a la comida, vómitos, etc) La madre relata que toma la misma mamadera durante toda la mañana. Toma un poco, juega, la deja, vuelve a tomar ... y muchas veces no la termina.
Comenta que al mediodía tiene dificultades para quedarse quieto comiendo, que se baja de la mesa. Relata que no come mucho. Después de comer le da otra mamadera.
Afirma Mónica que cuando come con su abuela ella lo persigue con la comida para que coma. Reconoce que su suegra le ha enseñado a lavarse las manos antes de comer.
Cuenta que se duerme la siesta viendo tele con una mamadera, que se duerme en el sillón o en el piso.
Que a la tarde quiere tomar té como los hermanos aunque ella insista con la leche.
A la noche cuando el padre está para cenar cenar temprano a las 22 hs. Y que cuando el padre trabaja cenar más tarde. Tipo 23 o 23:30 hs. Muchas veces cena con su abuela.

- Relación con los demás miembros de la familia: existe un vínculo complicado con su abuela paterna quien “lo pide” para que pase mucho tiempo con ella.
- De quién recibe apoyo para la crianza de los niños? La mamá expresa que la abuela materna los ayuda mucho.

13) Escolaridad:

- Jardín maternal SI NO X
- Reacción del niño: -----.
- Reacción de la madre y el padre:
- **Observaciones:** En un primer momento la mamá comenta que quiere que asista al Jardín, que lo inscribió pero que ha quedado en lista de espera. El Equipo sugiere por escrito al Jardín que se incorpore a Tiago. El niño es aceptado.

Cuando se indaga sobre el proceso de adaptación la mamá comenta que no sabe como organizarse con su otro hijo que comienza el jardín de infantes al mismo tiempo. Frente a esta aparente dificultad el padre opina que el proceso de adaptación de Tiago lo realicen sus abuelos.

Cuando el abuelo asiste a la entrevista cuenta que le consiguió la vacante en el Jardín Maternal para Tiago. Les hice unos espectáculos y me hicieron un lugar. “Así que ya lo llevé un día, total es a media cuadra de mi casa”. La abuela considera que es muy chiquito para ir al Jardín, “no me gusta que vaya, el otro día tenía que ir y a propósito no le hice acordar a él (el abuelo) que lo llevara”.

En la actualidad no asiste a Jardín Maternal

**14) Describe un día de vida: -----
-----**

15) Situación Socio-Económica:

- Cuántas personas trabajan en el hogar: dos
- Qué trabajos realizan: la mamá realiza servicio doméstico dos veces por semana. El padre trabaja en un servicio de seguridad de un hipermercado. Va a rendir para ser personal penitenciario: quiere ser chofer.

16) Situación Habitacional

- ¿Cuántas personas habitan la vivienda? 7 personas
- ¿Cuántas habitaciones tiene la vivienda? (se considera habitación todo aquello que no sea baño, cocina y pasillo)
- ¿Con cuáles servicios cuenta la vivienda?
 - agua
 - luz eléctrica
 - gas natural

17) Situación Educativa

- ¿Cuál es el máximo nivel de Instrucción alcanzado por:?

Madre PI PC SI SC

Padre PI PC SI SC

- Los niños que se encuentran en edad escolar ¿Asisten todos a la Escuela?

Si No

Observaciones:

12 de febrero

Asiste a la consulta Mónica con Diego, Tiago y Joaquín

Diego y Tiago juegan tranquilos con los juguetes obsequiados por el proyecto.

La dificultad central parece ser la relación que establece la abuela paterna con Tiago. Ella quiere desplazar a Mónica en muchas ocasiones de su función materna: en la adaptación al Jardín, en los controles médicos, en el momento del baño y la comida.

La suegra expresa preocupación por la salud de Tiago a la pediatra y pretende hacerse cargo del cuidado de Tiago. No plantea lo mismo con su otro nieto menor.

Se observan dificultades de la mamá para poner límites al tipo de relación que construye su suegra con Tiago. Si bien expresa enojos por su estilo: “yo le digo pero

lo trae a cualquier hora”, “a veces yo lo he bañado y lo he puesto lindo y ella lo vuelve a bañar y le cambia la ropa”, “se lo lleva a la tarde y lo trae a la noche” “a veces cuando lo llevo a Tiago con mi familia ellos dicen qué suerte que lo trajiste, hacía mucho que no lo veíamos” “lo tiene todo el día upa, no lo deja un segundo, el dice A y ella ya lo alza”.

Sin embargo la mamá reconoce que en muchas ocasiones que se lleve a Tiago “la alivia un rato”, ya que tiene otros tres hijos para cuidar. Dice Mónica “si fuera por ella lo tendría (a Tiago) ahí en la casa de ella”

Describe a la suegra como “rara” “por ahí te brinda todo y por ahí no da bolilla”, “es muy cambiante y depresiva”

Alicia comenta que con frecuencia la abuela materna la llama y la visita para consultarle sobre la salud de Tiago y le dice que Mónica no es una buena madre, que es descuidada con sus hijos.

19 de febrero

Asisten a la consulta pediátrica los abuelos de Tiago y Joaquín quienes habían sido previamente citados.

Les preguntamos como es la relación de ellos con sus nietos.

Responden siempre en relación a Tiago.

Dice la abuela “generalmente lo veo todos los días, pero he notado que a veces ella (la mamá) no quiere que me lo lleve”. “Igual si pasan dos días y ellos no vienen voy a buscarlo” “Igual antes se quedaba más con nosotros”.

Dice el abuelo que en la habitación de ellos hay una cama para Tiago. Cuenta que en su casa Tiago tiene ropa y cosas de él. Afirma también que Tiago le dice “mamá” a la abuela.

Afirma la abuela “Tiago duerme con nosotros porque ellos no tienen ventilador y al nene le da calor”. “Cuando está con nosotros está limpio, bañadito” “Quién cree que los baña antes de la consulta? Yo! Si no vendrían mugrientos a Ud.”

El abuelo dice “yo lo invito al Tiago a que se quede conmigo, si no quiere, lo dejo, no lo obligo”.

Ambos expresan que Mónica y Cristian –pero principalmente Mónica- tienen muchas dificultades para asumir la crianza de los niños. Relatan muchas anécdotas donde aparecen muchos descuidos: Principalmente en relación a las comidas, a los

horarios, y a descuidos que pueden terminar en accidentes domésticos: “Se olvidan de darle de comer. A veces se la pasan comiendo caramelos” “No comen variado, a veces hacen de comer al mediodía, queda la comida todo el día ahí y al otro día comen lo mismo”. “Ella no le hace de comer y eso no va a cambiar”.

Afirman “Tiago ni pide comida, lo único que dice es “cheche” y ahí le dan una mamadera. Pero cuando está con nosotros viera como come todo”.

“El jueves nos los trajeron a última hora, sin pañales, sin ropa, sin comida sin nada. Nosotros nos teníamos que ir al espectáculo (hacen referencia al trabajo del abuelo) y no venían, tuvimos que llevarlo. Ud. se cree que llamaron para ver si había comido, si teníamos para darle de comer? Ellos cuando lo dejan se relajan.

Dice la abuela que hasta su otra hija dice “Voy a esa casa para amargarme de lo mal que los tiene a los chicos, el desorden ...”

Relatan una anécdota en la cuál Tiago estaba jugando con un serrucho.

Dice el abuelo que cada vez que los niños quedan a cargo de Cristian él se los lleva a ellos para que los cuiden. Dice el padre que prefiere irse a trabajar a estar con ellos. Dice el abuelo justificándolo “porque él es el padre, no puede hacer lo mismo que la madre”.

Ellos relatan que a fin de año la pareja se separó y que parte de esos conflictos tienen que ver con el hermano de Mónica que se fue a vivir con ellos desde entonces. Refieren que el hermano es adicto, creen ellos que trafica droga y afirman que está armado.

El abuelo expresa mucha preocupación por esta situación. “Está en juego la vida de mi nieto”.

Hacen diferencia entre un tiempo pasado y el actual:

“Antes era peor. Si nosotros no hubiéramos estado no sé si ese bebé hubiera vivido.

Ellos salían a bailar, volvían a la madrugada los dos borrachos ...”

“Mi hijo tenía ese problema (con drogas) que por suerte salió adelante gracias a mí que lo llevé al tratamiento” dice el abuelo.

Afirma la abuela “Yo tuve la posibilidad de quitárselos a los chicos y no lo hice”

26 de febrero

Asisten a la consulta Mónica y Cristian con Joaquín y Tiago.

Lo primero que relata Mónica es que los abuelos les habían avisado que habían asistido y que les habían dicho que nosotras (equipo) le íbamos a enseñar a Mónica a ser una buena madre. El padre agrega que les dijeron que ahora no se las iban a hacer tan fácil.

Relata Cristian que le pareció raro que los abuelos no lo fueran a buscar tan seguido a Tiago. “Está bien que esté con nosotros. Somos su familia. Lo que pasa que a mí no me gusta el lugar donde vivimos”. Explica que él prefiere muchas veces que esté con los abuelos porque en la casa aprende cosas malas de los hermanos más grandes “malas palabras, caprichos”

Ambos expresan que se han profundizado las dificultades por la convivencia con el hermano de Mónica. Relata Mónica “Cristian me dijo o se va él o me voy yo” “Mi hermano está sin trabajo, para mí es como un hijo él, me es muy difícil decirle que se vaya.”

12 de marzo

Asisten a la consulta Tiago, Joaquín, Mónica y la tía paterna.

Comentan que en el Jardín Maternal lo habían aceptado que no había asistido porque estuvo enfermo. No avisaron en el Jardín. Además relata Mónica “Entró a la mañana y yo quería en la tarde”. Cuando indagamos a cerca del proceso de adaptación Mónica cuenta que lo ha acompañado el abuelo. “El Cristian se queda cuidando al Joaquín”. Mónica consulta si está bien que Tiago coma en el Jardín.

26 de marzo

Asisten a la consulta Cristian y Tiago.

Explica que Mónica se quedó limpiando y con Joaquín.

Comenta el papá que finalmente después de la enfermedad Tiago empezó el Jardín pero al segundo día un compañero lo mordió y entonces decidió no mandarlo más. Además dice “El abuelo me decía que no se le despegaba un segundo”

Tiago llora todo el tiempo en la consulta. Cristian no logra calmarlo y refiere “Está todo el tiempo así, llora todo el día, quiere estar todo el día en brazos”. “No está comiendo nada, está todo el día con la mamadera”.

Registro de Seguimiento de Diada N°14

Mónica-Tiago

Centro de Salud N° 30

1- Impresión Diagnóstica: Indicadores de Riesgo Vincular e Indicadores de Factores Protectores del Vínculo

Indicadores de Factores Protectores del Vínculo

- Asistencia periódica a la consulta pediátrica.
- Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del pediatra y/o equipo de salud.

Indicadores de Riesgo Vincular

- La abuela paterna intenta reemplazar a la madre en funciones básicas como la alimentación, el baño, la adaptación al jardín, la consulta pediátrica.
- Dificultades para subir de peso. Peso estacionario.

2- Conclusión Diagnóstica (problemas centrales)

La dificultad central parece ser la dificultad de los padres de ocupar su función, de esta manera permiten a la abuela paterna establecer con Tiago una relación que no favorece el desarrollo del niño. Ambos padres tienen dificultades para establecer límites claros que le permitan a Tiago comprender cuál es el lugar de la mamá, el del papá y el de los abuelos. Por otra parte, la abuela quiere desplazar a Mónica de su función materna: en la adaptación al Jardín, en los controles médicos, en el momento del baño y la comida.

Esta dificultad para delimitar sus funciones como padres y preservar el ámbito de la familia nuclear como diferente al espacio de la familia ampliada, se observa también en las dificultades que le genera a la pareja la convivencia con el tío materno.

3- Estrategias de Intervención Propuesta

Las intervenciones que se realizan en este periodo buscan fortalecer a Mónica y Cristian en sus funciones maternas y paternas.

Se continúan realizando intervenciones en relación a la alimentación de Tiago. Se trabaja la importancia de una rutina y del momento de la comida como un momento privilegiado para compartir en familia.

Se trabaja con los padres la necesidad de que Tiago duerma con sus hermanos, la importancia de preservar un espacio diferenciado para la familia nuclear y la posibilidad de que el tío comience a trabajar y busque un espacio propio para vivir.

4- Evolución

En este periodo se han observados algunos cambios positivos en el desarrollo y crecimiento de Tiago. Ha aumentado satisfactoriamente de peso.

La familia se ha cambiado de casa, se ha mudado a otro barrio más alejado de los abuelos paternos. En esta nueva vivienda han podido diferenciar espacios: Tiago duerme con sus hermanos en una habitación, la pareja duerme en otra habitación y el tío materno en un tercer cuarto.

Anexo 4

SELECCIÓN DE REGISTROS DE TALLERES

Registro de Taller con Embarazadas

- **Centro de Salud: N°204– Godoy Cruz**
- Fecha: 9 de junio de 2009

1) Quiénes y cuántas personas participaron

- Tres embarazadas adolescentes.
- Dra. Obstetra encargada del Curso de Preparación Integral para el Parto.
- Dos miembros del Equipo Fortalecimiento del Vínculo Temprano, como coordinadores del taller.

2) Objetivos

- Promover un espacio de escucha y de intercambio de ansiedades y temores entre mamás que están próximas a tener sus hijos.
- Aportar orientaciones sobre las características del recién nacido y sobre la importancia de los cuidados cotidianos del bebé de 0 a 3 meses.
- Promover un vínculo afectivo con el bebé por nacer.

3) Descripción de la Actividad realizada

El taller se inició más tarde de lo previsto, debido a que la Dra. Obstetra debió atender a una adolescente embarazada de 5 meses que asistió sin turno para su primer control prenatal.

La actividad comenzó con una presentación por parte de cada una de las mamás, en las que se las invitaba a comentar algo de su hijo/a, alguna característica que hubieran notado de él o de ella, o cómo se lo imaginaban. Las mamás comentaron el sexo de sus bebés, el nombre elegido para ellos (una de ellas comentó que aún no lo tenía elegido) y el hecho de que se movía mucho.

Luego, se les pidió a las mamás que se imaginaran que su hijo había nacido y se les comentó que se iba a trabajar sobre algunas afirmaciones sobre la crianza que ellas posiblemente habían escuchado de sus madres, suegras, vecinas y/o amigas, y otras que a lo mejor no conocían, para compartir lo que cada una pensaba.

Se entregó a cada una de las mamás una afirmación que expresaban mitos, creencias populares y recomendaciones respecto al cuidado de los bebés de 0 a 3 meses. Se les pidió que comenten cada una de las frases con el grupo y discutan acerca de si las habían escuchado, y si estaban de acuerdo o en desacuerdo con las mismas y por qué.

Se abrió un interesante espacio de discusión grupal y de intercambio de opiniones entre las participantes y el Equipo del Proyecto.

4) Temas abordados

- Qué es el vínculo temprano.
- La lactancia, la preparación para ella durante el embarazo, las características beneficiosas de toda leche materna, independientemente del tamaño de los pechos. La importancia de la lactancia materna en el fortalecimiento del vínculo temprano.
- Las dificultades del colecho, y la importancia de que el bebé tenga un espacio propio.
- La necesidad de instaurar una rutina que permita al recién nacido tener puntos de referencia para su desarrollo.
- El llanto del bebé como medio de comunicación.

5) Impresiones y Observaciones sobre la actividad

La metodología de este taller, previamente utilizada por el equipo, favorece la participación de los participantes y la discusión de los temas relacionados al fortalecimiento del vínculo temprano.

Ficha de Registro de Talleres con Padres
en Centro de Salud Mental Infanto Juvenil

- Centro de Salud Mental Infanto Juvenil N° 1 “ Dr. Julio Arduso” de Godoy Cruz
- Fecha: 13 de abril de 2009

1. Quiénes y cuántas personas participaron:

- 11 mamás
- 1 papá
- Lic. María Luz Yañez y Lic. Valeria Chiavetta (Equipo Fortalecimiento Vínculo Temprano)
- Mag. Liliana Barg (Directora Centro de Salud Mental Infanto Juvenil)

2. Objetivos

- Incorporar la temática del desarrollo del vínculo temprano en los talleres de admisión al Centro de Salud Mental Infanto Juvenil.
- Promover un espacio de reflexión junto a los padres sobre el establecimiento del vínculo temprano en los primeros años de vida y los efectos que este vínculo tiene a lo largo de la vida.

3. Descripción de la Actividad realizada

Luego de dar la bienvenida el Equipo, los padres se presentan. Se introduce la temática a trabajar a partir de dar lectura al material de sensibilización sobre vínculo temprano elaborado para los padres en el estudio anterior. Se realiza un intercambio sobre este material.

A continuación se divide en dos grupos a los padres. Se proyecta en DVD dos tiras de la historieta Mafalda de Quino y se le pide a los padres que relacionen esa historieta con el vínculo temprano.

Posteriormente se dan consignas a todo el grupo. Se les pide a los papás que recuerden cómo fueron los primeros años con sus hijos:

- ¿Qué pasaba cuando su hijo/a se enojaba? ¿Cómo reaccionaba Ud.? ¿Y cómo reacciona ahora?

- ¿Cómo ponía Ud. antes los límites? ¿Cómo lo hace ahora?
- ¿Qué hacía cuando él o ella quería algo que Ud. no quería darle? ¿Qué hace ahora?

A partir de estas preguntas se desarrolla el debate, el intercambio entre los padres de sus experiencias y los aportes del Equipo del Vínculo Temprano.

4. Temas abordados

- Desarrollo del vínculo temprano
- Los límites
- La comunicación entre los padres, y entre los padres y los hijos
- Las dificultades que aparecen en la crianza cuando los padres están separados o cuando el padre no está presente
- Los hijos como sujetos distintos a los padres y las expectativas que éstos tienen sobre ellos.

5. Impresiones y Observaciones sobre la actividad

La metodología utilizada en el taller favoreció la participación de los padres.

El uso de la historieta “sin palabras” como disparador, favoreció que fluyeran distintos tipos de interpretaciones, algunas incluso contradictorias.