

Mendoza

**Los vínculos primarios:
un aporte a las políticas públicas
de atención temprana.**



Mendoza

Los vínculos primarios: un aporte a las políticas públicas de atención temprana

**Autoridades del Consejo Federal
de Inversiones**

Asamblea de Gobernadores

Secretario General
Ing. Juan José Ciácerá

Mendoza

Los vínculos primarios: un aporte a las políticas públicas de atención temprana

Consultoras:

Valeria Chiavetta y Emiliana Ganem

Colaboradoras:

Virginia Brenann, Cecilia Torres y María Luz Yañez

Revisión de textos Convenio USAL-CFI

ABRIL DE 2011

Los vínculos primarios: un aporte a las políticas públicas de atención temprana.

Autoras:

Valeria Chiavetta y Emiliana Ganem

Colaboradoras:

Virginia Brenann, Cecilia Torres y María Luz Yañez

1º Edición

500 ejemplares

Consejo Federal de Inversiones

San Martín 871 – (C1004AAQ)

Buenos Aires – Argentina

54 11 4317 0700

www.cfired.org.ar

ISBN

© 2011 CONSEJO FEDERAL DE INVERSIONES

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723

Impreso en Argentina - Derechos reservados.

No se permite la reproducción parcial o total, el almacenamiento, el alquiler, la transmisión o la transformación de este libro, en cualquier forma o por cualquier medio, sea electrónico o mecánico, mediante fotocopias, digitalización u otros métodos, sin el permiso previo y escrito de los editores. Su infracción está penada por las leyes 11.723 y 25.446

NOMBRE Y DOMICILIO IMPRESOR

LUGAR Y FECHA IMPRESIÓN

Al lector

El Consejo Federal de Inversiones es una institución federal dedicada a promover el desarrollo armónico e integral del país.

Su creación, hace ya cinco décadas, provino de la iniciativa de un grupo de gobernadores provinciales democráticos y visionarios, quienes, mediante un auténtico Pacto Federal, sentaron las bases de una institución que fuera, a la vez, portadora de las tradiciones históricas del federalismo y hacedora de proyectos e iniciativas capaces de asumir los desafíos para el futuro.

El camino recorrido, en el marco de los profundos cambios sociales de fin y principio de siglo, motivó al Consejo a reinterpretar las claves del desarrollo regional, buscando instrumentos innovadores e identificando ejes temáticos estratégicos para el logro de sus objetivos.

Así surgen en su momento el crédito a la micro, pequeña y mediana empresa, la planificación estratégica participativa, la difusión de las nuevas tecnologías de información y comunicaciones, las acciones de vinculación comercial y los proyectos de infraestructura para al mejoramiento de la competitividad de las producciones regionales en el comercio internacional. Todo ello, con una apuesta creciente a las capacidades sociales asociadas a la cooperación y al fortalecimiento de la identidad local.

Entre los instrumentos utilizados por el Consejo, el libro fue siempre un protagonista privilegiado, el vehículo entre el conocimiento y la sociedad; entre el saber y la aplicación práctica. No creemos en el libro como “isla”, principio y fin del conocimiento, lo entendemos—a la palabra escrita y también a su extensión digital— como una llave para generar redes de conocimiento, comunidades de aprendizaje.

Esta noción del libro como medio, y no como un fin, parte de una convicción: **estamos inmersos en un nuevo**

paradigma donde solo tiene lugar la construcción del conocimiento colectivo y de las redes. En esta concepción, los libros son insumos y a la vez productos de la tarea cotidiana.

En un proceso virtuoso, en estos últimos años, el CFI se abocó a esa construcción social del conocimiento, mediante el trabajo conjunto y coordinado con los funcionarios y técnicos provinciales, con profesionales, productores, empresarios, dirigentes locales, estudiantes, todos aquellos interesados en encontrar soluciones a los problemas y en asumir desafíos en el ámbito territorial de las regiones argentinas.

Con estas ideas hoy estamos presentes con un conjunto de publicaciones que conforman la **Colección “Estudios y proyectos provinciales”** y que están referidas a las acciones de la cooperación técnica brindada por nuestra institución a cada uno de sus estados miembro.

Este título: **“Los vínculos primarios: un aporte a las políticas públicas de atención temprana”** que hoy, como Secretario General del Consejo Federal de Inversiones, tengo la satisfacción de presentar, responde a esta línea y fue realizado por solicitud de la provincia de Mendoza.

Damos así un paso más en esta tarea permanente de promoción del desarrollo de las regiones argentinas, desarrollo destinado a brindar mayores oportunidades y bienestar a su gente. Porque, para nosotros, “CFI, DESARROLLO PARA TODOS” no es una “frase hecha”, un eslogan, es la manifestación de la vocación federal de nuestro país y el compromiso con el futuro de grandeza y equidad social que anhelamos todos los argentinos.

Ing. Juan José Ciácerá
Secretario General
Consejo Federal de Inversiones

Índice

9	Agradecimientos		
11	Introducción		
15	Capítulo 1: Proyecto “Desarrollo y Fortalecimiento del Vínculo temprano		
15	Los inicios		
18	La consolidación como equipo. Creación del Consultorio de Vínculo Temprano		
21	Una mirada acerca de las políticas públicas de atención temprana		
22	Principales estrategias de intervención para el fortalecimiento de los vínculos primarios		
24	Formación y capacitación de docentes y directivos de jardines maternos		
24	Formación y capacitación de profesionales de la salud		
25	El proceso metodológico de la intervención		
31	Capítulo 2: El trabajo interdisciplinario con familias: marcos referenciales y tensiones en la intervención		
31	¿Multidisciplina, interprofesionalidad, interdisciplina?		
33	¿Desde qué marcos teórico-políticos intervenimos en las familias para fortalecer vínculos?		
36	Teoría del Apego		
43	La maternidad y paternidad en la adolescencia: ¿un problema?		
51	¿Entre qué tensiones se realizan las intervenciones?		
61	Capítulo 3: El fortalecimiento de los vínculos primarios en el trabajo con familias. Nuestra experiencia		
61	Las familias particulares que participan de la experiencia		
68	Temáticas trabajadas en las intervenciones con familias para el fortalecimiento del vínculo temprano		
71	La importancia de la lactancia y la alimentación en el desarrollo del vínculo temprano		
73	La díada madre-hijo: intervenciones en una familia particular (M.-P.)		
83	Capítulo 4: El vínculo primario en las políticas de atención temprana: jardines maternos y centros de salud		
83	Los jardines maternos: un pilar en la política de atención a la primera infancia		
87	Fortaleciendo vínculos con los padres: distintas estrategias, distintas maneras de concebir la participación de los padres		
89	La comunidad y los vínculos: el jardín maternal que se mira a sí mismo y el jardín maternal integrado a la comunidad		
98	Los controles de crecimiento y desarrollo: claves en la atención primaria de la salud		
115	Conclusiones		
125	Bibliografía		

Agradecimientos

A nuestra supervisora, Mgter. Liliana Barg por brindarnos su permanente apoyo y orientación.

A todos los profesionales que en las distintas etapas integraron y construyeron este proyecto: Lic. Natalia Cadile, Lic. Beatriz Muñoz, Lic. María Luz Yañez, Lic. Virginia Brennan y Lic. Cecilia Torres.

A la Dirección de Salud Mental de la provincia de Mendoza por avalar y hacer posible este estudio.

Al Consejo Federal de Inversiones por haber apoyado este proyecto

A Fernando Simón por su apoyo.

A los Centros de Salud y Jardines Maternales que acogieron la propuesta de trabajo e involucraron a sus profesionales en la tarea.

A los pediatras que nos abrieron las puertas de su consultorio para que realizáramos un trabajo conjunto, especialmente a Alicia Arroyo, Raquel Sonzogni y Mariela Persich.

A los profesionales que fueron parte de la experiencia y colaboraron con nuestra tarea, particularmente a la Lic. Laura Bernaldo de Quirós.

A todas las familias que conocimos y que confiaron en nosotras, y en su nombre, a todas las familias que cotidianamente luchan por sobrevivir en contextos de profundas dificultades y brindan a sus hijos lo mejor que tienen. A ellos, que saben que a ser padres se aprende siendo padres, pero también compartiendo con otros vivencias, alegrías, miedos y dudas. Nuestro más profundo agradecimiento por habernos dejado entrar en sus vidas y enseñarnos tantas cosas.

Y también a nuestras propias familias, a nuestros hijos, a nuestros compañeros con quienes cotidianamente construimos nuestros propios vínculos.

Introducción

En el presente libro se intenta dar cuenta de la experiencia transitada en el Proyecto de investigación-acción “Desarrollo y Fortalecimiento del Vínculo Temprano”, llevado a cabo desde fines de 2006 hasta la actualidad, en tres etapas.

Aquí se reflejan los aprendizajes y las reflexiones de un equipo interdisciplinario en una experiencia particular. A lo largo de los capítulos, se muestran intervenciones en la práctica, en articulación con los marcos teóricos que las fundamentan. A partir de estos aportes, se busca realizar contribuciones a las políticas de atención temprana.

La temática central desarrollada en el libro es la de las intervenciones con familias en el desarrollo del vínculo temprano, si entendemos por tal: la relación particular y única que se establece entre el bebé y la madre o su sustituto, y que se considera esencial para el desarrollo del niño/a; *“...necesario para la supervivencia, para la subjetivación del sujeto y como la matriz básica de todas las relaciones sociales y cognitivas”* (Tallis y otros, 1999).

Es importante especificar que, a lo largo del libro, cuando mencionamos a la madre nos referimos a la función materna, dado que dicho lugar puede ser ocupado también por un sustituto de la madre biológica que se constituya en cuidador principal.

El establecimiento de los vínculos primarios es fundamental para el desarrollo físico y emocional del niño. Ese vínculo se inicia en el vientre materno para luego fortalecerse a lo largo de su vida.

Freud plantea, ya en 1895, que el desvalimiento y desamparo motor con que nace el bebé y la dependencia del ser humano durante su prolongada infancia determinan la necesidad de otra persona para sobrevivir. Este estado de desvalimiento motor e indefensión dejará una marca en el psiquismo: el desvalimiento psíquico, que

establece la necesidad estructural de vinculación en el sujeto humano.

Al nacer, el bebé es alojado en una trama simbólica, se le da un nombre y tiene un lugar en relación con otros.

El antropólogo francés Levi-Strauss (1984) 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 fundamentales porque en el origen de todo sujeto, hay relaciones, vínculos. Debido a que las relaciones humanas están siempre mediadas por el lenguaje, no es posible hablar de vínculos en los sujetos por fuera de este.

A continuación, daremos cuenta de la estructura del libro:

El Capítulo 1 introduce la experiencia. En él se desarrolla el proceso vivido a lo largo de las tres etapas del proyecto. Se identifican, en cada una de ellas, las principales estrategias de trabajo, las dificultades y los aciertos encontrados.

Asimismo, se exponen los avances teórico-metodológicos que se han ido alcanzando en el seguimiento con las familias y que dan cuenta de los distintos énfasis y premisas que han guiado las intervenciones.

El Capítulo 2 problematiza la intervención. Intenta plantear la interdisciplina como una estrategia central en la intervención con familias. Desarrolla brevemente el marco teórico conceptual que sustenta nuestra práctica y

que es resultado de la confluencia de distintos saberes y de la discusión colectiva del Equipo del proyecto. Se incluye también un análisis que, lejos de aportar “recetas para la intervención”, muestra las tensiones inherentes al trabajo con familias en el desarrollo y fortalecimiento de los vínculos primarios.

El Capítulo 3 se centra en las intervenciones con las familias. Presenta una caracterización de las familias con las cuales trabajamos. Se reflexiona, además, acerca de las principales temáticas vinculadas al fortalecimiento de los vínculos primarios, claves en la intervención. Finalmente, se presenta el trabajo con una familia particular donde se muestra el seguimiento realizado en un Consultorio de Vínculo Temprano. Se busca, de este modo, integrar en una situación particular, los marcos conceptuales, los vínculos, la metodología de trabajo, las lógicas de intervención y las prácticas institucionales.

El Capítulo 4 da cuenta del vínculo primario en las políticas de atención temprana. Se realiza una aproximación diagnóstica del lugar que la temática del vínculo primario ocupa en jardines maternos y centros de salud, a partir del análisis de entrevistas en profundidad realizadas a docentes, directivos y profesionales de la salud. Consideramos que estas instituciones son centrales en el fortalecimiento de los vínculos primarios, y por lo tanto eje de las políticas de atención temprana.

Para finalizar, en las Conclusiones, y a partir de los distintos temas desarrollados a lo largo de los capítulos del presente libro, se realizan aportes para el diseño de políticas integrales de atención temprana.



Proyecto “Desarrollo y Fortalecimiento del Vínculo temprano”

Principales estrategias de trabajo

A partir de 2006, desde un equipo multidisciplinario desarrollamos el Proyecto de Investigación-Acción “Desarrollo y Fortalecimiento del Vínculo Temprano”. Este proyecto es financiado por el CFI (Consejo Federal de Inversiones) y supervisado por Liliana Barg, Coordinadora del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil N° 1 de Godoy Cruz, que depende de la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Mendoza.

Actualmente, se está concluyendo la tercera etapa de la investigación. Es destacable que el proyecto ha logrado tener continuidad más allá de los cambios en las gestiones del gobierno provincial.

En este sentido, valoramos que aquellos programas y proyectos que logran la aceptación de la población, la acogida institucional y que alcanzan algún tipo de impacto en la mejora de las condiciones de vida de los sujetos, puedan permanecer en el tiempo, trascender los distintos gobiernos y convertirse en políticas de Estado.

Los inicios. Proyecto “Fortalecimiento del Vínculo Temprano”. 2006-2007

La iniciativa de promover un proyecto para trabajar la temática del vínculo temprano surgió desde la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Mendoza, que convocó a un grupo de profesionales para que conformara el equipo de trabajo del proyecto. Equipo que estuvo formado por la licenciada en Trabajo Social Valeria Chiavetta y las siguientes colaboradoras: Natalia Cadile y Emiliana Ganem, psicólogas; Beatriz Muñoz, fonoaudióloga y psicomotricista, y María Luz Yañez, kinesióloga y psicomotricista. El proyecto inicial fue formulado por equipos de la Dirección de Salud Mental, y redefinido en el proceso de trabajo por el equipo a cargo del estudio.

Lo que nos propusimos en esta etapa

En ese momento, el objetivo que buscamos alcanzar fue: “Demostrar que el desarrollo y el sostenimiento a lo largo del tiempo, de acciones destinadas a promover factores protectores que estén con relación al fortalecimiento del vínculo temprano entre madre e hijos (durante los primeros tres años de vida) que se encuentren en riesgo biopsico-social, permiten el desarrollo saludable e integral del niño y disminuyen así la existencia de problemáticas de salud mental”.

Es decir que la hipótesis que guiaba nuestra investigación era que la intervención para promover factores protectores con relación al fortalecimiento del vínculo temprano de díadas madre-hijo favorecía el desarrollo integral del niño y prevenía la aparición de problemáticas de salud mental. Para ello nos propusimos trabajar en centros de salud y jardines maternos, instituciones presentes en la cotidianidad de la población a la que incluiríamos en el proyecto.

El gran desafío en los inicios fue la conformación como equipo de trabajo, ya que éramos profesionales que proveníamos de distintas disciplinas, sustentábamos nuestras intervenciones en teorías diversas y no teníamos experiencias previas de trabajo conjunto.

El esfuerzo se orientó así, en primer lugar, a construir un marco teórico común que permitiera dar cuenta del objetivo planteado y posibilitara la demostración empírica de la hipótesis que de él se desprende.

Con el fin de realizar una selección de las instituciones con las cuales trabajaríamos, buscamos conocer en qué zonas de la provincia se concentra el mayor número de población de alto riesgo. Para ello, se analizó información estadística, considerando la detección del Alto Riesgo Materno Infantil y la Mortalidad Infantil de algunas

semanas epidemiológicas del año 2006. Estos datos se obtuvieron en la Maternidad del Hospital Lagomaggio (Hospital público con el área de Maternidad más importante de la provincia, que realiza aproximadamente 30.000 partos anuales) y procesados por la Dirección de Maternidad e Infancia de la Provincia de Mendoza.

Se priorizaron así zonas de trabajo demarcadas en referencia a los centros de salud y los jardines maternos presentes en cada una. En la selección final de las instituciones, también se tuvo en cuenta que pudiéramos encontrar profesionales que acogieran y se entusiasmaran con la propuesta del proyecto.

Respecto de las instituciones de salud, luego de evaluar diferentes alternativas, el equipo realizó acuerdos de trabajo con el Centro de Salud N°16 de Guaymallén, el Centro de Salud N°30 de Godoy Cruz y el Centro de Salud N°607 del Hospital Gailhac de Las Heras.

En cuanto a las instituciones de educación, el equipo articuló tareas con: el Jardín Maternal "Arroz con Leche", de Guaymallén, el Jardín Maternal "Horneritos", de Las Heras y con los Jardines Maternos "Conejitos del Sol" y "Pucheritos", y la Red Esperanza, integrada por docentes de Nivel Inicial del departamento de San Rafael.

Una de las tareas que preveía el estudio era la conformación de la muestra de la investigación, para lo cual tomamos como referencia los indicadores del *Score* de Riesgo de la Dirección de Maternidad e Infancia. Entre ellos:

- Niños de bajo peso al nacer.
- Controles prenatales insuficientes.
- Intervalos intergenésicos menores a 2 años.
- Niños menores de 2 años fallecidos por causas evitables.
- Madres adolescentes.
- Mujeres embarazadas con HIV.
- Madres con problemática en adicciones.
- Dificultades en la lactancia.
- Familias en riesgo social.

Allí comenzaron las dificultades y los interrogantes para seleccionar las díadas. Las variables que habíamos considerado no daban cuenta de la calidad del vínculo madre-hijo. Es por ello que elaboramos una serie de indica-

dores para la inclusión de las díadas en el proyecto, entre ellos: dificultades en la lactancia, en la alimentación, en el sueño, en el desarrollo del lenguaje y en la adaptación al jardín maternal.

El diseño de las primeras estrategias de intervención y las dificultades encontradas

Encontrar estrategias de intervención que posibilitaran el seguimiento de las díadas madre-hijo de la muestra fue un verdadero desafío.

El trabajo en los centros de salud se inició con la propuesta de entrevistas de orientación individuales y espacios grupales para padres. Las familias eran incluidas en el proyecto a partir de la derivación de distintos servicios del centro de salud (pediatría, trabajo social, nutrición, etc.) y del jardín maternal de la zona.

Nos encontramos con diversas dificultades en relación con esta tarea, ya que muchas de las familias derivadas no concurren o asistieron sólo a la primera entrevista, lo que obstaculizó realizar el seguimiento.

Consideramos que esta dificultad respondió a varias razones. Entre ellas, observamos que muchas veces la demanda de intervención no surgía de los padres sino de los profesionales, por lo que aquéllos no tenían motivación real para asistir. En algunas ocasiones, intuimos que la derivación al Proyecto de Vínculo Temprano era vivida por los padres como algo negativo o interpretada como la identificación de un problema, por el cual podían ser culpabilizados o castigados.

Otros padres estaban motivados con la propuesta del proyecto, pero debido a los horarios laborales y los diversos compromisos asumidos en relación con sus hijos (asistencia periódica a los controles pediátricos de crecimiento y desarrollo, reuniones en jardines maternos, etc.), no les era posible concurrir según la periodicidad que el equipo esperaba.

Observamos que una variable esencial que determinaba la posibilidad de realizar el seguimiento era el vínculo preexistente de los padres con el profesional que realizaba la derivación. Es notable que cuando existe un buen vínculo entre la familia y el profesional que deriva, hay

mayores posibilidades de que concurra y continúe el proceso. Finalmente, es importante resaltar que la muestra estaba conformada por familias de “alto riesgo”, por lo que las condiciones de vulnerabilidad en las que se encuentran dificultan sus posibilidades para la continuidad en el acompañamiento (algunas de ellas se mudaron, otras encontraron trabajo, otras tenían inconvenientes para trasladarse).

Surgimiento de nuevas formas de trabajo

La necesidad de producir un cambio en la estrategia de intervención era evidente para el equipo. A partir de discusiones internas y la guía de supervisiones realizadas, se decidió que el equipo se integrara a servicios y recursos ya existentes en las instituciones. De este modo, se buscó aprovechar y fortalecer los espacios donde la población asiste, para enriquecerlos desde esta temática y a partir de la interdisciplina.

Así, surgieron nuevas estrategias de trabajo, entre ellas: la observación-intervención en consulta pediátrica y la inclusión del equipo en los talleres de los Cursos de Preparación Integral para el Embarazo y el Parto que organizan los distintos centros de salud.

La observación-intervención en consulta pediátrica llevó a incorporar la Escala de Indicadores de Apego Madre-Hijo en Condiciones de Estrés de Massie y Campbell. La escala fue elegida a partir de los intentos de consenso que se realizaron desde la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Mendoza para que todos sus efectores la aplicaran en su trabajo con vínculo temprano a fin de manejarse con los mismos términos a la hora de realizar diagnósticos y conclusiones.¹

Esta escala fue diseñada en 1983 para ser utilizada durante el examen pediátrico y otras situaciones que producen un grado de estrés moderado a la díada madre-hijo.

1. Iniciativa que llevó adelante la Dirección de Salud Mental de la Provincia de Mendoza en 2007. Convocó a distintos efectores de salud, entre ellos este Equipo, para conformar la “Comisión de Vínculo Temprano”, que proponía estrategias de intervención en el ámbito clínico-asistencial y en el preventivo. La comisión reunía las experiencias de trabajo de diversos grupos e instituciones que trabajan en la temática, y fue el resultado de un importante esfuerzo interinstitucional y multidisciplinar de acordar a nivel provincial un marco compartido y consensado desde el cual intervenir.

Cuando está en una situación de estrés, el bebé o niño busca al adulto referente (en general, los padres), quien intenta confortarlo al percibir que se encuentra en dificultad. Estas características hacen que la consulta pediátrica sea una situación ideal para la observación e intervención en los vínculos primarios.

Las interacciones madre-hijo son conductas observables que muestran el patrón de apego y se evalúa a través de la aplicación de esta escala. De este modo, la escala permite observar y evaluar el vínculo temprano a partir de siete indicadores: la mirada, las vocalizaciones, la búsqueda de contacto físico, la reacción frente al mismo, el sostén, el afecto y la proximidad a partir tanto de las conductas de la madre como las del niño.

En el marco de la observación-intervención en consulta pediátrica, el equipo observa a la díada en la sala de espera, participa en la consulta pediátrica y, si es necesario, retoma con los padres lo trabajado con el pediatra en un espacio individual. De este modo, se busca fortalecer aquellos aspectos saludables del vínculo e intervenir en las dificultades observadas. Se realizaron también entrevistas domiciliarias, que complementaron la tarea de seguimiento.

Asimismo, se dio comienzo a otra estrategia: la realización de talleres destinados a embarazadas. El equipo se incorpora en algunos de los talleres de los Cursos Integrales para el Embarazo y el Parto que organizan los centros de salud, y consigue así incorporar la temática del vínculo temprano en este ámbito, en el que se pueden realizar orientaciones a los futuros mamás y papás.

Surgió, además, la propuesta de realizar, en los jardines maternos con los que trabajamos, talleres con padres acerca de temáticas específicas que los preocupaban. Estas actividades fueron planificadas con el acuerdo de los docentes y directivos.

Algunos logros alcanzados

Los seguimientos que se realizaron permitieron el logro de los objetivos pautados. En relación con la hipótesis inicial, es posible afirmar que el acompañamiento y el seguimiento de las díadas a lo largo del tiempo promueven factores protectores referidos al fortalecimiento del vínculo temprano.

A partir de los cambios alcanzados en las díadas madre-hijo, se sostiene que el trabajo de fortalecimiento del vínculo temprano se correlaciona con el desarrollo integral del niño. El trabajo del equipo se realiza principalmente con los padres, a quienes se los acompaña y orienta, y es a través de ellos que las intervenciones logran llegar a los más pequeños.

La consolidación como equipo. Creación del Consultorio de Vínculo Temprano

Proyecto “Desarrollo y Fortalecimiento del Vínculo Temprano”. 2008-2009

En la segunda etapa del proyecto, llevada a cabo en el año 2008-2009, con el aval de la Dirección de Salud Mental de la Provincia, hay una nueva conformación del equipo de trabajo que se mantiene hasta la actualidad. Está coordinado por la licenciada en Trabajo Social Valeria Chiavetta y la colaboradora principal licenciada en Psicología Emiliana Ganem, y completan el equipo la licenciada María Luz Yañez (Kinesiología y Psicomotricidad), la licenciada Virginia Brennan (Psicología) y la licenciada Cecilia Torres (Trabajo Social).

Nuevos desafíos

El objetivo que nos propusimos lograr en esta etapa del proyecto de investigación-acción fue: “Demostrar que una mirada integral e interdisciplinaria de la díada madre-hijo en las intervenciones profesionales –en los servicios que se brindan desde atención primaria de la salud– previene dificultades en el desarrollo del vínculo temprano, fortalece factores protectores en relación con dicho vínculo y promueve, así, un desarrollo y crecimiento integral del niño”.

En la primera etapa, pudimos observar que el fortalecimiento del vínculo temprano se relaciona con la salud integral del niño. En esta segunda etapa, el énfasis estaba puesto en investigar cómo intervenir en el desarrollo de los vínculos. Nuestra hipótesis era que la clave se encontraba en las intervenciones interdisciplinarias en atención primaria de la salud.

Para ello, se elaboró un marco teórico específico que completara y enriqueciera el elaborado con anterioridad.

Buscamos dar cuenta de por qué la atención temprana de la salud y, en particular, la consulta pediátrica son consideradas por el equipo el ámbito privilegiado para fortalecer vínculos primarios. En este período, es fundamental la consolidación que logramos como equipo. El fortalecimiento de los vínculos entre los participantes del proyecto permitió focalizar en la interdisciplina como herramienta indispensable en las intervenciones.

El Consultorio de Vínculo Temprano: posibilidad de observar e intervenir en los vínculos

La observación-intervención en la consulta pediátrica dio lugar al surgimiento de la estrategia clave de esta etapa del proyecto: la conformación de un Consultorio de Vínculo Temprano en cada uno de los Centros de Salud en los que trabajábamos: Centro de Salud N° 30 y N° 204 (Godoy Cruz), Centro de Salud N° 16 (Guaymallén), Centro de Salud N° 607 del Hospital Gailhac (Las Heras).

En cada uno, participaron en la consulta, junto al pediatra, equipos de dos profesionales del Proyecto “Desarrollo y Fortalecimiento de Vínculo Temprano”, que aportaron una mirada interdisciplinaria y posibilitaron una intervención más integral.

La alianza con los pediatras que participaban del proyecto permitió el sostenimiento de un espacio semanal para este consultorio específico; espacio que ya era reconocido institucionalmente (establecimos vínculos con las enfermeras, que comenzaron a derivar familias, articulamos intervenciones con otros equipos del centro de salud, contamos con un espacio físico propio, etc.). Todo lo cual favoreció el acompañamiento y seguimiento periódico de las familias incluidas en el proyecto.

El acento ya no estaba puesto exclusivamente en la díada madre-hijo, sino que interveníamos con familias. La mirada se amplió, así, para incluir al papá, hermanos, y a otros adultos referentes para el niño. El buen impacto que tuvieron estos consultorios nos permite enfatizar el acierto que representó integrar las acciones del proyecto a actividades previamente existentes en las instituciones y de referencia para la población. Nos apoyamos así en la relación de confianza que la familia había establecido previamente con el pediatra, nos amparamos en el valor

de su palabra y su lugar de referencia para que nuestras intervenciones produjeran efectos y cambios favorables para el desarrollo y bienestar de los niños.

Es destacable que la inclusión de profesionales de otras disciplinas en la consulta pediátrica enriquece los controles de crecimiento y desarrollo e incorpora otras temáticas y abordajes que en las consultas habituales no son trabajadas.

Elaboración de indicadores vinculares propios

La experiencia lograda en el acompañamiento de las familias posibilitó que el equipo trabajara en la construcción de indicadores propios de factores protectores con relación al vínculo temprano y de riesgo vincular, incluyendo los indicadores comportamentales propuestos por la escala de Massie-Campbell, que describiéramos en párrafos anteriores. El resultado fue el siguiente:

INDICADORES DE FACTORES PROTECTORES CON RELACIÓN AL VÍNCULO TEMPRANO

Asistencia periódica a la consulta pediátrica.

Posibilidad de los padres de escuchar las indicaciones del equipo de salud.

Posibilidad de los padres de hacerse preguntas acerca del comportamiento de su hijo.

Señal de alarma frente a posibles dificultades.

Capacidad de los padres para buscar ayuda en caso de dificultad.

Posibilidad de establecer contacto y comunicarse por medio de la mirada con su hijo.

Emisión de vocalizaciones recíprocas entre el adulto referente y el bebé o niño. Incluye el llanto que comunica.

Contacto afectivo o comunicación piel a piel entre el adulto referente y el niño.

Contacto corporal cercano y recíproco mientras el niño es sostenido en brazos.

INDICADORES DE RIESGO VINCULAR

Asistencia a la consulta pediátrica menos frecuente que la indicada según la edad del niño.

Dificultades de los padres para comprender las orientaciones y/o indicaciones del equipo y para promover cambios.

Escaso o nulo intercambio de miradas entre el niño y el adulto referente.

Dificultades para apartar la mirada de la otra parte de la díada madre-hijo.

Escasas vocalizaciones entre el niño y el adulto referente.

Llanto intenso, incontrolable, del niño y/o vocalizaciones prolongadas de la mamá.

Escaso contacto afectivo entre la mamá y el niño.

Contactos piel a piel permanentes entre la díada madre-hijo. Dificultades para separarse.

Resistencia del niño a ser sostenido en brazos, 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, dificultades para dejarlo en la camilla.

El esfuerzo realizado por elaborar indicadores responde al interés del equipo de producir un marco común para observar el vínculo temprano, que pueda ser transferible a otros profesionales que trabajen en atención temprana (principalmente pediatras y enfermeros), y orientar así la observación y las intervenciones.

Estos indicadores son pautas generales que guían la intervención. En cada situación, se manifiestan y articulan de manera particular, y es posible, además, identificar otros indicadores.

Los Talleres de Preparación Integral para Embarazadas: el inicio del vínculo temprano

El vínculo primario *“se halla presente en la concepción y el embarazo”* (Tallis y otros, 1999); es decir, que se inicia en el vientre materno. A partir del momento en que la futura mamá piensa en su bebé, ya existe un vínculo entre ellos. Los pensamientos, fantasías y sueños de los padres en relación con este hijo van abriendo un espacio particular para él.

Esta relación temprana entre el bebé y su madre se fortalece a partir de la percepción, por parte de la madre y luego también del padre, de los movimientos de su hijo en gestación. Percepción que, junto con la experiencia de las ecografías, demuestra la existencia de un ser separado, su hijo.

Es esencial, para la vida del bebé, que este vínculo entre la mamá y su hijo continúe fortaleciéndose una vez que el bebé nazca. Durante los primeros 45 días de vida, el bebé logra adaptaciones esenciales para vivir fuera de la protección del medio intrauterino. Debe adaptarse al medio postnatal: a los cambios de temperatura, a la respiración, y a la ingesta y eliminación del alimento.

En este momento de profundos cambios, el vínculo con la mamá (o cuidador principal) es vital para el niño, al constituirse en una presencia que provee tranquilidad, seguridad, y ritmos (rutina). El amamantamiento y los cuidados corporales serán, así, momentos privilegiados para su desarrollo y fortalecimiento.

Por esta razón, una de las tareas específicas del proyecto es realizar acompañamiento y orientación a las futuras

mamás, a partir de la integración del equipo del proyecto en los Talleres de Preparación Integral para el Embarazo y el Parto. La tarea se originó en la primera etapa del proyecto y continúa hasta la actualidad.

También se realizaron acuerdos de trabajo con los profesionales del Centro de Salud Mental Infanto-Juvenil N° 1 de Godoy Cruz, para realizar talleres con padres sobre la temática del vínculo temprano en el marco del proceso de admisión de la institución. Se trabajaron inquietudes que los padres tenían en relación con la crianza de sus hijos más pequeños.

Logros alcanzados en esta etapa

A través del desarrollo de esta segunda etapa del proyecto, pudimos dar cuenta de que la integración del equipo y el aporte de una mirada interdisciplinaria al consultorio pediátrico facilitan el seguimiento y acompañamiento de las familias, previene dificultades en el desarrollo de los vínculos primarios y fortalece factores protectores con relación a dichos vínculos.

Las intervenciones tempranas en el desarrollo del vínculo mostraron 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.

Con los aportes de los miembros del Equipo del Proyecto *“Desarrollo y Fortalecimiento del Vínculo Temprano”* se registraron significativos cambios en los padres, que permitieron modificar la relación con sus hijos. Destacamos que estos cambios no fueron sólo observados por el equipo, sino que también fueron identificados por los padres.

En diversas ocasiones, expresaron que el espacio del Consultorio de Vínculo les había permitido: *“que coma más”, “que duerma solo”, “que no haga tantos berrinches”, “que a veces se quede al cuidado del papá”*.

Es posible afirmar que existen ciertas dificultades que se encuentran estrechamente relacionadas al vínculo temprano y que pueden revertirse con intervenciones oportunas. Entre ellas:

- Dificultades en la lactancia.
- Bajo peso, rechazo a la comida o sobrepeso en niños de menos de 3 años.
- Poca diferenciación entre los espacios de los niños y de los adultos, especialmente en los momentos de sueño.
- Berrinches y caprichos frecuentes.
- Dificultades en el desarrollo del lenguaje en niños de menos de 3 años.
- Dificultades en la adaptación al jardín maternal.

Respecto de estas temáticas, se elaboró un material de sensibilización escrito, destinado a padres y a profesionales de la salud sobre los temas consultados con mayor frecuencia. Este material quedó a disposición de la Dirección de Salud Mental de la provincia.

Una mirada acerca de las políticas públicas de atención temprana

La tercera etapa del proyecto concluye en marzo de 2011. La conformación del Equipo de trabajo es la misma que en la etapa realizada en el año 2008-2009.

En esta última etapa, se ha dado continuidad a los Consultorios de Vínculo Temprano de los Centros de Salud N° 16 (Guaymallén) y N° 30 (Godoy Cruz). También se abrió un nuevo Consultorio en el Hospital Polivalente Ramón Carrillo (Las Heras).

Ampliación del horizonte de trabajo

El énfasis, en este período, está puesto en investigar el lugar que ocupa la temática del vínculo temprano en servicios de atención primaria de la salud y en jardines maternales. Para ello, nos propusimos el objetivo de "Realizar un análisis del estado de situación de los servicios de atención temprana, observando el lugar que ocupa la temática del vínculo temprano en las instituciones, de manera tal que pueda ser un insumo para diseñar programas y proyectos sobre el fortalecimiento del Vínculo Temprano. Asimismo, se continuará con el acompañamiento y orientación de las diádas madre-hijo que asistan al control en los Consultorios de Vínculo Temprano para proseguir en la sistematización del estudio comenzado en el año 2007".

Nuevas tareas, nuevos desafíos

El objetivo propuesto llevó al planteamiento de una nueva actividad: realizar un diagnóstico del lugar de la temática de los vínculos primarios en las instituciones de atención temprana, principalmente en jardines maternales y centros de salud.

Se realiza, así, un proceso de aproximación diagnóstica en instituciones públicas de salud y de educación, que permitió relevar cómo se trabaja la temática del vínculo temprano y qué lugar ocupa en la formación y en las intervenciones de los profesionales.

Se busca también conocer cuáles son las principales debilidades y fortalezas de las instituciones para trabajar en la temática y la concepción de familia presente.

Se indaga sobre las propuestas que tienen los referentes de las instituciones para mejorar los servicios y también sobre los grados de articulación que existen entre las instituciones, para reconocer el trabajo en red que pudiera existir. Este diagnóstico se realiza desde la mirada de los directivos de los jardines maternales, profesionales y no profesionales de los centros de salud.

De este modo, se pretende que el diagnóstico permita elaborar propuestas que puedan ser un aporte al diseño de programas y proyectos sobre el fortalecimiento de los vínculos primarios.

Actividades en la sala de espera: una nueva estrategia de intervención en el seguimiento de los vínculos primarios

Con el fin de promover acciones en espacios donde las familias circulan en su cotidianeidad, el equipo se propuso incorporar una nueva actividad en el ámbito de las instituciones de salud: "Talleres en Sala de Espera para Niños y Padres".

Consideramos que la sala de espera es un lugar propicio para observar e intervenir con relación a los vínculos primarios. Es un dispositivo alternativo de salud mental, un espacio que no ha sido diseñado para las intervenciones, pero que sin embargo puede tener un importante impacto terapéutico.

Con ese objetivo, indagamos y estudiamos otras experiencias existentes en sala de espera. Luego planificamos actividades y preparamos materiales lúdicos y educativos apropiados al espacio físico disponible y a las diferentes edades de los niños que asisten al centro de salud.

Los objetivos que el Equipo del proyecto se propone para esta tarea son los siguientes:

- Conocer opiniones, sentimientos y saberes de los padres sobre algunos aspectos de la crianza de sus hijos.
- Brindar orientaciones puntuales en algunas temáticas.
- Detectar dificultades en la modalidad de apego a partir de la observación de indicadores de riesgo vincular, para una adecuada derivación.

Para lograr estos objetivos, el equipo considera como dispositivos de trabajo el juego y el encuentro informal. Se busca proponer metodologías que se alejen de “dar una charla”, como manera de dar clases, para acercarse a un encuentro de saberes. Así, la principal actividad es un taller de juego espontáneo para los niños, en el que se promueve la participación de los padres y el intercambio entre ellos.

La actividad incluye también la selección de alguna frase referida a la crianza que pueda disparar el intercambio con los padres.

A partir de esta nueva actividad, se han realizado observaciones vinculares y orientaciones en la temática del vínculo temprano. También se han realizado derivaciones oportunas, a partir de la observación de indicadores de riesgo vincular, al Consultorio de Vínculo Temprano o a otros servicios del centro de salud.

Principales estrategias de intervención para el fortalecimiento de los vínculos primarios

A lo largo de las tres etapas del proyecto, ciertas estrategias, que apuntan al seguimiento y acompañamiento de las familias para fortalecer el vínculo temprano fueron reforzándose y consolidándose. De esta manera, fue posible que se sostuvieran a través del tiempo.

Destacamos que las estrategias principales del proyecto tienen en cuenta los espacios donde las familias transitan cotidianamente, porque se busca enriquecer estos ámbitos desde una mirada interdisciplinaria de lo vincular. Las estrategias a las que nos referimos son:

El Consultorio de Vínculo Temprano

En los controles pediátricos de crecimiento y desarrollo, se realiza la observación de vínculos primarios, para intervenir en su fortalecimiento.

Las intervenciones son, en algunos casos, puntuales y acotadas a ciertas consultas. Otras requieren un seguimiento periódico durante varios meses de trabajo. Esto depende, entre otras cosas, de la voluntad de la madre y/o padre de asistir al Consultorio, del tipo de dificultades detectadas y de la necesidad de derivación a otros servicios.

Consideramos que la incorporación del Equipo de Fortalecimiento de Vínculo Temprano en la consulta pediátrica favorece sinérgicamente dos aspectos:

1. La sensibilización y formación de profesionales médicos en la temática del vínculo temprano. Se logra realizar intervenciones interdisciplinarias que aportan una mirada más integral de la familia.
2. La posibilidad de intervenir, a través de un abordaje interdisciplinario, para fortalecer los vínculos primarios en familias y prevenir la posible existencia de problemáticas de salud mental. Consideramos que la intervención del equipo para detectar precozmente dificultades en la vinculación de la díada disminuye la aparición de posteriores síntomas en el niño.

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.

El otro (fundante en nuestro trabajo) se centra en el vínculo que se desarrolla entre el adulto cuidador y el niño.

Talleres para la Preparación Integral para el Embarazo y el Parto

Se busca acompañar, sostener y brindar orientaciones a las futuras mamás, a partir de la integración del equipo en los Talleres de Preparación Integral para el Embarazo y el Parto. Se logra, así, incluir una temática que no estaba incorporada en estos talleres.

Los objetivos que nos proponemos en esta tarea son:

- Sensibilizar a los padres sobre la importancia del desarrollo de un vínculo saludable con su hijo.
- 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 espacio de escucha y de intercambio de ansiedades y temores entre mamás que están próximas a tener sus hijos.
- Los talleres para embarazadas se constituyen, así, en un ambiente cálido donde los padres pueden preguntar sus dudas sobre el embarazo, el parto y los cuidados del recién nacido, y un terreno fértil para realizar orientaciones que fortalezcan el vínculo de la mamá con su hijo en gestación.

Actividades en Sala de Espera para niños y padres

“Si un lugar reúne a niños, adolescentes y adultos, en constante recambio, es la sala de espera. En ella ocurren las escenas y los diálogos más inesperados. Allí se cruzan saludos, palabras y silencios; se comparte una risa, un suceso del fin de semana. Se preguntan: “¿Cuántos hijos tenés?”, “¿vos sos la vecina de la Karen?”. Allí una mamá escucha el relato de la salida del fin de semana de otra mamá con su niña, entonces aquella pregunta: ¿y cómo te organizás?, ¿y qué haces cuando...?”.

La sala de espera puede ser un lugar de encuentro. Por este motivo, el equipo realiza actividades lúdicas para los niños que esperan ser atendidos. A partir del juego se propone un intercambio informal con los padres, que permite conocer sus opiniones y sentimientos sobre algunos aspectos de la crianza de sus hijos. Consideramos que, además, la sala de espera es un buen ámbito para indagar sobre el conocimiento que tienen las madres sobre temas.

En la sala de espera de los centros de salud, se han realizado observaciones vinculares y entrevistas breves a los padres, para recabar datos que permitieran trazar un perfil de la población que asiste a esas instituciones. Durante la actividad, se pueden observar algunos indicadores que son orientadores de aspectos relevantes de la crianza (desarrollo psicomotor, características del vínculo, situación familiar, etc.).

También se abre un espacio informal que permite brindar orientaciones puntuales en algunas temáticas que preocupan a los padres. Asimismo, buscamos detectar precozmente posibles dificultades a partir de la observación de indicadores de riesgo vincular, para realizar una adecuada derivación, articulando acciones con el pediatra de referencia.

Cuando el equipo lo consideró oportuno, se ha ofrecido el espacio del Consultorio de Vínculo Temprano, que funciona semanalmente en el centro de salud. En ocasiones, se han realizado derivaciones a otros servicios.

Creemos fundamental que los padres tengan la posibilidad de relacionarse con otros padres fuera de su ámbito familiar. Esto permite que cotejen la información transmitida generacionalmente en su familia respecto de la crianza de los hijos con otros modelos familiares y culturales.

Consideramos que este servicio fortalece los controles de crecimiento y desarrollo en el centro de salud y aporta a humanizar las prácticas de atención primaria, al generar un nuevo tipo de encuentro e intercambio entre las familias y la institución. Es una estrategia que, además, se sitúa en un espacio que existe previamente, en el que se incluye un nuevo servicio que amplía y mejora la atención.

Es decir, en las distintas estrategias de trabajo del equipo, primero se busca reconocer el tiempo y el lugar donde los niños y sus familias están habitualmente, y luego aprovecharlos en función del desarrollo infantil y del fortalecimiento de los derechos de los niños.

Además, el espacio permite poder centrar la mirada en un niño, su familia, sus vínculos, desde los intercambios que espontáneamente se generan a través del juego.

Consideramos valioso rescatar la observación como un instrumento útil, que permite darle valor a cada niño en particular.

Esta estrategia muestra la importancia de que el modelo de salud se adapte al niño y a su familia, a los espacios donde ellos se encuentran cotidianamente, más que a las necesidades institucionales. La construcción diaria de lo subjetivo es lo trascendente en el desarrollo de un niño. Es allí donde hay que poner los esfuerzos.

Formación y capacitación de docentes y directivos de jardines maternales

Se han realizado actividades de sensibilización, formación y capacitación en la temática de los vínculos primarios dirigidas a docentes y directivos de jardines maternales.

Los objetivos de esta tarea son:

- Incorporar la temática del vínculo temprano en la formación docente.
- Facilitar el aprendizaje de la observación de vínculos, construyendo dispositivos que permitan a los docentes mirar al niño, a la tarea y a sí mismos.
- Reflexionar sobre las posibilidades que tiene el docente de trabajar con las familias y la comunidad en el fortalecimiento del vínculo temprano.

Para llevarla adelante, se han realizado distintas actividades formativas con docentes. A continuación, destacamos las más importantes.

Capacitación a partir de talleres con los docentes

En ellos se aborda alguna temática que puede preocuparlos, y cuyo conocimiento permite una mejor comprensión de las necesidades y posibilidades de los niños que están a su cuidado. Algunas de las temáticas abordadas fueron: el desarrollo de los vínculos primarios, familias y vínculos, el rol docente en el cuidado de los niños, la observación en sala, el juego, y la educación no sexista.

Formación en Servicio: Propuesta de observación en sala

Se propuso a docentes que realizaran observaciones de niños con los cuales se les hace difícil la tarea, para trabajar con el material en encuentros mensuales con el equipo. La metodología consiste en que el equipo docente realice observaciones, a partir de la guía elaborada por el Equipo para tal fin y que tiene como eje las relaciones vinculares que el niño establece con el referente familiar, con el docente y con otros niños, su contexto familiar y comunitario. Esta guía también considera la organización diaria de las actividades del jardín.

El material de las observaciones es trabajado por el Equipo de manera interdisciplinaria, para que luego sea re-trabajado en intercambio con el equipo docente. Surgen, de este modo, nuevas miradas sobre el niño y su familia, y sobre la posibilidad de intervención como docentes.

En algunos casos, también el Equipo del proyecto ha realizado observaciones en sala de algunos niños o grupos de niños y de su interacción con el adulto referente, para luego trabajar el material con el docente a cargo.

Formación y capacitación de profesionales de la salud

A lo largo de las tres etapas del proyecto, se han realizado la sensibilización y la formación en la temática de Fortalecimiento del Vínculo Temprano al personal del centro de salud que se encuentra realizando el seguimiento de población en riesgo materno-infantil. Se llevó a cabo de acuerdo con distintas modalidades:

- El intercambio con los pediatras, que se realiza a partir de la observación e intervención en la consulta pediátrica, posibilita compartir distintas miradas de la díada (vincular, del desarrollo, del crecimiento, social, psicológica, entre otras), que en conjunto aportan una visión-intervención más integral. Se construye 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 ha favorecido el intercambio en encuentros informales con el personal de los centros de salud. Se ha logrado instalar la temática del vínculo temprano en distintos servicios de las instituciones con los cuales articula el equipo (Pediatria, Trabajo Social, Nutrición, Enfermería).
- Se han realizado, además, talleres que permiten profundizar conceptos en torno a la temática de los vínculos primarios, destinados a profesionales y no profesionales de los centros de salud, y que incluyen los aportes de la Escala de Massie-Campbell a la consulta pediátrica.

El proceso metodológico de la intervención

La intervención como un proceso investigativo

Tomamos la propuesta teórico-metodológica de Barg para la intervención con familias: *“Para intervenir con familias es necesario iniciar un proceso cuyo esquema metodológico es el de la investigación, a través de diferentes técnicas y estrategias que ordenan los fenómenos para su reflexión crítica”* (Barg, 2003).

No se plantea aquí que la intervención sea lo mismo que la investigación, sino que se trata de campos diferentes: en la investigación se apunta al objeto de estudio seleccionado; mientras que en la intervención, el producto está ligado a la acción. En este sentido, la autora expresa que *“el producto de la intervención tiene que ver con la respuesta a una demanda práctico-empírica particular que propone un sujeto. Si bien la intervención es intencional, no se puede dar cualquier respuesta, debe estar relacionada con las expectativas y deseos de la persona que consulta”* (Barg, 2009).

La autora propone el análisis de la intervención a modo de un espiral dialéctico donde es posible identificar cinco momentos interdependientes. Cada momento alimenta al anterior y va ampliando su radio de acción. Estos momentos son:

1. Demandas práctico-empíricas. La comprensión de la “demanda” o el “problema” no se construye sólo a partir de datos aislados.

2. Problematicación de la situación (múltiples determinaciones). Pueden asimilarse a las clásicas categorías de variables y dimensiones utilizadas por el método de conocimiento científico. *“Problematizar una situación familiar significa desagregar sus aspectos y relaciones fundamentales a fin de iniciar un estudio intensivo [...] Al problematizar una situación familiar el profesional adelanta una hipótesis preliminar, que es superada en la medida en que se profundiza el planteamiento del problema”* (Barg, 2003). Afirma la autora que la mejor forma de problematizar una situación es elaborar una pregunta, que delimite, conceptualice y señale aquellos factores que intervienen en el fenómeno.

3. Elaboración de hipótesis para la interpretación de la crisis o el conflicto. En relación con este punto, expresa: *“Las hipótesis tratan de reproducir, de acuerdo con las teorías respectivas, los aspectos y relaciones esenciales de la realidad familiar a fin de permitir su estudio más profundo para transformar lo que pueda ser modificado”* (Barg, 2003).

4. Ordenamiento para su reflexión crítica. Síntesis y conclusión diagnóstica. El diagnóstico social se caracteriza por desarrollar ampliamente un proceso analítico y descriptivo, que ofrece como producto un resultado igualmente analítico y descriptivo en un determinado momento histórico.

La parte indispensable del diagnóstico es la conclusión; es decir, la síntesis elaborada que permite interpretar la realidad, construir significados y se expresa en un juicio de valor.

5. Selección de las diferentes estrategias que alivian el sufrimiento y generan nuevas demandas de intervención. Este no es un punto de llegada, sino que se pretende que la intervención genere nuevas preguntas en los sujetos.

También es importante considerar lo que Karsz plantea con relación a la clínica. Propone un triple movimiento:

1. Considerar lo concreto tal como se presenta (manifestaciones de un usuario, relato de una situación por parte de un trabajador de la salud, etc.).
2. Empezar la labor investigadora que cuestiona esta presentación, que se distancia, decodifica e intenta interpretar de otra manera lo concreto inicial (gestos y comportamientos, sentidos que se les atribuye, valor que se les concede).
3. Desembocar en un probable enriquecimiento y una pertinente rectificación del punto de partida gracias a los resultados obtenidos por la investigación.

Los instrumentos elaborados para la intervención

A partir de estos lineamientos, en el seguimiento del vínculo temprano, se han elaborado los siguientes instrumentos de registro:

Registros que apuntan a la recolección de datos

- **Ficha Personal**, que incluye datos sobre la conformación familiar, el embarazo, parto, lactancia, alimentación, sueño, juegos, actividades habituales, socialización y escolaridad del niño, y situación socio-económica de la familia.
- **Ficha de Aceptación del Acompañamiento**, en la cual los padres manifiestan su acuerdo para reflexionar junto al equipo acerca de los vínculos familiares.
- **Ficha para Mujeres Embarazadas participantes del Taller**, para ser aplicado a algunas de las mujeres embarazadas que concurren a los Talleres de Preparación Integral para el Embarazo y el Parto, en el cual se incluyen, entre otros datos, el relato de la experiencia del embarazo y las expectativas en relación al nacimiento del hijo.
- **Registro de Taller**, en el que se consignan los participantes, los objetivos planteados, la descripción de la actividad realizada, los temas abordados, y las impresiones y observaciones sobre la actividad que

ha tenido el equipo. Este registro es utilizado en las distintas actividades de taller que realiza el equipo (con padres, con embarazadas, con docentes, con profesionales de la salud).

Registros que apuntan a la interpretación de los datos y a la elaboración de estrategias de intervención:

Registro de Orientación, confeccionado para intervenciones puntuales que no implican seguimiento en el tiempo. En él se consigna:

- La Impresión Diagnóstica que tiene el equipo a partir de los indicadores de riesgo vincular y los indicadores de factores protectores de los vínculos primarios.
- Las Dificultades Centrales planteadas por la familia y/u observadas en la consulta por el equipo.
- Las Orientaciones realizadas por el equipo.

Registro de Seguimiento de Díada, elaborado para reflexionar acerca de los acompañamientos. Este es el principal material, a partir del cual el equipo realiza discusiones clínicas. En él se consigna:

- La Impresión Diagnóstica que se realiza a partir de los indicadores de riesgo vincular y los indicadores de factores protectores de los vínculos primarios.
- La Conclusión Diagnóstica, que se construye a partir de la identificación de las problemáticas centrales. En ella se intenta problematizar la situación familiar.
- Las Estrategias de Intervención Propuestas, que son discutidas interdisciplinariamente por el equipo.

Se utiliza la ya mencionada Escala de Indicadores de Apego en Condiciones de Estrés de Massie-Campbell. El equipo ha realizado una adaptación de la escala.

La modalidad de taller

La metodología de trabajo del taller parte de la mirada de la educación popular.

Nos detenemos aquí en el concepto de Educación popular. Alfonso Torres Carrillo (2000) afirma que es una corriente político-pedagógica construida histórica y contextualmente, y los rasgos definitorios de toda práctica social que se relacione con ésta son:

- Una lectura crítica al carácter “injusto” de la sociedad y del papel que juega la educación en su reproducción.
- Una intencionalidad política emancipadora.
- La consideración de que son los sujetos populares los actores de su emancipación.
- Un campo privilegiado de incidencia: la subjetividad de los sujetos educativos.
- Una metodología de trabajo apropiada a los anteriores rasgos.

Los inicios de la educación popular se remontan a Paulo Freire.²

Entonces, esa mirada desde la educación popular, permite construir conocimientos con la participación de los sujetos a partir de su práctica. Para ello, en cada actividad, se toman como punto de anclaje los conocimientos, visiones, percepciones, sentimientos, concepciones y prácticas que –acerca de un tema específico, en este caso el desarrollo de vínculos tempranos– tienen los participantes de la actividad. A partir de los mismos, se proponen contenidos y perspectivas de intervención que se consideran deseables como horizonte ético-político-pedagógico.

El taller es entendido como una experiencia social en la medida que los participantes interactúan entre sí en torno a una tarea específica. Dicha experiencia modifica el rol del educando, de un rol pasivo a un rol protagónico en el aprendizaje. Se puede definir al taller como tiempo-espacio para la vivencia, la reflexión y la conceptualización. Se convierte, así, en un lugar de vínculos, de participación, donde se desarrollan distintos estilos de

comunicación y, por ende, un lugar de producción social de objetos, hechos y conocimientos.

En el taller confluyen, de forma práctica, el método y la técnica; es decir, una metodología que, como tal, exige la relación lógica entre los objetivos, los contenidos en que estos se plasman, los métodos con los cuales se lleva adelante el proceso de generación y apropiación de contenidos. Al mismo tiempo, se deben tener en cuenta las técnicas o instrumentos que se requieren para generar acciones de cambio en relación con los objetivos planteados en la planificación.

En definitiva, el taller es un camino con alternativas pedagógicas que estimulan el aprendizaje, las intersubjetividades, la creatividad, en busca de la apropiación del objeto de conocimiento.

Es desde esta concepción que el equipo desarrolla talleres destinados tanto a padres como a docentes y profesionales de la salud.

En general, se incorpora al inicio alguna técnica de expresión corporal (con ella se busca integrar el hacer, con el pensar y el sentir, involucrando el cuerpo). El tema por desarrollar se plantea a través de algún material disparador (una imagen, un cuento, una foto, una frase, una canción) y se recogen las opiniones y conocimientos de los participantes sobre el tema desarrollado.

Considerando estos aportes, se desarrolla el tema con la incorporación de marcos referenciales que permitan complejizarlo. Luego se propone un trabajo grupal en el que se busca integrar lo desarrollado con la experiencia cotidiana de los sujetos (del embarazo, de la maternidad/paternidad, de la sala de jardín maternal, del consultorio pediátrico). Se comparte en grupo lo discutido y se realizan reflexiones finales.

2. En la actualidad, además del autor mencionado, algunos de los referentes son: Carlos Nuñez Hurtado, Oscar Jara, Raúl Zibechi, Marco Raúl Mejía, María Rosa Goldar, entre otros. En cuanto a las metodologías de educación popular, se puede mencionar los aportes del colectivo CEAAL (Centro de Educación de Adultos de América Latina y el Caribe) y el CEPA (Centro de Estudios y Publicaciones Alforja) de Costa Rica, que ha publicado importantes materiales sobre técnicas participativas de educación popular.



El trabajo interdisciplinario con familias: marcos referenciales y tensiones en la intervención

¿Multidisciplina, interprofesionalidad, interdisciplina?

Para poder referirnos a nuestros aprendizajes como equipo interdisciplinario, se abren más interrogantes que afirmaciones o recetas pre-fabricadas sobre cómo se traducen en la práctica las intervenciones interdisciplinarias.

Comenzaremos con un recorrido posible de algunos términos que parecen ser consensuados por todos, pero que lejos de operar como verdades universales, contribuyen a abrir un escenario de reflexión.

¿Qué se entiende por Interdisciplinariedad?

“Cualquiera apela a la interdisciplinariedad, y nadie osaría pronunciarse contra ella. Éxito tanto más brillante, cuanto que los mismos que toman partido por la nueva figura del saber se encontrarán en aprietos para definirla”. George Gusdorf (Ander-Egg, 1999).

Exequiel Ander-Egg explica cómo muchas veces el término interdisciplina se utiliza por moda, sin que se puedan delimitar sus alcances. No sólo desde los semántico, sino que también se asocia el término a una especie de *slogan* o comodín verbal sin tener en cuenta las significaciones que el término acarrea.

¿Qué no es interdisciplina? Algunos ejemplos

Interprofesionalidad

A veces se tiende llamar interdisciplinar a la tarea realizada por un grupo de profesionales de diferentes campos que trabajan juntos sobre un mismo problema. Esta labor de cooperación interprofesional, que confluye en alguna forma de intervención conjunta, no implica necesariamente que haya interdisciplinariedad aunque cada uno aporte sus propias perspectivas y se tenga la

intención de producir un puente entre conocimientos especializados de distintas disciplinas. Ander-Egg considera que, como en este ejemplo, lo interprofesional puede constituir el primer paso para llegar a lo interdisciplinario, pero que muchas veces la dificultad radica en ir más allá de este primer paso.

Multidisciplina o Pluridisciplina

El término Multidisciplina implica que varias disciplinas se ocupan de manera simultánea de un mismo problema sin que exista entre ambas ninguna relación de cruzamientos disciplinares. Consiste en estudiar distintos aspectos de un problema, desde diferentes disciplinas, mediante la agregación de las competencias específicas de cada una de ellas. El autor considera que esto ayuda sin duda a una comprensión más amplia del objeto de conocimiento, gracias al aporte de disciplinas diversas. Se trata, como afirma Piaget (1970), de un intercambio de información entre dos o más ciencias, destinado a resolver problemas concretos, pero no lleva a una transformación o modificación de las disciplinas que concurren. No existiría una interpenetración entre una ciencia con otra dentro del campo de la investigación. Existen también otros conceptos que al definirse se diferencian de la interdisciplina³.

Definición de interdisciplinariedad

El término *inter* significa: lo que se da entre; y *disciplinariedad*, expresa la calidad de disciplina. La palabra evoca

3. Compenetración interdisciplinar en torno a una ciencia o disciplina particular se refiere a cuando un especialista de una determinada ciencia cuenta con la colaboración de especialistas de otras disciplinas o apela a los aportes de una u otra como auxiliares. Se trata del uso de una disciplina, considerada en este caso como auxiliar, para el tratamiento que se hace de una determinada ciencia. Transdisciplinariedad constituye una perspectiva epistemológica que va más allá de la interdisciplinariedad. No sólo busca el cruzamiento y la interpenetración de diferentes disciplinas, sino que pretende borrar los límites que existen entre ellas, para integrarlas en un sistema único. Se trata de un nivel máximo de integración donde se borran las fronteras entre las disciplinas.

la idea de intercambio entre diferentes disciplinas. Lo sustancial, refiere Ander-Egg, es la idea de interacción y entrecruzamiento entre disciplinas para la comunicación de conocimientos. Supone la idea de disciplina; es decir, una forma de pensar sistemáticamente la realidad, conforme a las exigencias del método científico, desde un recorte o fragmentación que se hace de dicha realidad.

En palabras del autor: *“La interdisciplinariedad no es un fórmula, ni un método; tampoco es una panacea o varita mágica que resuelve problemas, sino una manera de enfocar el tratamiento de los problemas prácticos, constituye, un desafío y una tarea, cuya realización tiene muchas dificultades”*.

La problemática de la interdisciplinariedad evoca la idea de puesta en común, de intercambio entre diferentes disciplinas y de integración de principios epistemológicos. Surge de una doble preocupación práctica: la búsqueda de un mejor tratamiento de problemas prácticos y la necesidad de una mayor profundidad y calidad en las investigaciones científicas; a partir de detectar la complejidad de los problemas que la investigación confronta y que un abordaje exclusivo desde una disciplina particular unidimensionaliza el análisis y produce una inevitable reducción o simplificación.

Retomando las posibles dificultades que implica lo interdisciplinario, encontramos algunas reflexiones de Follari (2001): *“Lo interdisciplinar es un efecto de trabajo colectivo, exige una larga labor grupal. Nadie es personalmente interdisciplinar ni escribe por sí solo interdisciplinariamente, ello implica una contradicción en los términos: la interdisciplina supone poner a trabajar juntos a académicos que conozcan adecuadamente la(s) disciplina(s) en que están sistemáticamente formados. De lo contrario, encontraremos larvadas hegemonías disciplinares, sosteniendo un discurso que supone ponerse por encima de tales hegemonías”*.

Investigación Interdisciplinaria - Equipos Interdisciplinarios asistenciales

Stolkiner (1999) abre el debate con relación a dos tipos de práctica a partir de lo interdisciplinario: la investigación interdisciplinaria y la configuración de equipos interdisciplinarios asistenciales. Esta yuxtaposición se plan-

tea como esperable porque la diferencia es de énfasis en cuanto al producto. En el caso de la investigación, el énfasis es la producción de conocimientos y en el caso de los equipos asistenciales, son las acciones lo que constituyen el producto.

La brecha que separa la investigación y su efecto en las prácticas se presenta muchas veces como borrosa, así como la producción de conocimientos que surge de las mismas prácticas. Sería esperable, expresa Stolkiner, que en un futuro esta diferencia se diluyera a su mínima expresión.

En relación con lo epistemológico e histórico, la autora plantea que lo interdisciplinario implica el reconocimiento de que los campos disciplinares no son un reflejo de distintos objetos reales, sino una construcción históricamente determinada de objetos teóricos y métodos. Más aún, en momentos en que las mismas disciplinas difieren en su interior en cuanto a la definición de su objeto, se puede afirmar que una disciplina, por lo general, no es unívoca y sin fragmentaciones en su mismo seno.

Si bien antes ha sido mencionado de distintas formas, nos parece interesante volver a cuestionarlo: *“La simple yuxtaposición de disciplinas o su encuentro casual no es interdisciplina”* (Stolkiner, 1999).

¿Cómo se aborda lo interdisciplinario?

Un nivel referente a lo subjetivo y lo grupal: las disciplinas no existen, sino por los sujetos que las portan, las reproducen, las transforman y son atravesados por ellas. Resulta necesario resaltar lo obvio: un equipo interdisciplinario es un grupo.

Debe ser pensado con alguna lógica que contemple lo subjetivo y lo intersubjetivo. Lo primero, y más evidente, es que un saber disciplinario es una forma de poder y, por ende, las cuestiones de poder aparecerán necesariamente.

En lo individual, la participación en un equipo de esta índole implica numerosas renunciaciones. La primera es considerar que el saber de la propia disciplina es suficiente para dar cuenta del problema y así reconocer su incompletud.

Nuestra experiencia como equipo

Se abre la pregunta con relación a nuestro equipo, que ha tomado diferentes modalidades de trabajo en distintas etapas del proyecto.

En el inicio, intuíamos que el trabajo interdisciplinar lograba intervenciones más integrales, aunque fue el transitar la experiencia y la permanente reflexión sobre ésta lo que nos permitió dar cuenta de cómo se podía lograr y que no era una tarea sencilla.

Si bien nuestra intervención apunta a ser interdisciplinar, donde ninguno de los saberes sea hegemónico respecto de los otros, sabemos que es complejo y que esta unión no es producto del deseo ni de la mera voluntad del equipo.

A partir de los aportes conceptuales desarrollados, consideramos que el equipo transita en un constante ir y venir por la multidisciplina, la interprofesionalidad; y que a veces es un equipo interdisciplinario asistencial y otras, un equipo interdisciplinario.

Creemos que las intervenciones con familias que inicialmente desarrollamos tenían más características de interprofesionalidad, se trataba más de intervenciones conjuntas sobre un mismo problema. Esto se relaciona – entre otras cosas – a que, como equipo, no teníamos aún la suficiente confianza y experiencia de trabajo conjunta como para producir nuevos saberes colectivos.

También nos acercamos a la multidisciplina cuando realizamos esfuerzos por estudiar distintos aspectos de la temática del vínculo temprano desde la psicología el trabajo social y la psicomotricidad.

En esos momentos, empezamos a comprender que ninguna disciplina explica por sí sola la realidad, que para aportar a resolver los complejos problemas teórico-prácticos que se nos presentan, debemos aprender de las otras disciplinas y generar nuevos conocimientos que trasciendan lo que cada miembro del equipo traía desde su campo disciplinar.

Nuestra producción se incluye también en lo que Stolkiner explica como la investigación interdisciplinaria

y la configuración de equipos interdisciplinarios asistenciales. El estudio, que se ha comprendido como una investigación-acción, implica producción de saberes e intervención en el campo objeto de estudio.

En este transitar, uno de los principales aprendizajes fue entender que los problemas en los que intervenimos no se presentan como dados ni existen en sí mismos, sino que se construyen. Como afirma Karsz (2007), *"lo real no habla, hay que hacerlo hablar"*. Y, nuevamente, ninguna disciplina sola es capaz de esto.

Consideramos que pudimos acercarnos a intervenciones interdisciplinarias cuando comprendimos la importancia de consensuar y compartir marcos ético-políticos desde dónde intervenir, más allá de los aportes teórico-prácticos de las disciplinas particulares: ¿Quién es el sujeto con el que trabajamos? ¿En el marco de qué política pública? ¿En qué contexto socio-económico y político?

Es un permanente desafío, la interdisciplina no se conquista de una vez y para siempre.

¿Desde qué marcos teórico-políticos intervenimos en las familias para fortalecer vínculos?

A continuación, realizaremos una descripción breve de los marcos referenciales centrales que orientan las intervenciones. Nos referiremos a los conceptos de vínculo, desarrollo, niño, maternidad, familia, Estado y sus instituciones, y la dimensión ideológica.

Concebimos al vínculo desde la Teoría de la Génesis de las Relaciones Objetales de Spitz y desde la Teoría del Apego de Bolwby.

Teoría de la Génesis de las Relaciones Objetales

El desvalimiento y desamparo motor con que nace el bebé y la dependencia del ser humano durante su prolongada infancia determinan la necesidad de otra persona para que satisfaga sus necesidades vitales. Es decir que, por su indefensión, el bebé se encuentra en un estado de absoluta dependencia, necesita otra persona para poder vivir. Esto establece, en el sujeto humano, la necesidad estructural de vinculación durante toda su vida.

Spitz (1966) se destaca por ser uno de los primeros investigadores que se preocupó por la relación temprana del niño con su madre. Se interesó especialmente por el desarrollo afectivo del niño durante los dos primeros años de vida.

El autor explica el origen de las primeras relaciones objetales, en especial expone el desarrollo de esta relación privilegiada que se establece entre el bebé y la persona encargada de sus cuidados; es decir, cómo se desarrolla el vínculo temprano entre el bebé y la madre o su sustituto permanente.

Al hablar de relaciones objetales, hace referencia a que las relaciones implican un sujeto y un objeto. En sus exposiciones sobre el desarrollo del niño, este último es pensado desde el lugar de sujeto.

Distingue, además, tres estadios en el desarrollo del vínculo temprano: Estadio pre-objetal, estadio del objeto precursor y estadio del objeto propiamente dicho.

Estadio pre-objetal o no objetal

El recién nacido viene al mundo en un estado de indiferenciación entre un objeto u otro, o incluso entre lo que lo rodea y su propia persona. Por lo tanto, no podemos hablar de relaciones objetales ni de un objeto constituido como tal. El lactante no se diferencia a sí mismo de lo que lo circunda, y percibe el pecho que lo alimenta como parte de él.

Con relación al mundo externo, el recién nacido es protegido por un umbral de percepción muy elevado. Sólo cuando se sobrepasa, se perciben los estímulos externos, a los que el niño reacciona con desagrado. Las respuestas que manifiesta tienen lugar principalmente en función de la percepción de necesidades internas.

En el inicio, los estímulos, cualquiera sea su naturaleza, no son reconocidos por el bebé. Sólo en función de las experiencias que va teniendo con el adulto cobrarán el valor de señales. La primera señal que el lactante reconoce es la del alimento, cuando tiene hambre.

Entre lo que rodea al niño, el ser humano va adquiriendo una posición privilegiada. Por lo tanto, al percibir un ros-

tro humano, lo seguirá en todos sus movimientos con notable atención.

Estadio del objeto precursor

El mencionado interés que el lactante manifiesta en el segundo mes por el rostro humano, con preferencia respecto de todo lo demás, dará lugar en el tercer mes al primer organizador: la sonrisa social.

El lactante responderá con una sonrisa ante el rostro humano en movimiento, siempre que se muestre de frente. Es destacable que ningún otro objeto, ni siquiera el alimento, le provoca esta respuesta.

Esta respuesta del bebé es considerada *“la primera manifestación activa dirigida e intencionada, el primer débil resplandor del tránsito del lactante de una pasividad total a un comportamiento activo que irá en aumento”* (Spitz, 1966).

El niño sonríe ante cualquier rostro, familiar o no, por lo que muestra que todavía no percibe una persona en particular, sino sólo una señal. Esta señal es una Gestalt privilegiada, que consiste en un conjunto: frente, ojos y nariz, todo en movimiento.

Ante la señal el niño responde, entonces, con lo que Spitz llamó la sonrisa social, que es una conducta observable, un indicador que muestra la convergencia de una serie de desarrollos en el psiquismo.

Esta Gestalt-señal no puede considerarse como un objeto propiamente dicho, sino que es su precursor. La Gestalt-señal marca la primera fase en el desarrollo de las relaciones objetales.

El niño no reconoce en ella las cualidades esenciales del objeto, sino atributos superficiales; sonreirá, por ejemplo, a una máscara que se le muestre de frente y en movimiento. Por este motivo, se considera que la sonrisa social manifiesta la existencia de una relación preobjetal.

Destacamos que *“esta señal pertenece al rostro de la madre y se deriva de él; está unida al estado de alimentación, de protección y al sentido de seguridad; se desarrollará más adelante y acabará por establecer como verdadero objeto a la madre en toda su persona”* (Spitz, 1966).

En este proceso tienen una importancia primordial los sentimientos y afectos de la madre hacia su hijo; es decir, su actitud afectiva. La relación madre-hijo permite y facilita la aparición del primer organizador de lo psíquico, y el autor insiste en el papel de la comunicación existente en el marco de esta díada. La actitud afectiva de la madre sirve de orientación al bebé.

Por lo tanto, la presencia de la sonrisa social alrededor de los 2 meses y medio o 3 meses es un indicador de que el bebé y la mamá o su sustituto han establecido un vínculo satisfactorio para ambos.

El intercambio entre madre e hijo se produce constantemente, sin que la madre o quienes la rodean lo adviertan necesariamente. Los intercambios se influyen recíprocamente. Este sistema de comunicación de la díada ejercerá una influencia imperceptible e intangible, pero esencial, al psiquismo infantil.

Estadio del objeto propiamente dicho

Entre el sexto y el octavo mes, se produce un cambio fundamental en el comportamiento del niño que muestra el desarrollo del vínculo temprano: el bebé ya no contesta con una sonrisa a cualquiera que se le acerque, sino que ahora distingue entre amigo y extraño.

Cuando el bebé se encuentra frente a un desconocido, contrasta su rostro con las huellas en su memoria del rostro familiar de su madre. Muestra entonces un rechazo del contacto con el extraño, acompañado de un grado variable de angustia. Puede bajar los ojos con timidez, esconder el rostro, o llorar a gritos, pasando por toda una gama de comportamientos que tendrán que ver con su particularidad.

Este fenómeno es la primera manifestación de la angustia propiamente dicha, fue denominada por Spitz *la angustia de los ocho meses*, y es el indicador del segundo organizador psíquico, que muestra que el niño ha formado una auténtica relación objetal.

Explica, el autor: *“El niño ha conseguido reservar al rostro de la madre un lugar único entre todos los demás rostros humanos, puesto que ahora prefiere aquel y rechaza los que son diferentes”*.

Este lugar único de la madre no sólo se constituye en la esfera visual, sino también, y principalmente, en el terreno afectivo.

El segundo organizador da cuenta de que el niño ha podido establecer a su madre como un objeto privilegiado con el cual vincularse. Cuando aparece normalmente es un indicador de que el niño y la madre han podido construir el vínculo temprano que será la base de todas las relaciones futuras del bebé.

¿Cuáles son los cambios que se producen en el desarrollo del niño a partir del establecimiento de la angustia de los 8 meses? *“La importancia de esta etapa se pone de manifiesto en el rápido desarrollo del comportamiento del niño en los más variados sectores después de ocurrir este suceso”* (Spitz, 1966). Algunos de dichos cambios son: nuevas relaciones sociales más complejas y comienza a comprender el gesto social como medio de comunicación recíproca, como se hace particularmente evidente en el terreno de las prohibiciones y las órdenes. El niño adquiere la orientación del espacio y la comprensión de un espacio que rebasa los límites de la cuna. Otra consecuencia es que a partir de este momento muestra mayor preferencia por determinados juguetes y alimentos. También se destacan cada vez más matices en las actitudes afectivas, como los celos, la cólera, la rabia y la actitud posesiva.

Hacia el final del primer año o un poco más el niño camina, la adquisición de esta libertad de movimientos le permite multiplicar sus actividades a una distancia mayor de su madre y alejarse de su vista.

Dicha creciente autonomía respecto de la madre anuncia una creciente apertura en relación con los demás. La adquisición del *no* marca la transición a esta apertura social.

Hasta ese momento, la madre se limitaba a satisfacer o no los deseos del niño y ahora tiene que frenar las iniciativas de su hijo. Esto hace que el carácter de los intercambios madre-hijo se transforme radicalmente. Las intervenciones maternas se manifestarán cada vez más por el gesto y la palabra: deberá fijar los límites por medio de la palabra *no*, acompañada de un movimiento negativo con la cabeza.

El gesto negativo y la palabra *no* representan el primer concepto abstracto en la vida mental del niño, el *no* aquí está al servicio de una idea. ¿Cómo llega el niño a formar este concepto?

Según Spitz: *“Cada no de la madre representa una frustración afectiva para el niño [...]. Los vestigios de memoria de la prohibición, de los gestos, de palabras con las que se expresa esto, serán, pues, rodeados por una carga afectiva muy especial [...], que asegura la permanencia del rastro de memoria del gesto y de la palabra no”*.

El niño no tolera sin resistencia la prohibición. Recurre a la identificación: expresa su agresividad frente a su madre e incorpora estas prohibiciones. El niño de 15 meses comienza a utilizar el *no* (gesto y palabra) y se lo dice a la madre, de quien lo ha aprendido. A partir de este momento, comienza la fase de obstinación, oposición y caprichos, característica del segundo año de vida.

El dominio del *no* es un gran progreso en el desarrollo mental y afectivo del niño. Es, según nuestro autor, *“el origen de intercambios recíprocos de comunicaciones, intencionales y dirigidas, por medio de símbolos semánticos”*. Con la posibilidad de expresar su negativa, el niño da cuenta de que ya entró en el mundo de la cultura.

La adquisición del signo negativo y de la palabra *no*, alrededor de los 15 meses, es la conducta observable que da cuenta de la formación del tercer organizador y es otro indicador de que el desarrollo afectivo del niño es el esperable.

Es decir que la obstinación y la búsqueda de diferenciación en sus gustos, movimientos, acciones, etc., da cuenta de que ha podido constituir con su madre un vínculo temprano que ha posibilitado y posibilita su desarrollo.

El tránsito por estos diferentes estadios se sitúa esencialmente en el marco de la relación madre-hijo y se indica por la aparición de comportamientos específicos en el niño que Spitz denomina organizadores. Estos últimos son indicadores de una nueva organización del psiquismo que ha sido posibilitada por el vínculo con la madre.

La noción de *organizador* es tomada por Spitz de la embriología. Sostiene que durante ciertos períodos críticos

diferentes corrientes de desarrollo del psiquismo se integran entre sí, por una parte y, por otra, al proceso de maduración. Afirma: *“Esta integración tiene por resultado la formación de una nueva estructura psíquica sobre un nivel de complejidad más elevado. Ciertamente, esta integración representa un proceso delicado y vulnerable; lo que he llamado organizador es el resultado de la integración completa”*.

El investigador también da cuenta de las relaciones madre-hijo satisfactorias y no satisfactorias. Afirma que *“si la relación madre-hijo es normal, no deberán existir trastornos o desórdenes en el desarrollo psicológico del niño”*.

La relación madre-hijo normal es la que satisface tanto a la mamá como al niño y en la que cada uno disfruta de la satisfacción del otro.

Las relaciones madre-hijo no satisfactorias llevarán a influencias psicológicas nocivas en el niño. Algunas de las perjudiciales pueden dividirse en:

- **Relaciones madre-hijo impropias:** la desviación de la relación es cualitativa, y puede producir trastornos psicotóxicos en el niño, como el coma del recién nacido o los cólicos del primer trimestre de vida.
- **Relaciones madre-hijo insuficientes:** la desviación de la relación es cuantitativa, y puede producir trastornos en el niño, como depresión anaclítica y marasmo u hospitalismo.

Teoría del Apego

Esta teoría surgió de los trabajos de Bowlby y Ainsworth.

Bowlby, psiquiatra y psicoanalista británico, formuló los principios de base de la teoría, articulando conceptos de la teoría de desarrollo, del psicoanálisis, de la biología, de la etología, de la cibernética y del procesamiento de información. Junto a Ainsworth, psicóloga norteamericana, desarrolló métodos de investigación para probar sus teorías.

Para Bowlby (1982), la naturaleza de los cuidados proporcionados por los padres al niño en su infancia es de fundamental significación en su futura salud mental: *“Se*

considera esencial para la salud mental del recién nacido y del niño de corta edad, el calor, la intimidad y la relación constante de la madre (o de quien con carácter permanente la sustituya) en los que ambos encuentran satisfacción y goce”.

El autor considera que el origen del carácter y de la salud mental del niño se encuentra en el complejo y rico vínculo entre él y su madre en los primeros años de vida.

Por lo tanto, la anomalía de las relaciones entre los padres y el niño tiene un lugar trascendente en los orígenes de las perturbaciones mentales.

Aunque Bowlby centra sus estudios en la relación materno-filial, destaca que la relación paterno-filial es esencial ya que afecta al sostenimiento y equilibrio emocional de la madre.

Además, considera a la vinculación como una necesidad primaria y fundamental en el desarrollo de la personalidad. El comportamiento de vinculación, que está presente desde el comienzo de la vida, se dirige progresivamente a una figura cada vez más discriminada: la madre o quien asiste al niño, la “figura de apego”; y luego se irá ampliando a figuras auxiliares. Este comportamiento persistirá toda la vida, y se manifestará bajo diversas formas, incluso simbólicas, como cartas o comunicaciones telefónicas, que le permiten al sujeto asegurar el contacto.

El comportamiento de vinculación tiene una doble función:

- **Función de protección:** La seguridad proporcionada por el adulto capaz de defender al niño vulnerable le da la oportunidad de aprender de él las actividades necesarias para su supervivencia.
- **Función de socialización:** La vinculación se desplaza de la madre a las personas próximas, luego a los extraños y a grupos cada vez más amplios. Para que la socialización sea positiva, es necesario que el niño tenga la certeza de poder reemprender el contacto con la madre cuando lo desea; entonces, será capaz de explorar su entorno (lugares y personas desconocidos).

El concepto de *apego*, clave en esta teoría, se refiere, según Bowlby, al *“proceso por medio del cual los niños establecen y mantienen una relación especial con otro individuo considerado mejor capacitado para enfrentarse al mundo”.*

Esta relación le aporta al niño un sentimiento de seguridad que le permite separarse de sus cuidadores y explorar el entorno que lo rodea. El vínculo entre el niño y su figura de apego se fortalece a través de interacciones, se consolida en el temprano desarrollo y posibilita las relaciones sociales posteriores de la vida.

Para el autor, la disponibilidad de las figuras de apego es esencial. Por disponibilidad se entiende que el otro pueda responder rápidamente y de forma adecuada; es decir, brindar protección y consuelo: *“Sólo cuando la figura de afecto es accesible y potencialmente capaz de responder de manera adecuada se halla realmente a disposición del sujeto”.*

Se han identificado tres patrones de apego, sobre la base de cómo responde el niño frente a su figura de apego cuando se encuentra angustiado, o en una situación de estrés:

1. **Apego seguro:** Niños con experiencias confiables de apego. Pueden usar a sus cuidadores como una base de seguridad cuando están angustiados.
En etapas posteriores de la vida, tienden a ser más cálidos, estables y capaces de desarrollar relaciones íntimas satisfactorias.
2. **Apego inseguro-evitativo:** Niños que han tenido experiencias predominantemente de rechazo en relación con su figura de apego. Exhiben un aparente desinterés ante la separación y reencuentro con su cuidador durante episodios de angustia, ya que tienen poca confianza en que serán ayudados por él.
En etapas posteriores de la vida, pueden presentar inseguridad hacia los demás, miedo a la intimidad, dificultad en las relaciones sociales.
3. **Apego inseguro-ambivalente:** Niños con experiencias impredecibles con relación a su figura de apego, quien en ocasiones es extremadamente sensible a sus necesidades y en otras totalmente insensible. Responden a la separación

ción con angustia intensa, expresiones de protesta, enojo y resistencia. No tienen confianza respecto de la accesibilidad y respuesta de sus cuidadores.

En etapas posteriores de la vida, en sus relaciones sociales, podrán tener un fuerte deseo de intimidad junto con inseguridad respecto de los otros.

Una relación de apego segura en el desarrollo temprano es considerada un factor protector referido a trastornos psicológicos. Este patrón de apego favorece el desarrollo de capacidades cognitivas, afectivas y relaciones interpersonales satisfactorias.

A modo de conclusión, por la importancia clínica que tiene el desarrollo de una relación de apego seguro, consideramos fundamental favorecer esta pauta de relación y a su vez detectar precozmente las pautas de apego inseguro para ayudar a fortalecer el vínculo primario.

Se aborda el *desarrollo* desde la teoría del Desarrollo Motor Autónomo de Pikler y desde la Teoría de los Organizadores del Desarrollo Psicomotor de Chokler

Desarrollo Motor Autónomo

Pikler (1985) concede una particular atención al desarrollo motor de la primera infancia. Replantea el comportamiento tradicional de los padres con respecto a la motricidad del niño, aceptado y considerado como natural por todo el mundo.

Ella sostiene que si confiamos en las capacidades del niño, si alentamos su actividad autónoma, veremos que es capaz de muchas más cosas de las que consideramos normalmente. Entre otras, de una gran desenvoltura corporal y de una gran atención y curiosidad por todo lo que lo rodea.

Son fundamentales, en las nociones del pensamiento de la doctora Pikler, el movimiento libre, la actividad, el aprendizaje autónomo, la actividad iniciada por el mismo niño y la noción de competencia. Todas ellas subrayan la autonomía en la primera infancia, desde el inicio de la vida.

Durante las actividades realizadas bajo su responsabilidad, el niño aprende a observar, a actuar, a utilizar su cuerpo de una manera económica, a prever el resultado de su acción; aprende a sentir los límites de sus posibilidades, a modificar su movimiento, sus actos; aprende a aprender. En una palabra: desarrolla su competencia, refuerza su exigencia de competencia. El niño puede hacer esto si se le aseguran determinadas condiciones.

La más importante es la relación que lo une al adulto. Para sentir deseos de actuar, para ser capaz de este aprendizaje basado en la actividad autónoma, el niño tiene necesidad de una relación profunda, que le proporcione el sentimiento de seguridad, condición necesaria para un estado afectivo conveniente. El buen estado emocional hace posible la expansión de la autonomía.

A partir del descubrimiento y la comprensión por parte del adulto del significado que para el niño tiene su propia actividad, cambia profunda y radicalmente la relación entre el niño y sus padres.

Cuando el adulto lo coloca en una posición todavía no adquirida, lo paraliza, lo vuelve inactivo, torpe, lo convierte en un incompetente, al igual que cuando lo distrae con un juguete; no solo perturba el logro de su autonomía, sino que además incrementa su dependencia y se convierte en indispensable para él.

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 actividades. Esto hace posible el ejercicio de su competencia en la consecución de la misma.

Autonomía supone que un niño, durante la actividad libre y espontánea, es capaz de actuar a partir de su propia iniciativa; posee un equipamiento biológico, funcional, emocional y cognitivo maduro y adaptado al programa de acción propuesto; es capaz de una cierta dosis de decisión, de elección posible, a partir de poder disponer y procesar suficiente información para organizar y reajustar su proyecto de acción; y tiene cierto control y dominio de la situación en su contexto inmediato y del efecto posible de sus actos.

Un niño autónomo no solo puede hacer, sino que quiere hacer y si aún no sabe hacer, puede desplegar sus recursos y elaborar estrategias para alcanzar, de acuerdo a su nivel, ese saber.

Para llevar adelante nuestra tarea, nos inspiramos en los principios de Chokler (1988): *“La concepción filosófica y ética respecto del hombre, de la sociedad y en particular del niño como sujeto, orienta toda investigación científica, el marco teórico y toda praxis. Desde allí planteamos los valores que presiden nuestra acción: respeto, autonomía y seguridad. Respeto esencial por la persona, en este caso el niño, por su maduración neuropsicológica, por su singularidad y por su derecho inalienable a ser protagonista de su propio desarrollo, como ser activo, actor y no solamente actuado por otro.*

Autonomía en desarrollo, como sujeto competente a su nivel, con iniciativas, deseos, aptitudes y proyectos.

Seguridad afectiva, seguridad postural, confianza en sí mismo y en su entorno humano y material”.

La Teoría de los Organizadores del Desarrollo Psicomotor Infantil

La Teoría de los Organizadores del Desarrollo Psicomotor Infantil –que tomamos de los autores citados anteriormente, a los que sumamos a Wallon, Handing, Holding y Winnicott– define al desarrollo como la serie de sucesivas transformaciones que le permiten al hombre satisfacer progresivamente sus diferentes, múltiples y renovadas necesidades, en un proceso de adaptación activa a la realidad. Este proceso está en constante movimiento, no es una sucesión lineal: presenta avances y retrocesos, discontinuidades y anticipaciones funcionales.

Esta concepción dialéctica del desarrollo infantil desplaza la idea del desarrollo como un proceso universal, lineal, acumulativo, con una secuencia invariable, cuyo único factor de progreso reside en la maduración del sistema nervioso. Esta concepción, además, destaca la iniciativa del bebé, su competencia para reconocer y elegir al adulto que mejor satisface sus necesidades, así como su capacidad para suscitar respuestas e influenciar a las personas que lo cuidan.⁴

4. *Desarrollo Infantil I. 1º Año de Vida.* Publicaciones del Área de Salud Integral del Niño. Ministerio de Salud de la Nación.

El desarrollo constituye, entonces, el camino de la resolución progresiva de sus necesidades que parte de la dependencia absoluta y va construyendo su autonomía relativa.

Dependencia absoluta porque, desde el origen mismo de su vida, el hombre necesita de otros cuerpos adultos que lo generen, lo alberguen, lo nutran. Más tarde requiere de los adultos para que lo cuiden, creen y regulen las condiciones externas, el medio en el que va a vivir, crecer, aprender, ser.

Estas relaciones lo determinan y modelan como un producto emergente y, a su vez, productor de sus condiciones concretas de existencia, en las cuales satisface sus necesidades biológicas, afectivas, culturales, espirituales y materiales.

Esta concepción contempla al niño como un integrante del espacio concreto en el que vive, crece y se desarrolla: su familia, su hogar, el barrio, las instituciones, las relaciones interpersonales. Por eso lo reconoce como condicionado por su ámbito geográfico, político, económico, social y cultural, con el que interactúa, al que se adapta y al que modifica activamente.

Los organizadores del desarrollo son, al mismo tiempo, una concepción dialéctica del desarrollo neuropsicosocial y una estrategia de intervención.

Según Chokler (1998), *“son sistemas de acción recíproca, interrelacionados dialécticamente, entre la persona y su medio que se estructuran genéticamente y se transforman a lo largo de la vida”.*

Los adultos encargados de los primeros cuidados del bebé 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.

De la calidad con la que se imbrican y operan estos factores organizadores, a partir de la estructuración biológica originaria, depende el curso del desarrollo.

Primer organizador: Vínculo de Apego

El niño, desde el nacimiento, es competente para establecer relaciones afectivas con el entorno. Como ya vimos, los lazos primordiales con los adultos que lo cuidan constituyen el vínculo de apego.

Su función es proteger, contener, sostener y tranquilizar al niño en su contacto con el mundo, que, por ser nuevo y renovado permanentemente, le despierta curiosidad, interés y también inquietud, alarma y ansiedad.

Pero para garantizar el crecimiento y desarrollo de un niño hay que cuidar fundamentalmente a los adultos que se ocupan de ese niño, porque en definitiva nadie puede dar lo que no tiene. No se puede brindar sostén, respeto, continencia, afecto, si uno no se siente querido, sostenido, contenido, reconocido y respetado.

Segundo Organizador: Exploración

El niño utiliza su motricidad no sólo para moverse, para desplazarse o para tomar los objetos, sino, fundamentalmente, para ser y para aprender a pensar. El contacto, la exploración y la experimentación del entorno humano y de los objetos le permiten en cada momento, a su nivel, vivenciar y apropiarse progresivamente del medio, y construir, simultáneamente, sus matrices de aprendizaje, su lugar en el proceso de conocer, a partir del despliegue de sus actitudes, aptitudes y competencias cognitivas. El origen de este proceso, desde la vivencia al conocimiento, está en la necesidad de adaptación activa al medio, inherente a todo ser vivo y su fuerza es el impulso cognoscente, pulsión epistémica que lo lleva al descubrimiento con el intento no sólo de conocer, sino sobre todo de comprender el mundo.

Tercer Organizador: Comunicación

La comunicación con los demás se inicia con el contacto y la conexión que promueven un diálogo tónico-corporal de miradas, gestos, mímica, voces, movimientos, distancias, con las figuras primordiales vivenciados con placer o displacer. Las percepciones integradas son inmediatamente significadas, semiotizadas: se convierten en señales y signos de bienestar o de malestar por las impresiones tónico-emocionales que producen. Al mis-

mo tiempo, los actos y reacciones tónico-emocionales, al ser captados por el entorno atento, se transforman en expresiones emocionales. Dan así origen a un intercambio de señales que va construyendo códigos afectivizados de comunicación no verbal.

Estos constituyen las raíces indispensables del desarrollo del pensamiento simbólico y, por lo tanto, del lenguaje verbal.

Cuarto Organizador: Seguridad postural

La sensación de equilibrio, de desequilibrio o de equilibrio precario está íntima y fuertemente ligada a las emociones, a los afectos, a la seguridad en sí mismo y a la continuidad del yo. Su base está en el tono muscular y su funcionamiento influye en la estructuración del psiquismo.

La autoconstrucción de las funciones de equilibrio, de las posturas y de los desplazamientos, la apropiación y dominio progresivos del propio cuerpo permiten que el niño, en cada momento de la vida, a su nivel, pueda organizar sus movimientos manteniendo el íntimo sentimiento de seguridad postural. Este sentimiento es esencial para la armonía del gesto y la eficacia de las acciones, aporta sustancia básica a la constitución de la imagen del cuerpo, e integra la organización y representación del espacio. En efecto, tiene repercusiones importantes en la personalidad en su conjunto.

Esta concepción se apoya científica, neurofisiológica y psicológicamente en la continuidad genética del desarrollo motor descubierta por la doctora Pikler.

Quinto Organizador: Orden Simbólico

El conjunto de valores, creencias, saberes sociales y culturales del entorno se expresan y operan desde representaciones mentales de un orden simbólico que incluye a cada sujeto en la familia y en la cultura.

Las estructuras de filiación, de pertenencia, de raigambre, los mitos, las leyendas, los relatos que hacen a la historia familiar y comunitaria, la ley, la norma, el lugar, el posicionamiento como objeto o como sujeto, los mandatos explícitos e implícitos forman parte de esas repre-

sentaciones sociales que se interiorizan desde el inicio con una fuerte carga en la subjetividad.

Abordamos al *niño* desde la doctrina de la protección integral de derechos. Se interviene considerando al niño como un sujeto

“Desde el momento en que la criatura emite su primer llanto, tiene derecho a su individuación como ser único e irrepetible, pero a la vez, integrado a un grupo familiar en una sociedad y una cultura” (Grosman, 1996).

Las Declaraciones de los derechos humanos, la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), entre otras, promueven una revolución simbólica que inaugura un proceso de rupturas y cambios. La CDN reconoce a los niños, niñas y adolescentes como sujetos de derechos, sacude al paradigma jurídico social de la situación irregular y funda un nuevo paradigma: la doctrina de la protección integral.

“La doctrina de la protección integral apuesta a debilitar el imaginario social acerca de la familia y la niñez basado en el ejercicio estable de la autoridad-dominación y que ve a las personas como objeto de tutela. Por el contrario, propone velar por el cumplimiento de todos los derechos de la infancia, restituyendo aquellos derechos que hayan sido vulnerados, considerando la voz de los niños y las familias en todo proceso que afecte a sus vidas y reconociéndolos responsables de sus elecciones” (Bottini, 2007).

Los derechos del niño existen a partir del momento en que se cambia la mirada sobre el niño y se lo considera un sujeto.

Como explica Cillero Bruñol (1997), considerar al niño como sujeto de derecho implica no definirlo por su carencia ni por lo que le falta para ser adultos. Ser niño no es ser “menos adulto”, la infancia es una forma de ser persona y tiene igual valor que cualquier otra etapa de la vida. Tampoco deberemos considerar a la infancia como una fase de la vida definida a partir de las ideas de dependencia y subordinación a los padres u otros adultos.

La infancia es concebida como una época de desarrollo efectivo y progresivo de la autonomía personal, social y jurídica.

Siguiendo a Grosman, se puede desdoblar la noción de sujeto de derecho en tres ideas principales:

En primer lugar, los padres tienen el deber de educar y criar a sus hijos, pero el ejercicio de esta función debe ser el resultado de un intercambio donde se tome en cuenta la figura del niño en concreto, su específica personalidad, necesidades y deseos, y no verlo como un objeto abstracto construido de acuerdo con las expectativas de los padres. En segundo lugar, el niño debe participar, de acuerdo con su edad, en su proceso educativo. Finalmente, ser sujeto de derecho significa acordar con el niño el espacio para que realice su autonomía en ese largo proceso que va desde el nacimiento a la adultez.

La CDN señala como prioridad de las políticas públicas destinadas a la infancia la de garantizar el interés superior del niño y de la niña⁵; un concepto que alude a la protección integral, a la satisfacción de todos sus derechos, al cumplimiento de los deberes de Estado y al compromiso de las instituciones privadas y los diferentes sectores de la sociedad civil respecto de brindar al niño la mayor calidad de vida, respetando creencias y costumbres particulares de su cultura y teniendo en cuenta su voz y la de su familia. De este modo, propone una mirada hacia los niños, niñas y adolescentes, como sujetos de derecho, a partir del principio de universalidad y no discriminación.

Desde la Convención sobre los Derechos del Niño, el desarrollo y la protección de la niñez dejaron de ser una cuestión relacionada con la caridad y se convirtieron en una obligación jurídica de cada Estado.

Concebimos por *maternidad* una construcción histórico-social y cultural y no un fenómeno natural

Quisiéramos plantear en este apartado que si bien es esperable asociar los términos *mujer=madre* y *crianza de niños=madre*, esto no es un producto de la naturaleza sino que es el resultado de complejos procesos sociales, económicos, culturales e históricos. Esta naturalización de la maternidad está presente en las ideas y tradiciones de la sociedad en general y también en la planificación de políticas de salud y educación.

5. Artículo 3 de la Convención Internacional sobre los derechos del niño.

Como afirma Fernández (1994), es importante que diferenciemos reproducción de maternidad. La reproducción está referida al orden de la especie, la maternidad entra en el orden de la cultura. Pensamos a la maternidad más como una función social que como un fenómeno natural inherente a la mujer, adscripto a su sexo biológico. Es distinto decir que para ser madre se necesita ser mujer que decir que para ser mujer se necesita ser madre.

La idea mujer=madre organiza tanto el conjunto de prescripciones que legalizan las diferentes acciones al concebir, parir y criar la descendencia, como los proyectos de vida posibles de las mujeres concretas, y también los discursos sobre la mujer.

Fernández explica que *“actualmente nuestra sociedad organiza el mito⁶ de la maternidad alrededor de la idea mujer=madre: La maternidad es la función de la mujer y a través de ella la mujer alcanza su realización. Así la maternidad da sentido a la femineidad; la madre es el paradigma de la mujer. En suma la esencia de la mujer es ser madre”*.

La eficacia del mito mujer=madre se estructura –siguiendo a la autora– a partir de tres recursos que resumiremos brevemente:

1. La ilusión de la naturalidad

Se adscribe la maternidad como un fenómeno de la naturaleza, y no de la cultura, como perteneciente al orden biológico. Es natural que la mujer sea madre porque posee dos características: un privilegiado aparato reproductor y un instinto materno que la guía en la crianza de los hijos.

Respecto de la primera característica, diremos que es la condición necesaria pero no suficiente de la maternidad, en sí misma sólo constituye

6. La autora define los mitos sociales de la maternidad como producciones y reproducciones de la ideología en la constitución del psiquismo inconsciente. Explica que los mitos son *sociales* en la medida que constituyen un conjunto de creencias y deseos colectivos que ordenan la valoración social que la maternidad tiene en un momento dado de la sociedad y son *individuales* en la medida en que –inhibidores o movilizados de la acción de cada madre– dan los parámetros de imaginación individual de dicha función.

una potencialidad. Respecto de la segunda, la autora no discute si existe o no el instinto materno en los seres humanos, sino que señala el uso ideológico de la noción de instinto referido a la maternidad. Pone en cuestión las extensiones de esta noción cuando se consideran como instintivos, complejíssimos procesos psíquicos, culturales, sociales, y la insistencia y premura con que se nos dice que una madre sabe por instinto cuando intentamos pensar este complejo nudo de determinaciones cuyo efecto es la maternidad. *“El mito dirá que la madre posee un saber-hacer instintivo, que le permite entender mejor que nadie lo que su hijo necesita. Dicho instinto la guiará para encontrar –siempre– el camino adecuado en la relación con el hijo. Es infalible”*, explica Fernández.

2. La ilusión de atemporalidad

Dicho mito expresa que, dado que la función materna se inscribe en el orden de la naturaleza –y no de la cultura–, la maternidad fue siempre así, y siempre será así.

Este anclaje ilusorio en lo natural obtura una perspectiva de relativismo histórico que permite analizar los sucesivos dispositivos sociales en los que la maternidad se inscribe. Distintas han sido las concepciones de maternidad en la historia y, por lo tanto, distintas han sido las prescripciones implícitas y explícitas que han regido para llevarlas a cabo.

3. La relación a menos hijos más mito

Se refiere a la *esencia* de la mujer definida por la maternidad. Quien no es madre, no es. Decir que es característico de las mujeres el parir es algo muy diferente a definir a la mujer por una de sus funciones, la de madre; ya que cuando decimos esencial estamos jerarquizando proyectos vitales posibles.

Actualmente se exaltan los valores de la madre, al tener menos hijos –en comparación con siglos anteriores– y al ser la maternidad *su* fun-

ción, su misión, se concentra en esos pocos hijos toda su dedicación. Es aquí donde decimos: a menos hijos más mito; o sea, más madre incondicional, más madre que cuide y vele toda la vida por sus hijos.

El ideal maternal

Podemos afirmar que el ideal maternal no constituye un dato biológico inmutable, sino una construcción social.

“La identidad de género se adquiere a través de la socialización temprana en el seno de la familia de origen. Involucra un proceso que, mediado por la afectividad, consiste en el aprendizaje de aquellas cualidades que la cultura prescribe como normales para cada sexo. El ideal maternal tradicional vigente se traduce, a lo largo del desarrollo psicológico de las mujeres, en la reproducción de aquellas cualidades que transforman a la niña en una mujer, con el deseo y la capacidad de desempeñar el rol maternal” (Kohen, 1994).

¿Quién sería, entonces, considerada la madre ideal en nuestra cultura?

Aquella mujer que, en primera medida, extrae gran placer del ejercicio de su rol. Es incondicional, altruista, contenedora, tierna, con gran poder de autocontrol, atenta al desarrollo y deseos de sus hijos. Es capaz de conceder autonomía a pesar de su capacidad de protección. Su vida está centrada en sus hijos y su esfera de acción es prioritariamente el ámbito doméstico.

La disponibilidad incondicional que se le exige a la madre se traduce en la postergación de sus propios proyectos, deseos y capacidades, a la vez que dificulta su desarrollo personal autónomo.

Nos parece importante incorporar en este estudio la problemática de género porque entendemos que en el horizonte de cualquier intervención familiar deberemos comprometernos en la democratización de las relaciones familiares.

Además consideramos necesario comprender que cada vínculo particular que cada mujer establece con su hijo será siempre una construcción, no solo psíquica, sino también social y cultural.

La maternidad y paternidad en la adolescencia: ¿un problema?

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

Si bien consideramos que la maternidad y la paternidad son funciones –principalmente– 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.

Cifras del embarazo adolescente en Mendoza

Según el Departamento de Bioestadística Provincial⁷, unas cinco mil adolescentes 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.

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.

¿La adolescencia incapaz?

Algunas de las primeras afirmaciones que aparecen es que los adolescentes “aún no están preparados para ser madres o padres”, que “le falta mucho para ser madre o 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.

7. Diario *Los Andes*. 23 de noviembre de 2008.

Si se comprende que el 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 a la doctrina 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 pasa 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-adolescente.

La CDN no define a los niños 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 Bruñol (1997), 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. Y así lo describe: *“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”*.

Entonces, la adolescencia más que un período de transición hacia la adultez debe ser revalorizada como un mo-

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

Esta perspectiva nos permitiría pensar que la adolescente que queda embarazada no es incapaz; sino que es una persona completa, que tiene derecho a expresar sus opiniones respecto de 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 la adolescente puede –y debe– decidir respecto del 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 les puede pedir responsabilidad en la medida en la que se hayan proporcionado condiciones necesarias para el ejercicio de sus derechos y obligaciones (y aquí valdría la pena preguntarnos cuáles fueron las oportunidades que tuvo ese 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 asumir sus responsabilidades. Tal vez podríamos llamar a esta red *políticas públicas*.

El embarazo adolescente saca a la luz temas poco discutidos y reflexionados socialmente con 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” deben transitar la vida los adolescentes (familia, escuela, comunidad) se encuentran en deterioro en su función de orientación y protección.

No solo son adolescentes, además son pobres

Ser adolescente y pertenecer a los sectores más pobres constituye una conjugación valorada negativamente por algunos sectores sociales. Ellos son, para la mayor parte de la sociedad, simplemente sospechosos. Esta situación conforma un espacio social especialmente poco apto para su desarrollo integral. Cuando la problemática que plantea esta etapa de la vida denominada juventud se cruza con la posición de clase, el tema se complejiza.

No todos los individuos que tienen la edad de ser jóvenes se encuentran socialmente hablando en la misma situación. No todos tienen la posibilidad de estudiar, ni tienen la misma presión económica para definirse laboralmente.

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 cotidianidad de los jóvenes de sectores populares.

El embarazo adolescente y la reproducción de la pobreza

Aquí aparece un supuesto problema del embarazo en la adolescencia: que 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, etc.; lo cual, se argumenta, 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 Stern (1997), más bien habría que considerar las condiciones socioeconómicas y culturales de los grupos mayoritarios de nuestra población como 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 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 existir 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 Coll (1997) 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 los beneficios de un adecuado control prenatal ejercido por personal entrenado para el abordaje integral de la adolescente embarazada, su pareja y familiares.

Según Stern, 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 no se 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.

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 podría conducir a preocuparse en exceso por todo esto, y no les deja espacio para ocuparse del control prenatal, cuyos beneficios –en muchas ocasiones– tampoco tienen muy claros.

Considerando los temas desarrollados, pareciera que algunos de los problemas reales 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 genitales.

Vivimos en una sociedad muy compleja, que envía mensajes confusos a los jóvenes respecto de la sexualidad: por un lado, existe una sobrevaloración mediática de lo pornográfico, donde la sexualidad es un producto más que se comercializa pero, al mismo tiempo, sigue siendo un tema del que poco se habla en las familias y en las escuelas.

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. Es posible que a la sociedad le cuesta demasiado aceptar y considerar que la sexualidad es un tema central en la conformación de la identidad y, por ello, en general es muy complejo que se incorpore esta temática en escuelas y centros de salud.

Se intenta mostrar que cuando ocurre un embarazo, las instituciones recién se dan cuenta de que los adolescentes tienen relaciones sexuales, entonces aparece –al mismo tiempo– la crítica, la discriminación, el juzgamiento, junto a una sobrevaloración de la maternidad, “del destino de dios” y “de la vida que viene”. Confluyen, al mismo tiempo, distintos mensajes cargados ideológicamente. Se dice: “no vamos a hablar de esto, porque así hacemos de cuenta de que la sexualidad no existe”. Cuando los hechos hablan por sí mismos y ocurren los embarazos adolescentes, se afirma: “tan chiquita y ya haciendo eso”. Si la joven decide tener su hijo, se asevera: “seguro no será 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. Según Coll, algunos estudios⁸ demuestran que la mayoría de las adolescentes que quedan embarazadas ya habían abandonado la escuela previamente al embarazo.

En la actualidad existe un número creciente de adolescentes que se embarazan y siguen concurriendo a la escuela. Estas 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 Coll, 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 está condicionada por factores socioeconómicos.

8. La autora cita estudios realizados en Chile a través de un convenio entre el Ministerio de Salud y Educación (Molina, 1996) y estudios propios.

micos 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 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 de permanecer en un trayecto educativo.

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.

La actitud que la adolescente tome ante el embarazo va a depender de distintos factores, entre los que se encuentran, según Coll: la etapa de la adolescencia que esté transitando, el significado que este hijo 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, y que se haga 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 entre otras cosas del sector al que pertenezca.

El hijo puede significarle para la madre varias cosas: puede necesitarlo para comprobar su fertilidad, puede significar algo propio: "tener algo mío que nunca tuve", puede significar una salida a una situación intolerable para ella (situaciones de violencia o abuso sexual), puede también 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 rela-

ción 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. Tampoco significa lo mismo aquel hijo del cual se espera que compense las carencias afectivas sufridas a lo largo de toda la vida, que aquel que venga a avergonzar a la familia, o al hijo que condiciona la postergación de los 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 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.

Sin embargo, consideramos que 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 que *"una adolescente que se embaraza seguirá siendo una adolescente que tendrá que hacerse cargo de un hijo"* (Coll, 2007).

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

Si bien en el desarrollo de este punto 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 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.

Por supuesto, será necesario diferenciar realidades para comprender lo que en cada situación singular sucede: 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 paternas, 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 cómo afrontar este embarazo lleva un tiempo, sin quedar a veces espacios para ocuparse de la salud. Además, en algunas oportunidades, se desconoce la importancia de los cuidados previos.

Por otra parte, creemos que existe –en muchos casos– una importante distancia entre los adolescentes y los servicios de salud. Las instituciones de salud no son ámbitos por donde transite la cotidianeidad de los adolescentes. En general, asisten poco a controles médicos. Esto puede tener que ver con características propias de la etapa, pero también con que en muchos centros de salud de la provincia encuentran trabas para su atención. Otras 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 (excepto 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.

Etapa de la adolescencia en que ocurra el embarazo. Es probable que en la adolescencia temprana (de 10 a

13 años) haya 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 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 equipos profesionales que 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, sin van a culpar a la madre por su existencia o si por el contrario acompañarán para reparar el dolor de la joven y proteger a ambos.

Falta de adultos continentes. A menudo, cuando las madres son muy jóvenes, las abuelas se hacen cargo de la crianza de los nietos y desplazan a aquellas de su función de mamás. Toman mayor poder que la madre en la crianza del bebé. Se debe garantizar el derecho del niño a preservar su identidad, lo que incluye a sus relaciones familiares. En estas situaciones, el derecho a la identidad se ve perturbado por la confusión respecto de la posición del niño 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 podrían 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 y permite 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 convi-

vencia de la pareja– será muy importante para el sostén de la díada.

Establecimiento de vínculos de confianza 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, y facilita así 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 integrar a esta adolescente y flexibilizar las normas, de tal manera que se facilite su permanencia en el sistema escolar.

Consideramos que en las situaciones donde pueden confluir e integrarse una mayor cantidad de factores protectores (familia continente, crianza compartida entre ambos padres y el establecimiento de vínculos de confianza con referentes de salud, entre otros), las posibilidades de que el vínculo primario se desarrolle saludablemente son mayores.

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

Consideramos que los equipos de salud que trabajen con padres jóvenes podrían proponerse:

- Acompañar a los padres a aceptar su embarazo y su nueva condición de madre/padre.
- Difundir los derechos y responsabilidades que tienen los padres adolescentes con relación a sus hijos
- Fortalecer los vínculos familiares, promoviendo el acompañamiento de familiares cercanos.
- Identificar y fortalecer factores protectores en relación con el desarrollo de los vínculos primarios.
- Sensibilizar y promover actitudes comprensivas

en el personal de centros de salud, favorecer la desnaturalización del problema y la reflexión sobre el impacto que los prejuicios y estigmas tienen en los padres y los hijos.

Quisiéramos concluir este apartado 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 continentales... entre otros.

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

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 de la continuidad del embarazo. En este sentido, el principio rector debe ser el interés superior.

Creemos 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 cada sujeto. Los 15 años no son vividos de la misma manera en todas las clases sociales, en todas las familias y en todas las mujeres.

Tomamos a la familia como el ámbito privilegiado para que los niños se desarrollen, sin tener en cuenta su conformación particular.

En este apartado quisiéramos resaltar dos premisas: por un lado, que la familia es el ámbito más adecuado para el desarrollo y crecimiento de los niños; y por otro, que la vida familiar adquiere en la actualidad una multiplicidad de formas y que esto no invalida la primera afirmación. Es decir, que más allá de la conformación particular que adquiera la familia, es ésta el mejor ámbito para que un niño crezca y se desarrolle.

La CDN señala que los padres tienen la responsabilidad primaria por la crianza y desarrollo del niño, tarea que

debe estar guiada y encuadrada por el interés superior del mismo. Los padres deben cumplir una función especial que promueva la capacidad del niño para intervenir responsablemente en la familia, la escuela y en la vida en sociedad. Considera esencial que los padres provean guía y dirección, y que aseguren al niño un espacio positivo y compartido para el diálogo que prepare el camino a la libre expresión. Este proceso reforzará las capacidades de los niños para ser miembros activos con habilidades adecuadas para participar en la vida familiar y en la vida social.

La CDN también amplía la concepción de familia y contempla, además de la familia nuclear, la familia ampliada. Incluye en la vida de las familias también a la sociedad y sus instituciones.

En este sentido, consideramos necesario comprender a la familia dentro de una trama comunitaria de relaciones. Es importante indagar el vínculo de la familia con su comunidad próxima, las relaciones con los vecinos, con las organizaciones sociales; conocer cuál es la percepción que tienen las organizaciones e instituciones del grupo familiar, descubrir también los recursos comunitarios existentes que puedan aportar a la resolución de conflictos o necesidades de la familia y que puedan fortalecer el vínculo de ésta con la comunidad.

La CDN propone una lectura de la familia que se distancia de aquella concepción que la había definido en la doctrina de la situación irregular, como núcleo patológico y peligroso. La noción de infancia pobre permitió al discurso oficial argumentar a favor del fenómeno de la minoridad abandonada y delincuente. La identificación de este fenómeno justificó que todos los niños que circulaban fuera de los ámbitos normativos diseñados para la infancia (la escuela y el buen hogar) debían –por su propio bien– ser institucionalizados.

“A principios del siglo XX se fija la construcción socio-penal de la categoría niño, de la cual el menor abandonado-delincente constituye su expresión más acabada” (Bottini, 2007).

Cuando hablamos de familia, nos referimos a las familias; buscamos dar cuenta de la diversidad y pluralidad de configuraciones familiares que existen y de su naturale-

za histórica. El concepto habla de los grupos familiares –en plural– que interactúan con el mundo público de los servicios, la legislación y el control social.

Bottini afirma que: *“Se pone en jaque el viejo concepto de familia como modelo único y válido según los cánones del patriarcado y todos los discursos oficiales que a lo largo de la historia se constituyeron como hegemónicos, cuya dimensión ideológica construye y reactualiza una imagen de familia –y también de niñez– natural, inmóvil, sacralizada y rígida; lo que alimenta inequidades y asimetrías en las relaciones entre las personas, entre los géneros y entre las generaciones”*.

Esas maneras de entender las familias contrastan con los datos que ofrece la realidad y con estudios sociales que hablan de sus transformaciones profundas.

Estas concepciones se detallan en el punto 3 de este capítulo, y también en el Capítulo 3 del presente libro.

[Concebimos al Estado y sus instituciones como co-responsables del cuidado de los niños pequeños](#)

La CDN constituye al Estado como garante indelegable de las políticas públicas destinadas a este sector.

A partir de un análisis breve, diremos que en Argentina, los avances en términos legislativos de promoción y garantía de derechos humanos cobraron gran importancia en la reflexión social y jurídica a partir de la caída de las dictaduras. Sin embargo, paralelamente, se produjo un amplio cercenamiento de estos derechos debido a la aplicación de las políticas del modelo neoliberal. Este modelo de acumulación modificó con profundidad la forma de regulación de las relaciones sociales y las dejó, básicamente, libradas al funcionamiento del mercado.

Aumento de la pobreza, desigualdad, pauperización de los sectores medios, desempleo y subempleo fueron algunos de los fenómenos asociados a este modelo.

El pensamiento neoliberal tendió a disociar lo social de lo económico para culpar a cada sujeto, a cada familia, a cada niño de su situación de pobreza y exclusión. El Estado se minimizó y se expandió la lógica del mercado que transfiere áreas de competencia indelegable del Es-

tado hacia la responsabilidad de cada familia. Su consecuencia fue que las personas pasaron a tener un acceso diferencial a los servicios según a qué clase social pertenecían y según su capacidad económica para adquirir servicios en el mercado.

El escenario actual es de vigencia y rupturas, de interdependencias y complejidades. Conviven discursos contrapuestos respecto de las familias y los niños pobres.

Consideramos fundamental fortalecer políticas de salud y educación que acompañen y asistan a las familias en la crianza. Ampliar y diversificar las intervenciones para alcanzar logros educativos y sanitarios que incluyan a toda la población.

Es necesario que las familias puedan conocer, acceder y participar de las ofertas de servicios educativos, de salud y de desarrollo comunitario, a fin de mejorar sus condiciones de vida, hacer efectivos sus derechos y cumplir con sus obligaciones con relación al cuidado de los más pequeños.

La co-responsabilidad del Estado será un tema profundizado en el siguiente apartado sobre las tensiones de la intervención.

Comprendemos que en la intervención social, la dimensión ideológica cumple un papel sustantivo.

Toda intervención social está cargada de ideología. En este apartado tomaremos –muy brevemente– algunas de las ideas que sobre ideología desarrolla Karsz (2007), quien realiza importantes aportes en la línea de investigación que se inscribe en el cruce de la reflexión filosófica, la crítica de la ideología y el psicoanálisis lacaniano. Analiza las prácticas de intervención social propias –pero no exclusivas– del Trabajo Social.

Para el autor, el término ideología refiere a significados, normas, valores, modelizaciones, ideales; pero también ritos y rituales, gestos y actitudes, afectos, dispositivos institucionales, prácticas materiales. Lo social está configurado tanto por lo económico y por lo político, como por lo ideológico. Pero en este caso, ideología no es un conjunto sistemático de ideas a las que conscientemente se adhiere. Las ideologías son materiales, son ideas,

pero también prácticas: incluye no solamente adherir a la importancia de la promoción y prevención de la salud, sino que implica también incluir o no a una familia en un programa, otorgar o no un turno diferido, firmar o no las libretas de la Asignación Universal por Hijo, etc.

Su concepto de ideología no puede ser utilizado si no es percibido anudado al concepto de inconsciente. *“El concepto de ideología es hoy impensable y prácticamente inutilizable si no se toma en consideración lo que el psicoanálisis nos enseña sobre la lógica del inconsciente [...] lo inverso me parece igualmente cierto: el recurso explícito al concepto de ideología hace posible un uso no psicologista, no subjetivista, del concepto de inconsciente”*. Por lo tanto, *“la ideología y el inconsciente están anudados. Anudados de hecho [...]. No se trata de ligarlos como si fueran dos mundos, sino de investigar cómo están ya ligados, cómo la lógica de la ideología y la lógica del inconsciente funcionan al unísono, la una bajo y sobre la otra, cada una en el seno de la otra, gracias a la otra, contra la otra”* (Karsz, 2007).

Rodríguez (2010), considerando los aportes de Karsz, afirma *“Las ideologías no son un adorno externo que se agrega a las situaciones de salud, por el contrario, junto al componente económico y al político, configuran la situación de salud. Lo que se determina como ‘enfermo’ o ‘saludable’, lo que se prioriza o se desconoce como problema, es una decisión ideológica, no importa si la toma el político de turno o el profesional convencido del nuevo paradigma en salud. De cualquier modo es ideológico, en el sentido que no es neutral, señala una opción por un determinado modo de comprender al hombre, al conjunto social, a las relaciones sociales, a la desigualdad, a la igualdad, etc.”*

El concepto de ideología ayuda a transitar el laberinto complejo de la intervención social. Según Karsz, *“El concepto de ideología es cualquier cosa menos una evidencia”*.

En este sentido, la propuesta de Karsz es un camino para develar las ideologías que están presentes en las intervenciones, que están en conflicto en las instituciones, en los profesionales, en las familias.

¿Entre qué tensiones se realizan las intervenciones?

En este apartado queremos profundizar en las tensiones que se les plantean a equipos de profesionales al

trabajar con familias. Particularmente, nos centraremos en las tensiones que como equipo en este proyecto, en la intervención con familias en el desarrollo del vínculo temprano. Entendemos que las tensiones no se resuelven definitivamente, sino que se convive con ellas y, por lo tanto, es preciso identificarlas y orientarlas.

La Familia como ¿única? responsable del cuidado de los niños pequeños – La co-responsabilidad del Estado en la protección de los derechos de la infancia y la familia

Existe un acuerdo generalizado de que la familia es la responsable de la crianza de sus hijos y que, por lo tanto, es quien debe tomar las principales decisiones respecto de su educación y socialización.

Es común oír frases como “los problemas de los niños empiezan en la casa”, “las instituciones educativas no podemos hacernos cargo de lo que la familia no hace”, “si el niño es así, vaya a saber qué es lo que sucede en su casa”, etc. Dichas afirmaciones incluyen –más o menos conscientemente– el concepto de que la familia es la única responsable del cuidado de los niños y también de su futuro.

En ocasiones, discursos opuestos se tocan cuando exaltan la centralidad de la familia en el cuidado de los más pequeños. Algunos porque comprenden que el Estado no debe entrometerse en la vida familiar, justificando que todo debe quedar sujeto a la lógica del mercado, y otros al sobrevalorar la autonomía, las capacidades y los saberes de la familia, dejan a ésta librada a su propia suerte.

Si bien la mayoría de los niños –en especial los que tienen de 0 a 3 años– están principalmente al cuidado de la familia –desde el concepto amplio que ya mencionamos–, esto no quiere decir que la tarea educativa y de socialización dependa exclusivamente de ella.

En principio, esto es así porque la familia no es autónoma de la sociedad en la que está inserta. No se puede pensar que la familia decide y elige conscientemente sus propias pautas de crianza. Estas dependen de la clase social a la que la familia pertenece, de las pautas culturales que prevalecen en una sociedad y en un momento histórico determinado, de las ideologías, de las normas legales, de

las instituciones públicas, también de la singularidad y de la historia de cada familia particular, entre otras.

Al naturalizar la idea de que la familia debe hacerse cargo por sí misma de la crianza de los más pequeños, los cuidados que se prestan en el ámbito privado se naturalizan, parecen despolitizarse (y se niegan, así, las relaciones de poder presentes en una familia) y pierden visibilidad, por lo que se naturaliza la prestación de servicios para la subsistencia cotidiana que se realiza en el ámbito familiar. Esta naturalización –como explica Aguirre (2004)– dificulta la identificación de políticas sociales dirigidas hacia esa esfera, así como tener en cuenta las consecuencias de las políticas sociales y económicas sobre los trabajos y las actividades que los diferentes miembros de la familia realizan.

Desde la CDN, pasando por la Ley Nacional 26.061, hasta las legislaciones provinciales sobre niñez y adolescencia, incorporan la responsabilidad central del Estado en la protección de los derechos de la infancia. Se agrega el interés de diversos autores por las implicancias políticas de la contribución que el trabajo no remunerado hace a la economía y a la sociedad, a través del tiempo que se le dedica y del valor que aporta a la sociedad.

La CDN concreta el paradigma del niño como sujeto de derecho y como sujeto de protección en oposición a la concepción del niño como objeto de protección –o mejor dicho, de control–. Pensar en el niño como sujeto de derecho significa verlo como un ser humano que interacciona con el adulto, capaz de expresar sus necesidades, participar en su educación y gozar de ciertos grados de autonomía.

Dicha Convención enfoca a la familia como el entorno fundamental para el desarrollo armonioso del niño, construido sobre la coexistencia de los deberes y los derechos de los padres y de los hijos.

Con relación a ello, las normas legales priorizan el derecho de los niños a ser criados en el seno de su propia familia y hacen referencia a la necesidad de proteger y asistir a las familias para el adecuado ejercicio de sus funciones. Existe un creciente reconocimiento de que en situaciones de pobreza no se está tratando con niños abandonados por sus padres, sino con familias y pobla-

ciones abandonadas por las políticas públicas y por la sociedad.

Particularmente, el preámbulo de la CDN enfatiza: *“La familia como elemento básico de la sociedad y medio natural para el crecimiento y bienestar de todos sus miembros, y en particular de los niños, debe recibir la necesaria protección y asistencia para que pueda asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad”*.

Es decir, los derechos del niño establecidos en la Convención evidencian responsabilidades para los padres pero también para el Estado, la formación del niño implica una función privada pero conjuntamente una responsabilidad estatal. En ese sentido, siguiendo a Grosman (1996), el Estado tiene como primera responsabilidad asegurar condiciones de vida dignas a la familia, y en segunda instancia acudir a auxilios de carácter supletorio para ayudar a las familias desamparadas. En la misma Convención, se consagra en el inciso segundo del artículo 18, la obligación del Estado de prestar asistencia a los padres a efectos de garantizar y promover los derechos reconocidos en ella.

Al respecto, es importante señalar que las funciones esenciales que se cumplen en el ámbito familiar –prestación de servicios básicos y de cohesión afectiva– son generalmente invisibilizadas y llevadas adelante por mujeres. Explica Aguirre (2004), que *“la falta de visibilidad de los cuidados no mercantilizados tiene consecuencias muy graves, tanto sociales como políticas”*.

Los servicios de salud, educación y cuidado de los niños pequeños han sido una dimensión esencial de los Estados de Bienestar y en el desarrollo de estos servicios ha tenido un papel fundamental la expansión del trabajo femenino.

Es posible pensar que el Estado puede plantearse acompañar a las familias intentando disminuir la modalidad asistencial-tutelar, y favorecer, así, relaciones más democráticas. Será importante fortalecer a las familias para que sus integrantes puedan tomar decisiones autónomas, con relaciones más democráticas entre los sexos y las generaciones que la integran.

Esto supone que el Estado provea de servicios integrales y de calidad a todos los niños con criterios de universalidad.

El desafío es pensar cómo las instituciones estatales existentes pueden fortalecer a la familia en su función de crianza.

Riesgo de invasión de la vida privada de las familias – Intervenir en la vida familiar para proteger derechos

La presente tensión complementa y complejiza a la anterior.

Al analizar el triángulo que se establece en la relación familia-Estado-niño, surge una tensión entre la libertad que se plantea a los padres para la crianza de sus hijos y la obligación del Estado de garantizar los derechos del niño. Desde una perspectiva, se confía en los padres, que tienen derecho a cuidar a sus hijos según sus creencias y valores; y toda acción que invada la esfera privada e íntima de la familia es considerada como un dirigismo y control del Estado y una amenaza a la diversidad y a la autonomía de cada familia.

Sin embargo, la CDN afirma que los Estados partes adoptarán todas las medidas necesarias para dar efectividad a los derechos reconocidos (art. 4) y proteger al niño contra toda forma de abuso (art. 19). Es decir, que se plantea una situación en la cual la autonomía y privacidad de la familia se incrementa, pero al mismo tiempo es posible una mayor intervención del Estado para garantizar los derechos del niño.

Dicha tensión se complejiza cuando aquel discurso que exalta la libertad de los padres para educar a sus hijos libremente se entiende de manera diferente según la clase social a la cual pertenecen los padres. Los sectores más empobrecidos se encuentran más vulnerables frente a la intervención estatal. Una de las prácticas más comunes y arbitrarias de la justicia de menores es asociar pobreza=abandono. En el tipo de intervención institucional que se propone frente a chicos “abandonados”, excluidos y maltratados, subyace el preconceito de que los padres son culpables de dicha situación. La pobreza se explica así como un problema individual asociado a la incapacidad de los padres. En ese sentido, la CDN prescribe que las niñas y niños deben ser protegidos contra toda discriminación por causa de la posición económica de sus padres. Esto significa que es ilegítimo declarar un

estado de abandono de los niños por la falta de medios materiales de sus padres.

La misma tensión aparece cuando se considera la situación de las mujeres en la familia. Como expresa Jelín (1988), el paradigma dominante de los derechos humanos se construye sobre la base de una diferencia: los derechos civiles y políticos de los individuos se sitúan en la vida pública; quedan afuera las violaciones de estos derechos en la esfera privada de las relaciones familiares. En los hechos, se puede afirmar que esta diferenciación entre las esferas pública y privada lleva a mutilar la ciudadanía de las mujeres, ya que la privacidad en la familia aparece como justificación para limitar la intervención del Estado en este ámbito.

Se manifiesta en este punto, entonces, la tensión entre el respeto a la privacidad y la intimidad por un lado, y las responsabilidades públicas del Estado por el otro, que requiere la redefinición de la distinción entre lo público y lo privado e íntimo; distinción simbólica e ideológica, ya que en los hechos, el estado moderno siempre ha tenido un poder de control social sobre la familia. El Estado debe proteger los derechos humanos básicos de sus ciudadanos, cuando son violados en el ámbito privado de la familia, y simultáneamente, defender la privacidad cuando la intervención está dirigida a violar los derechos.

Consideramos que aquellas políticas de salud que se propongan intervenir en los vínculos familiares deberán tener presentes en sus intervenciones esta tensión que se plantea entre los derechos y obligaciones de los padres de educar libremente a sus hijos y el deber del Estado de intervenir en la vida familiar para proteger derechos.

Intervenir para fortalecer a la familia – El acompañamiento a las familias

En la intervención con familias se corre bastante el riesgo de que, al buscar acompañarlas para fortalecerla en sus funciones, dirijamos las intervenciones hacia el fortalecimiento de un tipo de conformación familiar.

Es importante considerar los aportes de Jelín (1988), quien afirma que en la mayoría de los países, tanto los modelos como las prácticas de políticas sociales están

anclados en un modelo de familia, generalmente implícito y a menudo bastante alejado de la realidad cotidiana de los destinatarios de esas políticas. Dado el papel central que la familia real tiene en las prácticas en que concretamente se activan las políticas sociales, el análisis de la organización familiar debiera ser uno de los ejes principales de los diagnósticos sociales y de la determinación de los mecanismos de implementación de políticas.

Algunas voces sostienen que estamos presenciando un proceso de “desintegración familiar”. Se puede pensar que lo que está ocurriendo es un proceso de crisis del modelo patriarcal de la familia, un modelo que ciertamente implica fuertes tendencias autoritarias.

Las nuevas conformaciones familiares no debilitan la estructura familiar, sino a la estructura y los valores que sostenían a un tipo de familia, la patriarcal. Como afirma la autora, el principio básico de organización interna de este modelo era jerárquico, pues los hijos e hijas se hallaban subordinados a su padre y la mujer, a su marido.

Desde la perspectiva de la familia nuclear patriarcal, la baja en la nupcialidad y el aumento en las tasas de divorcio, así como el aumento en la participación laboral de las mujeres –con el peligro de que abandonen sus roles tradicionales (naturalizados) de amas de casa, esposas y madres–, pueden ser interpretadas como anormales y como expresión de una crisis.

En estas condiciones, algunas voces se alzan reclamando intervenciones urgentes para salvar a la familia de su crisis. Estas voces son usualmente las de la tradición y la religión, con un sentido muy fuerte de control moral de la vida privada, que reclaman políticas y formas de “fortalecer a la familia”. Para ellos, existe sólo una familia que debe ser fortalecida: la pareja monógama heterosexual y sus hijos, establecida de una vez para siempre. Otros modelos de familias son vistos como desviaciones que manifiestan la crisis.

Esta visión simplificada de la realidad, sin embargo, necesita ser modificada. Nuevas formas de familia deben ser interpretadas como expresión de la posibilidad de elección, de mayor libertad por parte de los miembros tradicionalmente subordinados, y son sus libertades y

los principios de igualdad democrática los que deben ser fortalecidos.

Estudios de UNICEF aportan que *“actualmente, viejas afirmaciones del patriarcado, como la santidad del matrimonio (que excluye el divorcio y el adulterio), la sexualidad ligada a la reproducción, la autoridad del hombre sobre las mujeres y la irrestricta obediencia de hijos e hijas son confrontadas y se encuentran en crisis”* (Bottini, 2007).

Muchas de estas transformaciones pueden confirmarse al acceder a algunos datos que arroja la realidad: familias monoparentales, familias ensambladas, parejas sin hijos, hogares formados por parejas del mismo sexo, entre otros.

Sin duda, como menciona Jelín (1988), la separación entre sexualidad y procreación y el proceso de creciente individuación de jóvenes y mujeres han ido minando el poder patriarcal. En la actualidad, existen tensiones que se renuevan permanentemente por la disociación entre los vínculos de conyugalidad y los vínculos de filiación, algo que en la familia patriarcal se entendía como indisoluble.

Las relaciones entre trabajo y familia también se han transformado de manera radical, hasta poner en cuestión modelos de funcionamiento establecidos como naturales por mucho tiempo. Wainerman (1996) explica que el modelo patriarcal del hogar nuclear con un padre-esposo proveedor económico que sale a buscar el sustento del hogar y una madre-esposa ama de casa que permanece en el hogar, proveedora de los afectos y de la reproducción diaria y generacional de la familia, ha sacudido hasta sus raíces.

Cada vez más mujeres adoptan un doble rol como productoras y reproductoras, sin que los varones hayan hecho cambios de magnitud equivalente en lo doméstico. Dicho de otra manera, la redefinición del lugar de ellas en el afuera no ha sido acompañada hasta el momento por una redefinición equivalente del lugar de ellos en el adentro, lo que significa para las mujeres jornadas de trabajo extradoméstico que se suman al doméstico.

Existe una vinculación clara entre desigualdades sociales y arreglos familiares. Los pobres y los no pobres no

conforman los mismos tipos de familia. Las familias presentan una gran heterogeneidad en la que se mezclan rasgos propios del proceso de modernización (mayor esperanza de vida, búsqueda de independencia, *destradicionalización* de la vida familiar) y otros que son producto del fuerte impacto de la pobreza de ingresos.

Como afirma Aguirre (2004), en los sectores más pobres tenemos un porcentaje importante de parejas con hijos, familias extensas y monoparentales, mientras que en los hogares de mayores ingresos hay una mayor variabilidad de arreglos familiares con mayores proporciones de parejas sin hijos y de quienes no viven en familia.

Dentro de esta preocupación por la pérdida de la familia tradicional, se encuentra otra tensión en las prácticas del sistema de salud y de educación que podemos enunciar como: **Intervenir para responsabilizar (¿culpabilizar?) a la mujer-madre por el cuidado de los hijos o intervenir para democratizar las relaciones familiares.**

Desde interpretaciones simplistas y restringidas –pero reales en el sistema de salud– se vincula rápidamente el síntoma del niño a las conductas de sus cuidadoras. Cuando se intenta comprender las dificultades observadas en el vínculo o en la salud mental del niño, rápidamente se tiende a culpabilizar a la madre por lo que sucede: si la madre consulta frente a los primeros síntomas es alarmista, si no consulta no registra las necesidades de sus hijos; si asiste al centro de salud a las 6 de la mañana: “¡Cómo se le va a ocurrir sacar a los niños enfermos con ese frío!”; si concurre a las 12, “a esta hora señora ya no la van a atender”. Pareciera que la mujer puede ser siempre objeto de crítica. Por otra parte, las indicaciones que los profesionales realizan suelen recargar de trabajo y responsabilidades a las mujeres.

Cuando los profesionales que participamos en la cotidianidad de la vida familiar realizamos intervenciones para fortalecer a las familias, portamos una concepción de mujer y una concepción de varón, de madre y padre, y de familia que –en general– poco se referencia en marcos teóricos que aportan la sociología, la antropología y la psicología. En la mayoría de los casos, esa confrontación pasa por nuestra propia experiencia de vida, nuestra ideología, nuestra pertenencia a una de-

terminada clase social. Será necesario hacer consciente –o mejor dicho, lo más consciente posible– que en cada intervención familiar ponemos en juego nuestro propio modelo de familia y, por lo tanto, prescribimos diferentes roles en la familia: definimos qué es ser mujer, qué es ser madre, qué es ser esposa, en relación –muchas veces– con nuestra manera de vivir la maternidad, el trabajo y la familia. Se hace necesario reflexionar, discutir colectivamente sobre estos temas, repensar ciertas prácticas moralizadoras que se filtran en los distintos abordajes.

El fortalecimiento del vínculo temprano: ¿un vínculo primario ideal, un vínculo posible?

En la intervención con familias para el fortalecimiento de vínculos primarios, tuvimos que realizar un esfuerzo teórico y también práctico para lograr explicar las características vinculares que se establecen en las familias y para identificar las dificultades que comúnmente presentaban las familias en el establecimiento de sus vínculos. Esto nos orientó a la búsqueda de indicadores observables que expresen dificultades en los vínculos y también a identificar y nombrar factores protectores.

La discusión en equipo de las intervenciones que realizamos, la lectura y el análisis grupal de valiosos aportes teóricos y algunas experiencias de supervisión y de clínica transdisciplinaria⁹, nos llevaron a revisar ciertas ideas, reformular preguntas y redefinir indicadores.

Quisiéramos compartir algunas de las reflexiones en este sentido:

Reafirmamos la importancia de comprender que cada situación familiar con la que nos encontramos es única e irrepetible.

Considerando el primer principio clínico de la clínica transdisciplinaria del “uno por uno”, Karsz (2007) dirá que

9. Proyecto de Investigación “Aportes para la articulación de una teoría del lazo social pertinente para la intervención social de los trabajadores sociales. El debate de la Corriente Crítica Brasileña, Teresa Matus, Norma Fóscolo/Adriana Arpini, Saül Karsz y la teoría de los cuatro discursos de Lacan”, Director Nicolás Lobos. Co-directora Ruth Parola de la Facultad de Ciencias Políticas y Sociales de la Universidad Nacional de Cuyo. En el marco del proyecto –del cual participa la coordinadora del Equipo–, se han realizado experiencias de clínica transdisciplinaria con Karsz. Aportes de esta experiencia se comparten en este punto.

“uno por uno quiere decir que la clínica lo es siempre de lo singular, de modo que cada situación se aborda en su particularidad, en sus características propias [...] Se desecha entonces la ilusión de lo ya visto, el imaginario de la repetición. El profesional comete un error al exclamar ‘chicos así ya tuvimos en el servicio’ [...]. Es menester no confundir a las personas con los dosieres que las describen, no reducir las situaciones a los parámetros que las encuadran”.

Como explica el autor, sostener la emergencia del sujeto, proteger el espacio de lo singular, no excluye la existencia de series, conjuntos. La serie abre la posibilidad de forjar conceptos y definiciones, los cuales poseen por fuerza un alcance general. Un concepto válido para una sola y única situación no es un concepto, sino apenas un comentario.

En la temática que nos convoca, intentar comprender en una familia particular la modalidad de apego que está principalmente presente en la relación vincular e intentar identificar indicadores de dificultades y de factores protectores con relación al vínculo, puede orientar la intervención si se intenta descubrir la modalidad de apego particular que se establece en esa familia, y se evita encasillarla en un diagnóstico, en una categoría. Esto implica realizar un trabajo riguroso por intentar comprender lo que allí está sucediendo.

Esto nos remite al segundo principio clínico: la preocupación por lo concreto.

“Lo concreto es aquí punto de partida y punto de llegada. [...] El punto de llegada es el punto de partida rectificado en todo o en parte; es el comienzo convertido en resultado. De lo contrario, no hay explicación, no hay toma de distancia, no hay desprendimiento, sino solo un comentario, una tautología que repite en la llegada lo que se sabía desde la partida y que continúa dejando en la oscuridad aquello que se ignoraba desde el principio. [...] No se trata de un círculo, sino de una espiral. Esto es lo que denomino ‘labor de deconstrucción’”. (Karsz, 2007)

En la clínica se desafía a los profesionales a cuestionar si las anécdotas que cuentan (los datos) se pueden entender de otra manera; es decir, si se pueden insertar en relatos diferentes, y entonces sí pueden decir algo distinto a lo que se venía afirmando.

Una consecuencia de lo anterior es reconocer la importancia de no apurar la interpretación de lo que ocurre en una familia, ya que rápidamente aparecen categorías que le dan un cierto sentido a los comportamientos, datos y anécdotas familiares. Fácilmente nos encontramos en categorías comunes como “buena madre”, “mala madre”, “padres con dificultades”. Estas categorías –señala Karsz– son altamente ideológicas, *“el interés por una ideología es justamente deslizarse en el sentido común”*.

Hablar solamente de dificultades en los vínculos de apego implica que habría vínculos posibles sin dificultades, hablar de padres con dificultades convoca de la misma manera a pensar en padres que no tienen dificultades para criar a sus hijos. Esos padres no son reales, no existen.

La intervención con familias para el fortalecimiento de vínculos –si no se toman una serie de recaudos teóricos y metodológicos– puede incluir la idea de que existen vínculos ideales, vínculos correctos e incorrectos. Esto implicaría –entre otras cosas– que el profesional es la persona supuestamente capacitada para entender qué sería lo correcto y lo incorrecto en los vínculos, y se colocaría a la familia (sujeto) en lugar de objeto.

Estas reflexiones no le quitan validez a aquellos aportes teóricos que sostienen la importancia de considerar que ciertas pautas de crianza (como el establecimiento de rutinas, la importancia de diferenciar lugares para adultos y niños, la importancia de la lactancia materna, el establecimiento de límites oportunos) ayudan a la estructuración psíquica de los niños¹⁰.

Sin embargo, al considerar el primer principio clínico de Karsz *“uno por uno”*, lo que se logra es cuestionar la ilusión según la cual esas pautas son directamente aplicables a cualquier caso que se analiza. *“Esa regularidad que la teoría aporta como algo esperable, deseable en la familia, es valorada como orientación, pero se invita a postergar el momento en que la familia concreta es negativamente valorada por no cumplir con la regla”* (Lobos y otros, 2010).

En este sentido, podemos decir que la tensión que venimos desarrollando incluye otra tensión que podemos

nombrar como: **definir desde afuera lo que la familia debería hacer – aportar a construir con el otro el problema y las alternativas de solución**. En el primer caso, nos aproximamos a reducir al sujeto como un objeto, a entender que hay un solo camino posible que debe ser transitado y, en parte, a culpabilizar al sujeto por no lograr alcanzar la solución.

Si en cambio, tomamos en cuenta al otro, lo estaremos acompañando para que se interrogue sobre su vida y, desde sus posibilidades, vislumbre caminos accesibles.

Al decir de Karsz (2007), *“En la toma en cuenta, no le corresponde al profesional otorgar un lugar semejante (‘hacer nacer su deseo’; ‘darle un lugar de sujeto’), sino reconocer el lugar que los sujetos ya ocupan, con o sin su beneplácito [...]. Un trabajo de acompañamiento, más que de guía, de indicación de vías posibles, más que de educación en pos de horizontes inexorables. Se trata de instalar balizas. Se trata de dejar que la gente se organice: en su cabeza, en su casa, en el mundo [...]. La toma en cuenta es un hallazgo, una intervención, una experiencia. ... al inventar estas vías, el trabajo social contribuye a consolidar las tendencias democráticas en las sociedades contemporáneas”*.

Para concluir, queremos resaltar la importancia de que la intervención con familias sea analizada, reflexionada y discutida colectivamente, para que, en el camino, se busque alejarse de categorías como: vínculo ideal, madre ideal, “la” familia, y demás estereotipos establecidos.

10. Temas que serán profundizados en el Capítulo 3 de este libro.



El fortalecimiento de los vínculos primarios en el trabajo con familias. Nuestra experiencia

Las familias particulares que participan de la experiencia

De qué hablamos cuando hablamos de familia

Es difícil encontrar un concepto de familia que permita realizar generalizaciones y, de todas formas, lograr un concepto totalizador no nos serviría para poder comprenderla.

Como expresa Jelín (1996), un concepto clásico de familia la concibe como: *“la institución social ligada a la sexualidad y a la procreación, que regula, canaliza y confiere significado social y cultural a las necesidades de sus miembros, constituyendo un espacio de convivencia cotidiana, el hogar, con una economía compartida y una domesticidad colectiva”*.

Esta autora explica que distintas sociedades, con organizaciones sociopolíticas y estructuras productivas diversas, han ido conformando organizaciones familiares y de parentesco muy variadas. Sin embargo, toda esta heterogeneidad cultural tiene algo en común: se trata siempre de cómo se organizan la convivencia, la sexualidad y la procreación.

Afirma Jelín: *“La familia es una institución social, creada y transformada por hombres y mujeres en su accionar cotidiano, individual y colectivo. Su universalidad reside en algunas funciones y tareas que deben ser realizadas en toda sociedad. El cómo y por quién se llevan a cabo, las formas de organización de los agentes sociales, los entornos y las formas de la familia son múltiples y variables. Esta variación no es azarosa ni se halla puramente ligada a diferencias ‘culturales’: hay potentes procesos de cambio social, económico, tecnológico y político de los cuales forman parte las transformaciones en la familia”*.

Vivimos en un mundo en el que las tres dimensiones que conforman la definición clásica de familia (la sexuali-

dad, la procreación, la convivencia) han sufrido enormes transformaciones y han evolucionado en direcciones divergentes. El matrimonio heterosexual monogámico ha perdido el monopolio de la sexualidad legítima y la procreación y el cuidado de los hijos no siempre ocurren bajo un mismo techo, con convivencia cotidiana.

Lo que tenemos en curso es una creciente multiplicidad de formas de familia y de convivencia.

Barg (2003) concibe que es en las funciones históricas asignadas a la familia 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 con 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 personas del mismo sexo, las que conviven o las que tienen uno de sus miembros en otro país, etc.

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”*.

En los últimos años, se vienen produciendo transformaciones por el acceso de 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 car-

gos 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 de maternidad.

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.

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. 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 consideramos que sea natural que una mujer desee tener un hijo. Una vez establecido ese deseo, hay formas diversas de hacerlo cumplir.

No existe “la” familia, sino diferentes formas de vivir en familia

Existe un amplio consenso entre los científicos sociales de la Argentina acerca de la ausencia de investigaciones sobre la estructura y dinámica cotidiana de la familia.

Observaremos en este apartado qué tipo de conformaciones familiares se establecen en las familias particulares con las que se trabajó en las distintas etapas del proyecto.

Si analizamos los modos de vivir en familia desde las variables utilizadas por el Censo de Población, podemos decir que –en el proyecto del período 2006/2007– de las 28 familias a las cuales se les realizó una ficha personal,¹¹ tres de ellas habitan en viviendas colectivas¹² y 25, en hogares particulares; en el proyecto del período 2008/2009 de las 36 familias a las cuales se les realizó una ficha personal,

11. La Ficha Personal es un instrumento de registro que incluye información de la familia con la que se trabaja. Más datos sobre esta se desarrollan en el Capítulo 1.

12. Los hogares colectivos son los que habitan viviendas colectivas (hoteles, pensiones hospitalares, cárceles). Y los hogares particulares se clasifican en: unipersonales (una sola persona) y multipersonales (2 o más personas).

tres habitan en viviendas colectivas y 33, en hogares particulares. En síntesis, entre el 8% y el 10% de las familias con las que se trabajó habitan en viviendas colectivas.

Por otra parte, en el proyecto del período 2006/2007 en 20 familias (71%) existe la presencia de ambos cónyuges con hijos solteros; es decir, que son núcleos conyugales primarios completos y ocho (29%) son familias monoparentales; es decir, que tienen un núcleo conyugal primario incompleto, uno de los progenitores y los hijos solteros. En la muestra realizada en el proyecto 2008/2009, 22 familias (61%) son núcleos conyugales primarios completos y 14 (39%) son familias monoparentales. En el proyecto de 2010-2011, de un total de 62 familias, 55 son núcleos conyugales primarios completos, lo que representa el 89%, y ocho son familias monoparentales, lo que representa el 11% de la muestra.

En las muestras de los tres proyectos desarrollados, los hogares monoparentales están formados en su totalidad por una madre sola con sus hijos. Estos porcentajes son un reflejo de la tendencia en Argentina, donde la familia nuclear es la forma de residencia más habitual.

Las autoras Wainerman y Gelstein (1996) afirman que en el censo de 1991 la familia nuclear es la forma de coresidencia más generalizada, representa al 75% de todas las familias del país y su presencia en las últimas décadas se ha incrementado en detrimento de la familia extensa o compuesta.

Los hogares monoparentales, si bien son poco frecuentes en relación con otros tipos de hogares (el 10% según el censo de 1991), constituyen la forma de vivir que más se expandió en la última década. Los hogares monoparentales están formados, en su mayoría, por una madre sola con sus hijos (77% en 1991) y, con mucha menor frecuencia, por un padre en igual situación (23% en el mismo año). Entre los más pobres, la monoparentalidad masculina es casi inexistente. Dentro de la creciente multiplicidad de formas de vivir en familia, los hogares monoparentales ocupan un lugar relevante en los sectores pobres.

Dentro de los núcleos conyugales (completos o incompletos), se distinguen las categorías de familia nuclear, familia extensa y familia compuesta.

En la muestra del estudio realizado en el período 2006/2007, hay 14 familias nucleares (una pareja sola o una pareja con hijos solteros), lo que representa 39%, y 22 familias extensas (familia nuclear donde además hay pariente no nuclear), lo que representa el 61%.

Durante el relevamiento de 2008/2009, existieron 18 familias nucleares (64%), 9 familias extensas (32%) y 1 familia compuesta (familia nuclear o familia extensa donde además hay no parientes), lo que representa el 3%. En el estudio realizado en los años 2010/2011, de las 62 familias incluidas, 40 son familias nucleares (65%) y 22 son familias extensas (35%).

Con relación a la cantidad de hijos que tienen las familias, en el proyecto de 2006/2007: una familia tiene 6 hijos, dos familias tienen 4 hijos, seis familias tienen 3 hijos, seis familias tienen 2 hijos (de las cuales en dos de ellas hay hijos mellizos) y 21 familias tienen 1 hijo.

Los datos que se extrajeron del estudio de 2008/2009 son: una familia tiene 7 hijos, otra tiene 4 hijos, siete familias tienen 3 hijos, cinco familias tienen 2 hijos (de las cuales en dos de ellas hay hijos mellizos) y 14 familias tienen 1 hijo.

Por último, en que se realizó durante el período 2010/2011, una familia tiene 8 hijos, otra familia tiene 7 hijos, una familia tiene 6 hijos, una tiene 5 hijos, cuatro familias tienen 5 hijos, ocho tienen 3 hijos, 12 familias tienen dos hijos y 33 familias tienen 1 hijo.

Se puede afirmar que la mayoría de las familias que asisten al consultorio de vínculo temprano tienen un solo hijo, son padres primerizos. El 75% en los años 2006/2007, 39% en el período 2008/2009 y 53% en el de 2010/2011.

La vida cotidiana transcurre en un contexto de pobreza

Las dificultades en el establecimiento del vínculo temprano no son privativas de ninguna clase social particular. Todas las familias –más allá de su clase social y conformación– tienen dificultades en sus vínculos y relaciones, aunque no todas tienen las mismas dificultades ni se dan en el mismo grado.

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.

Con relación a la situación económica de las familias con las que se trabajó durante el período 2006/2007, la totalidad de las madres que trabajan (6 mujeres) realizan tareas en servicio doméstico. A alguna de estas madres, la “patrona” les permite llevar a sus hijos al trabajo. En la muestra del período 2008/2009, 11 mujeres trabajan: 2 realizan trabajos rurales temporarios, 1 trabaja en un frigorífico, 5 en servicio doméstico, 1 es costurera, 2 trabajan en su emprendimiento familiar y otra en una verdulería.

Respecto de la situación laboral de los padres relevados en el año 2006/2007, 12 de ellos –la mayoría– tienen trabajos precarios e inestables (changas en la construcción, vendedor ambulante, hornos de ladrillo, changas de pintor, ayudante en taller mecánico, trabajos de temporada en fábrica de aceitunas), 1 de ellos se encuentra desocupado y 5 tienen trabajos estables aunque de bajos ingresos (trabajo en mueblería, seguridad en un hospital, administrativo en un hospital, camionero y servicios de seguridad privada). En la muestra del proyecto 2008/2009, 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 y 1 es vendedor ambulante. La mayoría de las familias con las que trabajamos tienen trabajo informal y precario.

Según la muestra relevada en el proyecto 2008/2009, la cantidad de miembros que trabajan en el hogar se distribuye así: en 13 hogares, trabaja una sola persona; en 10 hogares, trabajan dos personas; en 3 trabajan tres personas; en 4 hogares no trabaja ningún miembro de la familia y sobre 3 hogares no se conoce esta información.

La situación habitacional de las familias relevadas en los años 2006/2007 es la siguiente: 6 familias habitan en viviendas precarias (en villas inestables, puestos rurales u ocupan viviendas sin servicios básicos), 3 familias habitan en pensiones (viven en una habitación y comparten el baño y la cocina con los otros inquilinos), 11 viven en

viviendas prestadas por algún familiar, 3 familias alquilan una vivienda o una habitación de una vivienda y solo una familia vive en una de su propiedad. Para 4 familias no se cuenta con información sobre su situación habitacional.

En la muestra del período 2008/2009, 10 familias habitan en viviendas precarias.

Vivir en una “vivienda prestada” implica –en algunos de los casos– compartirla con otros miembros de la familia extensa. El deterioro en las condiciones de vida de los hogares indujo a muchas parejas a convivir con los padres de alguno de los cónyuges o a uno de los padres a incorporarse al hogar de sus hijos; es decir que el hacinamiento de hogares aparece como una estrategia de alojamiento habitacional en un entorno de pobreza.

La mayoría de las familias viven en condiciones de hacinamiento por hogar (más de un hogar en una vivienda) y hacinamiento por cuarto (más de dos personas por cuarto). En la muestra de 2008/2009, 18 familias viven en hacinamiento por cuarto de un total de 36 familias, es decir el 50%.

El hacinamiento puede producir 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).

En cuanto a la situación educativa de las madres, en la muestra del período 2006/2007, 3 tienen primaria incompleta, 6 primaria completa, 3 secundaria incompleta y 2 secundaria completa. Del resto no se tiene información. Esto da cuenta de que el nivel educativo formal máximo alcanzado es bajo.

La totalidad de los niños que se encuentra en edad escolar asiste al sistema formal de educación. Algunas familias no conocen la oferta de los jardines maternos públicos que existe en la zona.

Todas las familias incluidas en el proyecto recurren a los servicios públicos de salud y educación.

La mayoría asiste periódicamente al centro de salud y al Hospital de Niños Humberto Notti. Este funciona desde el año 1992, es el único hospital público y de mayor complejidad, de esta especialidad, en la Región del Nuevo Cuyo y forma parte de la red provincial de salud.

En general, conocen los servicios que estas instituciones ofrecen y la dinámica para su acceso (sistema de turnos, entrega de leche y de programas alimentarios, servicios especiales).

En reiteradas ocasiones, algunas familias expresan disconformidad por la atención que reciben en alguna de estas instituciones: malos tratos, largas esperas, mala atención, frecuentes paros. En cambio, otras familias expresan conformidad y unas cuantas cierta naturalización de su condición de “pacientes asistidos”.

Venir desde lejos: familias que llegan desde países limítrofes

Mendoza es una provincia que recibe numerosa población de países limítrofes. Algunas familias vienen a trabajar en temporadas de cosecha y luego se vuelven a sus países; en cambio, otras vienen para quedarse. Realizan trabajos en condiciones muy precarias y aceptan menores remuneraciones.

En cuanto al país de origen de las familias en el período 2006/2007, 9 de ellas provienen de países limítrofes: de Perú y de Bolivia. Es decir que el 32% son familias migrantes que llegaron a la Argentina en búsqueda de un mejor pasar.

Estas familias habitan en viviendas muy precarias y sin servicios básicos (en su mayoría, en pensiones y hornos de ladrillo) y tienen trabajos precarios e informales.

En algunas oportunidades, expresan que se sienten discriminados y que para ellos ganarse la vida aquí es más difícil, sin embargo no quieren volver a su país de origen y refieren que aquí viven mejor.

La maternidad

Las mujeres con quienes trabajamos en el proyecto tienen un rol fundamental en el cuidado de los hijos y en la

dinámica cotidiana. Administran los recursos del hogar, son las responsables de preparar los alimentos, de realizar el resto de las tareas domésticas (lavado, planchado, limpieza) y son quienes se encargan de los cuidados corporales cotidianos de sus hijos: cambian los pañales, bañan, visten y alimentan a sus hijos.

Las madres además asumen –casi exclusivamente– la responsabilidad de realizar los controles de salud de sus hijos y de enviarlos y acompañarlos al jardín maternal o a la escuela.

Si bien algunas mujeres destacan que no reciben colaboración de los padres para realizar tareas domésticas y cuidar a los hijos, esto lo viven con naturalidad. Para muchas de ellas es obvio y natural que sean las únicas responsables.

En general intentan responder a lo que llamamos el “ideal maternal tradicional”.

Cuando se les ha preguntado qué es ser madres responden: “cuidarlos”, “llevarlos al médico”, “saberlos tratar”, “contenerlos”, “demostrarles afecto”, “que ellos vean que alguien los quiere”, “aconsejarlos”, “decirles qué está bien, qué está mal”, “protegerlos” o “soy cariñosa”, “no lo obligo, le hablo, trato de estar con él”, “estoy pendiente de la salud de ellos, de la comida, de que no estén sucios”, “soy dulce”.

Esta incondicionalidad que les es exigida –y que es asumida por ellas– como mandato cultural, se traduce en la postergación de proyectos propios, deseos y capacidades. “Me gustaría trabajar pero con ellos no puedo”, “y... estoy todo el día con ellos, qué voy a hacer”.

Con relación al embarazo, en la muestra del período 2006/2007 solo 8 son embarazos buscados y 16 son no buscados (no se tiene información sobre 4 embarazos). Esto manifiesta la necesidad de profundizar en las intervenciones las temáticas de salud sexual y reproductiva, y evidencia la naturalidad con la que es vivida la maternidad.

La mayoría de las madres no realizan trabajos extra domésticos (17 mujeres) y se dedican exclusivamente al cuidado de los hijos y del hogar (años 2006/2007).

Ser madre y ser adolescente

En Mendoza el promedio de edad de las embarazadas adolescentes es de 15 años, y coincide prácticamente con el comienzo de las relaciones sexuales.¹³

Del total de las madres incluidas en el proyecto 2006/2007, 9 son madres adolescentes (lo que representa el 32%). En el proyecto 2008/2009, 8 madres son adolescentes, lo que significa el 25% de la muestra. En el período 2010/2011, son 16 las madres adolescentes (26%).

En el estudio del año 2006/2007, uno de los embarazos es producto de una violación, solo un embarazo es buscado y algunos de ellos fueron ocultados los primeros meses a la familia de origen. Algunas de las ideas que más se manifiestan son: “Tenía miedo de decir que estaba embarazada”, “mi mamá se puso muy mal porque yo era chica”. En el proyecto del año 2008/2009, cuatro adolescentes no buscaban quedar embarazadas.

En el estudio del año 2006/2007, tres adolescentes se enteraron de que estaban embarazadas durante el 5º mes.

Cuando indagamos la reacción que tuvieron ellas 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: “No quería vivir. No pensé en dejarlo. Tenía miedo de rechazarlo. Pero ahora lo quiero un montón” (J. se enteró de que estaba embarazada cuando estaba de 5 meses. El embarazo fue producto de una violación). Otra, que “tenía miedo de que mi abuela me obligara a abortar”. También: “Me sentí bien, era lo que queríamos”.

En cuanto a la relación entre la maternidad y la escolarización de las adolescentes, en la muestra del período 2008/2009 puede observarse que quienes continuaron los estudios lo lograron apoyadas por su entorno familiar y la comunidad educativa. Asistir a la escuela es, en estos casos, un proyecto priorizado para estas adolescentes antes de la noticia del embarazo.

13. Encuesta realizada por la Dirección de Maternidad e Infancia entre mayo y noviembre de 2006. *Diario Los Andes*, 13 de mayo de 2007.

J. está terminando el polimodal con mucho esfuerzo. Asistía a la escuela antes del embarazo y continuó asistiendo durante el mismo. J. se ha sentido muy apoyada por la comunidad educativa y también por su mamá, quien cuida de su hijo cuando ella está en la escuela.

Otra mamá adolescente, M., también asistía a la escuela antes del embarazo y comenta que continúa con sus estudios secundarios. Cursa de mañana y es el abuelo materno quien se encarga de cuidar a su hijo hasta que regresa.

En el proyecto de 2006/2007, solo una adolescente estudiaba.

Si consideramos con quién conviven los hijos de estas mamás adolescentes, en el período 2006/2007 seis niños lo hacen con sus madres y sus abuelos, y tres niños conviven con ambos padres. En 2008/2009, 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, y 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 del año 2008/2009 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.

En el estudio del período 2006/2007, cuatro mamás adolescentes no siguen en pareja con el padre del hijo. A una de ellas, el novio la abandonó cuando se enteró del embarazo: "Cuando yo le dije que estaba embarazada de dos meses, se fue a Bolivia", nos cuenta.

Algunas de las adolescentes refieren que se sintieron maltratadas al momento del parto por su condición de adolescentes: "Éramos 8 en una habitación (pariendo), todas adolescentes, y a ninguna la dejaron que se quedara la madre".

Cuando el embarazo ocurre en la etapa de la adolescencia, suelen ser central para esta mamá las posibles reacciones de su entorno familiar ante la noticia, principalmente la reacción de sus propios padres.

Si bien algunas mamás expresan que en un primer momento ocultaron el embarazo a sus padres, en su mayoría afirman que reciben apoyo de su familia y que ésta acepta y quiere a su hijo. "Están todos re babosos", "mi mamá lo cuida mientras voy a la escuela", "lo baño con mi mamá, mi mamá me enseñó a bañarlo", "lo quieren mucho porque es el primerito", "lo cuidan mucho en la casa", "hacen fila para alzarlo", son algunos de sus comentarios. También que... "a la familia le costó un poco, pero lo aceptaron". O "No se enteraron hasta que nació G."

En relación con los controles prenatales y la existencia de riesgos de salud en estos embarazos, podemos afirmar que todos los niños de la muestra nacieron biológicamente sanos.

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.

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 del lugar que ocupan los abuelos maternos o paternos.

1. Tienen mayor poder que la mamá/el papá 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".

Algunas de estas modalidades fueron observadas en los Consultorios de Vínculo Temprano. 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, apa-

recen confusiones respecto de la posición del niño en el grupo familiar.

Esto puede observarse en una de las díadas incluidas en el proyecto, 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, y deja a su hija en un segundo plano. La mamá adolescente, a quien llamaremos N., 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 del fortalecimiento del vínculo, es la abuela quien responde: “no nos hace falta... yo le enseño a mi hija”. N. 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 las 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 y permite que sea la propia madre la que se haga responsable del hijo.

Aunque actualmente E. (una mamá adolescente incluida en el proyecto) no convive con su grupo familiar de origen, es destacable 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 A.

El papá adolescente

Cuando fue posible, el Equipo de Vínculo Temprano promovió aspectos que favorecieran la crianza compartida entre ambos padres (no sólo en el caso de padres adolescentes). 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.

El Equipo le propuso a C. (una mamá adolescente incluida en el proyecto) que invitara al papá a la consulta, ya que él inicialmente no asistía. Él aceptó concurrir y comenzó a participar activamente en las consultas, esto permitió abrir el espacio para que ambos dialoguen

sobre la importancia de que M. duerma en su propia cama y sobre la llegada de un nuevo bebé.

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.

Darnos cuenta de los modos en que se puede ser madre o 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 y únicos responsables de la crianza del niño.

La paternidad

Relación de los hijos con el padre que no vive en el hogar

Considerando el estudio del período 2006/2007, en los casos en que los padres no viven con los hijos, 2 los visitan, 2 los visitan con poca frecuencia y no colaboran con la cuota alimentaria, y 3 de ellos no ven a sus hijos, abandonaron a sus parejas al enterarse del embarazo. Las madres nos cuentan que “los visita de vez en cuando”. “No colabora con los gastos”. “Es violento”. Otras, “Cuando se enteró que estaba embarazada se fue”. “Al padre lo ve una vez a la semana una hora y media”. “Viene a la casa de nosotros”. “Ella (la hija) lo sigue a él, eso que ni lo conoce, no ha estado mucho con él. Los otros chicos no salen ni a comprar con él”.

También, explican: “A los tres meses de nacido I. se fue el papá”. “El siempre fue callejero”. “No le da bolilla al papá. Él se la buscó, se fue sin conocerlo casi”.

Relación de los hijos con el padre en las familias nucleares

En muchas entrevistas, se asocia el padre a lo estricto, a la poca paciencia y a lo poco colaborativo. En otras se expresa simplemente que la relación es “buena”.

Los padres con los que se trabaja en el proyecto 2006/2007 se responsabilizan escasamente de los controles médicos de sus hijos. Sólo un papá asiste periódicamente a la consulta pediátrica. Otro padre asiste al centro de salud pero no entra a la consulta. Es minoritario el número de padres que participa en los talleres de embarazo y preparación para el parto.

Existe un mayor consenso acerca de la necesidad de que exista responsabilidad compartida entre varones y mujeres en las tareas del hogar y el cuidado de los hijos. Sin embargo, en los sectores populares prevalece la figura de madre-esposa-cuidadora de los niños y del hogar y la figura de padre proveedor "atendido por su esposa e hijos".

Temáticas trabajadas en las intervenciones con familias para el fortalecimiento del vínculo temprano

El lugar del niño en la familia

Entendemos que la familia como institución es una construcción social, la cual se encuentra en continuo movimiento. También ha ido cambiando a lo largo de la historia la mirada sobre la infancia; de hecho, hasta el siglo XVII, no fue tenida en cuenta como etapa de desarrollo.

Cada niño ocupa un lugar particular y único en su familia, el que, a su vez, lo determina. Los padres colocan al niño en relación con 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 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 sobre la base de identificaciones, que se diferencian en:

Identificaciones Primarias: 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.

En las intervenciones, buscamos tener en cuenta la lógica de lo particular, de lo propio y único para cada niño, para cada mujer y para cada hombre.

Posición materna y Función paterna

El bebé, al nacer, es alojado en una trama simbólica, se le da un nombre y tiene un lugar con relación a otros; este lugar le hace entrar en el orden de la filiación. En toda cultura hay relaciones que forman una estructura que subyace y que da un orden al tejido social. Es decir, que podemos pensar que en el origen de todo sujeto, hay relaciones, vínculos.

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

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.

Así, 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; de esta manera, posibilita tanto la constitución como la complejización del psiquismo humano.

A partir de estos intercambios, el llanto cobrará la función de la comunicación, comenzará a ejercer 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 su

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, entre otros.

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.

El bebé 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 en 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, se la denomina “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 la mamá saben qué le pasa al bebé y que lo irán aprendiendo, mientras se apoyan en los referentes de la cultura.

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 inclusión del tercero puede ser facilitada o impedida por la posición materna.

La operatoria de la función paterna produce un corte, un límite. Posibilita la salida del bebé de la simbiosis con la madre, la ampliación de su mundo social y la inscripción de los límites. 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 para generarle posibilidades de desarrollo.

Un niño pequeño 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.

El establecimiento de cierta rutina es un primer orden para el bebé, 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 darles a los hijos un marco de seguridad para su adecuado desarrollo.

Cuando existen límites claros en el marco familiar, el niño puede ser más autónomo, ya que sabe qué se puede hacer y qué no se puede hacer, no depende tanto de ellos. Rotenberg (2007) 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”*.

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. Poder decir que “no” en el momento correcto ayuda al hijo, lo tranquiliza.

El Equipo del Proyecto “Desarrollo y Fortalecimiento del Vínculo Temprano” busca fortalecer estas funciones cuando se encuentran debilitadas, y prevenir, así, posteriores problemáticas de salud mental.

Los cuidados en la primera infancia. El lugar del adulto

Los cuestionamientos en relación con la crianza de los niños pequeños existen y existieron desde tiempos remotos y presentan particularidades de acuerdo con cada cultura. 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 niño, desde su nacimiento, cuenta con una estructura genética, biológica y funcional que le permite crecer, madurar y desarrollarse, física, psíquica y socialmente. Esto se produce con una gran intensidad durante los tres primeros años de vida; por ello, es una etapa fundamental en el posterior desarrollo de la persona.

Al inicio, el bebé no puede diferenciar su cuerpo y las partes de éste, de su madre y de los objetos que lo rodean; es decir que no establece diferencia entre él y los otros. Poco a poco, debido a la reiteración de los movimientos y de las sensaciones, podrá ir diferenciando aquello que no proviene de su cuerpo, e irá tomando conciencia de lo que es de sí y de lo que está afuera.

Los estudios de Pikler (1985) sobre el desarrollo postural autónomo nos revelan que se produce con la misma regularidad en todos los niños, pero no con la misma calidad. La autora afirma que el modo en que éste se lleve a cabo tendrá incidencia en la constitución psíquica.

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. También necesita que le provea de los espacios suficientes para desarrollar sus actividades a su tiempo y a su ritmo, de acuerdo con su nivel de desarrollo.

El vínculo primario que el adulto establece con el niño permite cumplir con estas funciones. Además, el vínculo permite la tarea que Chokler (1988) denomina de "filtraje"; es decir que el adulto tiene la capacidad para filtrar los estímulos invasores, nocivos, que el bebé no puede metabolizar o asimilar (gritos, luz intensa, manipulaciones constantes, entre otros).

El niño construye su subjetividad a partir del otro, a partir de la mirada del otro, a partir del espejo que el otro

le devuelve sobre sus acciones. Sin la presencia aseguradora del adulto, el niño se angustia y sus acciones se bloquean.

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

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 decidir, con un mínimo control de la situación que se basa 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.

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

Los cuidados cotidianos

Los cuidados cotidianos son momentos privilegiados de interacción entre el niño y el adulto cuidador, por lo que son centrales en el establecimiento y fortalecimiento del vínculo temprano. Estos momentos incluyen: comida, bañado y cambiado, sueño, momentos de traslado y de juego.

El sostén ocupa un lugar fundamental para el bebé. Es sustancial ofrecer al recién nacido el mayor bienestar posible porque son sus primeras experiencias corporales y si el sentimiento es de bienestar, se encontrará confiado para la próxima vez. Es importante recordar que, en este momento, está constituyendo la primerísima representación de sí mismo.

Cuando el bebé es alzado, es necesario darle el mayor sostén corporal posible, evitando que la cabeza caiga hacia atrás. Es conveniente también obviar los movimientos bruscos, ya que generan mucha inestabilidad y sensación de miedo. Es preferible también que, durante los primeros días, no haya tanta visita para que ambos –

niño y mamá— puedan conocerse. Es fundamental evitar que el niño sea alzado por diferentes personas: el bebé todavía no conoce bien los brazos de su mamá y no necesita confundirse con otros brazos.

Resulta significativo recordar que a través de los cuidados cotidianos, se construye la seguridad afectiva y postural del niño.

El baño y el cambiado son momentos de intensa comunicación entre el bebé y el adulto, y de conocimiento por parte del niño de su cuerpo y del entorno. Explicarle qué es lo que se le va hacer posibilita que el niño pueda prepararse y participar activamente.

Con relación al momento del baño, hay niños que disfrutan del agua y otros que no. La mamá irá conociendo a su hijo y podrá efectuar un baño largo o uno 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 comprenderá que se encuentra frente a una madre que puede escucharlo.

Respecto del sueño, si el niño está tranquilo, encontrará más rápidamente el ritmo de sueño y vigilia, lo cual no sólo es importante para él, sino también para la madre: si descansa, estará más disponible y menos irritable para su bebé.

En los primeros meses, la ayuda del papá, algún otro miembro de la familia o amigos es de gran utilidad para permitir que la mamá pueda descansar si la alivian de tareas de la casa.

Se sugiere que los niños tengan un lugar donde dormir solos desde muy pequeños porque, si bien necesitan el contacto con la madre, también necesitan poder organizar sus sensaciones, que en esta época se confunden con las de ella.

Si desde muy pequeños 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. De este modo, se van construyendo espacios diferenciados de contacto, de cuidados (baño, cambiado) y de juego durante los momentos en que el niño está despierto.

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 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” (Rivero Pérez, 2005).

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 y el adulto debe respetar sus procesos de exploración, descubrimiento y experimentación.

En los momentos de juego, el niño pequeño necesitará tener 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 le brinde la seguridad física; es decir, que disponga de los objetos y espacios necesarios para que él pueda jugar, de acuerdo con su nivel de desarrollo y con sus capacidades.

En relación con los juguetes, es importante destacar que los objetos que se les ofrezcan a los niños deben ser 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.

Los niños convierten en juguete cualquier objeto: lo convierten en eso que desean, le dan sonido, le ponen palabras. Si bien hay juguetes universales, el interés que despiertan en los niños es diferente y eso se debe a las particularidades de cada uno.

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

Desde la medicina y la nutrición se considera a la alimentación predominantemente desde el orden de lo

biológico y se la ve sólo como un asunto de nutrientes, minerales, vitaminas y grupos de alimentos. Como equipo, consideramos el momento de la alimentación como fundante del vínculo entre la mamá y el bebé. La comida no sólo alimenta el cuerpo, sino que el momento de la alimentación tiene además profundos significados sociales, culturales y psicológicos.

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 estatus y se constituye en lugar de diferenciación entre clases y grupos sociales. La comida habla de quiénes somos y de nuestra sociedad.

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. La pobreza, la alimentación, la desnutrición deberían analizarse desde su dimensión histórica, haciendo referencia a los contextos sociales y simbólicos en que se inscriben.

La alimentación se encuentra, desde el nacimiento, ligada al vínculo temprano. Esto es así debido a la indefensión y prematuridad con que nace el ser humano, que hace necesario el vínculo para sobrevivir. En ese 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. Así, el pecho, la mamadera o el alimento van a ser aceptados y disfrutados por el bebé o niño, o por el contrario, rechazados, dependiendo –entre otras cosas– de la calidad del vínculo que haya establecido con su mamá o quien la sustituya.

La lactancia como fortalecedora y organizadora del vínculo

La lactancia fortalece y organiza el vínculo temprano. 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 amamantamiento es un contacto muy íntimo, que permite un acercamiento único, una mirada justo a la distancia óptima, llena al bebé de olores, lo rodea del brazo materno. 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, lo que puede hacerse con una 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.

Durante los primeros meses de vida, será importante que lo alimente principalmente su mamá. Como afirma Chantal de Truchis (2003), 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. Quien ocupe la función paterna, tendrá un lugar central de sostén y soporte de este vínculo.

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 que implica una comunicación diferente con el bebé, para que el niño cambie progresivamente su forma de alimentarse. Cuando se introduzcan las comidas, será importante respetar las iniciativas que tenga el bebé, que 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.

Es muy significativo 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.

La díada madre-hijo: intervenciones en una familia particular (M.-P.)¹⁴

En el presente apartado, a partir del seguimiento que se realizó con una familia en un Consultorio de Vínculo Temprano, desarrollaremos las temáticas trabajadas desde el equipo y las estrategias de intervención puestas en práctica. El objetivo es mostrar cómo interaccionan –en una situación particular– los marcos conceptuales, los vínculos, la metodología de trabajo, las lógicas de intervención y las prácticas institucionales.

La familia y la intervención

Grupo familiar conviviente:

Mamá: M., 30 años
 Papá: C., 29 años
 Hijos de M. y C.: P., 4 años y J., 2 años
 Hijos de M.: A., 11 años y L., 8 años
 Hermano de M.: D., 28 años

Inicio del contacto con la familia

La pediatra del centro de salud, quien atiende desde pequeños a los dos hijos menores de la familia, expresa al Equipo de Vínculo Temprano y al Servicio de Trabajo Social, la necesidad de intervenir en la familia por reiterados reclamos de la abuela.

La pediatra comenta que con frecuencia la abuela materna la llama y la visita para consultarle sobre la salud de P. y le dice que M. “no es una buena madre”, que es descuidada con sus hijos. Relata diversas anécdotas en las que expresa que P. está en riesgo.

Se hacen entrevistas con M. en interacción con su hijo P., y se decide la inclusión en el proyecto. Los principales indicadores de riesgo son el bajo peso de P. y la dificultad

de los padres para incluirlo en las rutinas instituidas para los hermanos.

Fragmentos de relatos de las entrevistas

Se presentan a continuación algunos fragmentos significativos de las entrevistas realizadas con los padres y abuelos de P.

La abuela establece una relación particularmente estrecha con P. Si bien la mamá expresa malestar frente a esto, no se observan conductas que tiendan a ponerle límites a la abuela con relación a sus “excesos” con P. Afirma la mamá: “yo le digo (a la abuela) que lo traiga, 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 P. 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, él dice ‘A’ y ella ya lo alza”.

Aunque le produce cierto malestar, la mamá reconoce que en muchas ocasiones el hecho de que la abuela se lleve a P. “la alivia un rato”, ya que tiene “otros tres hijos para cuidar”. Dice M. en referencia a la abuela: “si fuera por ella, lo tendría (a P.) ahí, en la casa de ella”.

Sostiene M. que C. prefiere muchas veces que esté con los abuelos. El papá explica: “en la casa aprende cosas malas de los hermanos más grandes: malas palabras, caprichos”.

En las entrevistas que se mantienen con los abuelos, cuando se indaga por la relación que ellos tienen con sus nietos, responden siempre por P.

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”.

Afirma la abuela: “P. duerme con nosotros porque ellos no tienen ventilador y al nene le da calor”; “cuando está con nosotros, está limpito, bañadito”; “¿quién cree que los baña antes de la consulta?, ¡yo!, sino, vendrían mugrientos a verla a Ud. (refiriéndose a la pediatra)”.

14. Para preservar la identidad del niño y su grupo familiar, los nombres han sido cambiados y consignados en letra inicial, como así también otros datos. Las edades son aproximadas.

Agrega: "Se olvidan de darle de comer. A veces se la pasa 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".

El abuelo comenta que en la habitación de ellos hay una cama para P. Cuenta que en su casa el niño tiene ropa y cosas de él. Afirmar también que le dice "mamá" a la abuela. Es destacable que estas cosas no suceden en relación con su otro nieto, J.

Relata el abuelo: "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".

Y completa la abuela: "Yo tuve la posibilidad de quitárselos a los chicos y no lo hice".

Indicadores de dificultades en relación al vínculo temprano

- P. no logra alcanzar las curvas de peso y talla esperables para su edad.
- El equipo considera que la familia no logra establecer y sostener una rutina que permita una organización cotidiana de los niños, especialmente a P.
- P. es el único de los hermanos que duerme con sus padres.
- C. ha abandonado un tratamiento por supuesta adicción a sustancias psicoactivas.
- En algunas oportunidades, los niños quedan solos en la casa cuando ambos padres trabajan.
- Se observa que en ocasiones los padres no logran ocupar un lugar de autoridad con relación a sus hijos.

Indicadores de factores protectores en relación al vínculo temprano

- Asistencia periódica a la consulta pediátrica.
- Posibilidad de la mamá de escuchar las indicaciones del equipo de salud.
- Posibilidad de establecer contacto y comuni-

carse por medio de la mirada y de vocalizaciones recíprocas (madre/hijos).

- Los niños en edad escolar asisten regularmente a la escuela.

Conclusión Diagnóstica (2009)

El equipo considera que la problemática está centrada en las dificultades de ambos padres para establecer límites claros que le permitan a P. comprender cuál es el lugar de la mamá, el del papá y el de los abuelos.

La abuela paterna desautoriza a M. como mamá y se coloca en un lugar de saber. Pareciera que la abuela quiere desplazar a M. de su función materna con relación a su nieto P.; por ejemplo, en el acompañamiento del niño en la adaptación al jardín, en los controles médicos, en el momento del baño y la comida. Se observa una marcada diferencia en la relación que la abuela establece con P. respecto de su otro nieto, J., por quien no manifiesta la misma preocupación ni igual interés.

Esta dificultad para ejercer sus funciones como padres y preservar el ámbito de la familia nuclear como diferente del espacio de la familia ampliada se observa también en los conflictos que le genera a la pareja la convivencia con el tío materno.

Estrategias de Intervención Propuesta (2009)

Se sostiene a M. en su función y se reflexiona con ella acerca de su lugar como mamá. Se trabaja sobre la importancia de diferenciar los roles de padres y abuelos en la crianza de los niños.

El equipo orienta acerca de que existen cuidados esenciales en los que los padres deben tener una presencia principal (comida, baño, adaptación al jardín). Se interviene con los abuelos, ayudándolos a pensar en su lugar como abuelos y en cómo ellos pueden colaborar para que los padres puedan ejercer sus funciones.

Otros temas trabajados con los papás en las consultas fueron: la importancia de establecer una rutina familiar, la alimentación y lo fundamental de ayudar a P. a que mejore su peso, los beneficios de incluir a ambos niños pequeños en un jardín maternal.

Se trabaja con los padres la necesidad de que P. duerma con sus hermanos, lo fundamental de preservar un espacio diferenciado para niños y adultos.

Después de varios meses de trabajo periódico, la familia deja de asistir al Consultorio de Vínculo Temprano.

Intervenciones con la familia realizadas en el año 2010

M. asiste al centro de salud preocupada y angustiada porque su suegra le avisa “que desde el Juzgado le van a quitar a sus hijos”. La trabajadora social del centro de salud investiga esta situación y corrobora que efectivamente se iba a tomar esa medida en 48 hs. El argumento central de esta medida judicial y excepcional radica en las reiteradas denuncias de negligencia en el cuidado de los niños (realizadas por los abuelos paternos) y en un informe presentado al Juzgado por otro equipo profesional, que avala dichas denuncias, por no haberse presentado los padres a ciertas citaciones. La medida judicial disponía que los dos hijos menores quedaran al cuidado de los abuelos paternos y los dos mayores pasaran a internación o a familias cuidadoras, debido a que el padre no estaba dispuesto a cuidarlos.

A partir del análisis realizado de la situación familiar e institucional, el Equipo de Vínculo Temprano, la trabajadora social y la pediatra no consideran que la situación familiar justifique una medida judicial excepcional, ya que no se observan indicadores de riesgo que expliquen una desvinculación familiar.

La estrategia de los equipos intervinientes es proponer a los padres que asuman compromisos que den cuenta de cambios en la dinámica familiar en beneficio del cuidado de sus hijos.

Los acuerdos realizados junto a los padres son:

- M. iniciaría tratamiento psicológico.
- C. retomaría su tratamiento psiquiátrico y psicológico.
- Se reiniciaría el trabajo con el Equipo de Vínculo Temprano, en relación con el vínculo de los padres con P. y J.
- M. disminuiría horas de trabajo para permanecer más tiempo con sus hijos.

cer más tiempo con sus hijos.

- M. y C. buscarían estrategias para que los niños no queden solos en el hogar sin el cuidado de un adulto.
- El hermano de M. dejaría el hogar.
- Los dos hermanos mayores serían evaluados por profesionales de la salud mental infanto-juvenil.

La propuesta realizada por el equipo, que incluía los acuerdos de los padres, es aceptada por el Juzgado y la medida excepcional es suspendida.

A la casa de la familia llegó un oficio en el que les decían que ellos “debían hacer todo lo que en el Centro de Salud les dijeran”. El equipo debía presentar informes quincenales al juzgado. De los compromisos asumidos, M. logró cumplir con su tratamiento psicológico, dejar horas de trabajo en un primer momento y reorganizar sus horarios para compatibilizarlos con los de escuela de los hijos más grandes y con los horarios de trabajo de C.

Además, los padres comenzaron el proceso de adaptación de los hijos pequeños en un jardín maternal, para que estuvieran cuidados durante el momento de trabajo de la mamá.

C. no cumplió con retomar su tratamiento psiquiátrico y psicológico.

Se ha explicitado la posición del equipo en la intervención, lo que ha permitido que M. se ubique desde otro lugar. El vínculo de confianza con el equipo se ha fortalecido, por lo que se abrió un nuevo escenario para incluir otras problemáticas como la violencia verbal y física de C. hacia M. La mamá refiere que C. le dice a su hijo P. que ella no lo quiere, que ella prefiere a sus hijos mayores, situación que la angustia mucho.

En la actualidad, se continúa el trabajo con la familia.

Análisis de las temáticas relacionadas a los vínculos primarios que se ponen en juego en la diada M.-P.

En relación con la posición materna y la función paterna, se observa que los padres tienen dificultades para ocuparlas, de esta manera permiten a la abuela paterna

establecer con P. una relación que no favorece el desarrollo del niño.

La abuela paterna descalifica a M. como mamá, expresa a la pediatra preocupación por la salud de P. y pretende hacerse cargo del cuidado del niño. No plantea lo mismo con su otro nieto menor.

Muchas veces P. cena con sus abuelos, quienes se lo llevan a su casa durante períodos prolongados. Es destacable que sólo se llevan a su casa a P. y nunca a J.

M. ha tenido dificultades en posicionarse para poder cumplir las funciones de maternaje, dejando el espacio abierto para que la abuela paterna invada el espacio de la diada. A su vez, la abuela intenta desplazar a la madre de la posición de principal cuidador del niño, y genera confusión en él. El padre tiene dificultades para salir del lugar de hijo y ejercer su función, por lo que posibilita 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 con mayor autonomía. Tanto la madre como la abuela pierden de vista el bienestar y desarrollo del niño.

El equipo considera que los abuelos, cuando ocupan su lugar, pueden ejercer funciones de protección y sostén de la función de los padres.

Respecto del lugar simbólico del niño en la familia, es posible pensar que P. no es mirado como sujeto, como niño, sino que se convierte en un objeto disputado entre los abuelos y los padres, entre la madre y el padre, etc.

Ser el preferido de sus abuelos lo ubica en un lugar complejo, no puede entrar en la serie de los hermanos; él es siempre la excepción.

En la historia familiar, se escucha algo del orden de ceder a P. a los abuelos paternos, situación que a la vez genera ciertas resistencias en la madre, aunque no puede instrumentar un límite.

En este sentido, las intervenciones se orientan a reafirmar a M. como la mamá de P., posibilitando que sea ella la que decida quién se hace cargo de los cuidados esen-

ciales del niño (comida, baño, adaptación al jardín) y no la abuela.

Al concurrir al Consultorio de Vínculo Temprano, P. presentaba dificultades para subir de peso. Al investigar sobre la alimentación, los padres dan cuenta de que no han podido poner pautas que ordenen a su hijo y lo ayuden a aprender que hay un lugar y un tiempo para comer, diferente del de jugar o de dormir.

El niño presenta, en el momento de la comida, una modalidad de conducta dispersa y desordenada. 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. Y a la noche también.

Las intervenciones se orientan, en relación con esta temática, a ayudar a los padres a construir un momento y un lugar para la comida. Se trabaja la importancia de establecer una rutina y las dificultades que genera que P. esté todo el día con la mamadera. Se orienta a los padres acerca del desarrollo de P. y se los alienta a que ayuden a su hijo a tomar en vaso. Se reflexiona acerca de la comida como un momento privilegiado para compartir en familia.

Con relación al sueño, P. 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. Se queda despierto viendo la televisión con sus padres hasta que ellos se van a acostar.

Se trabaja con ellos la importancia de diferenciar el lugar de niño y el de adulto, la necesidad de que P. duerma con sus hermanos, que se ubique dentro de la serie de los hermanos y no como la excepción, lo cual puede generar, entre otras cosas, celos y violencia entre los niños.

Se considera que el fortalecimiento de las funciones materna y paterna ha ayudado a P. en su desarrollo. Se han observados cambios positivos en el desarrollo y crecimiento del niño, entre ellos: los abuelos ya no se lo

llevan sin medida y ha sido trasladado a la habitación de los hermanos.

En el Consultorio de Vínculo Temprano, hemos observado cambios en las interacciones de P. con su madre y con el equipo: ya no presenta resistencias a ser revisado por la pediatra, establece comunicaciones verbales, etc.

Los problemas no son sólo de las familias: incluyen las articulaciones institucionales e interinstitucionales, los profesionales, los derechos, los sujetos.

Dificultades de los equipos del centro de salud para articular las intervenciones

Las problemáticas que surgieron y se desarrollaron en el abordaje de esta familia particular, no solo evidencian las dificultades de la familia sino también las de las políticas de atención primaria de la salud, incluyendo los problemas para articular las intervenciones entre los distintos equipos que trabajan dentro de un centro de salud.

En la misma familia, intervenimos distintos equipos del centro de salud, entre ellos: servicio de atención al maltrato, trabajo social, pediatría y equipo de vínculo temprano. La situación de esta familia estaba judicializada desde hacía más de cinco años, situación que el equipo del proyecto desconocía.

Hasta el momento de la intervención judicial que determinaba la desvinculación del grupo familiar, los distintos equipos intervinientes no habíamos tomado contacto. Resaltamos que en los procesos iniciados con familias, desde la atención primaria, es necesario trabajar en articulación con otros equipos.

Reconocemos, sin embargo, que en la intervención con esta familia particular, la medida judicial promovió que los distintos equipos se reunieran a compartir información sobre el caso e intentaran desarrollar una estrategia de abordaje conjunta y complementaria.

Acordar una estrategia de trabajo no fue sencillo. Las diferencias entre los equipos están no solo en las especificidades profesionales dadas por las distintas disciplinas, en las diferentes características y lógicas que tienen los distintos servicios; sino que, además, existen disímiles

marcos conceptuales e ideológicos desde los que se intervino en esta situación singular. Las visiones sobre lo que estaba ocurriendo en esa familia eran diferentes.

Es interesante resaltar que el trabajo en colaboración que pudo establecerse entre servicio social, pediatría y equipo de vínculo estaba sustentado en la experiencia conjunta de trabajo previo, y en compartir marcos conceptuales e ideológicos en la intervención. Tanto para la intervención en esta familia como en las estrategias propuestas con otras, entre estos profesionales se ha logrado compartir un ámbito de discusión y articulación.

Como profesionales de un equipo que se integra a una institución de salud, consideramos central vincularse y articular las intervenciones con los profesionales y servicios que trabajan permanentemente en la institución. Partiendo de esta premisa, es que el trabajo del equipo se integra al Consultorio Pediátrico en los controles rutinarios de crecimiento y desarrollo.

Se destaca, como aprendizaje también, que no se puede trabajar con una familia con la concepción de que iniciamos una intervención “desde cero”, o de que el trabajo con la familia se inicia cuando cada profesional toma contacto con ésta. Es necesario conocer el recorrido institucional que la familia ha realizado, ya que seguramente este tránsito por distintas instituciones y servicios deja huellas y marcas en la historia de los sujetos.

Por otra parte, cabe una reflexión respecto del maltrato que pueden sufrir las familias cuando la institución funciona disociada, superponiendo y contraponiendo intervenciones.

También es destacable la importancia de que los equipos de salud realicen esfuerzos y flexibilicen sus estrategias de trabajo para dar continuidad al seguimiento de las familias. Posiblemente, una intervención oportuna en el año 2009 hubiera sido propiciar el seguimiento con entrevistas domiciliarias luego de que la familia dejó de asistir al Consultorio de vínculo Temprano.

Consideramos importante incluir en los análisis de las situaciones no sólo las dificultades de las familias para resolver una problemática, sino también las dificultades

de las instituciones (de la política social) y de los profesionales que trabajamos en ellas.

En este sentido, cuando el profesional se entiende afuera de la situación en la que interviene se sitúa frente a lo que Karsz denomina un *caso*.

El autor explica que el caso siempre le concierne al otro y solamente al otro. Caso se refiere a personas que enfrentan dificultades, problemas más o menos serios, que no logran manejar, de ningún modo o en parte. Para que haya caso es necesario presuponer (antes de todo contacto) que las personas *“son incapaces de explicar y menos aún de explicarse su condición, son inhábiles para inventar alguna salida viable y razonable. La categoría de caso requiere situar a las personas en una posición de no-saber, de infans, es decir en la posición de aquel que no tiene uso de la palabra, de la palabra que produce efectos, que significa. Cuanto menos saber se le supone a la persona, más aparece ésta como caso...”* (Karsz, 2007). Paralelamente el trabajador social se designa como el “adulto, el profesional, el educador”; y asegura así cierta ilusión de maestría, de completud.

La intervención sobre situaciones –a diferencia del caso– se centra en problemáticas que es preciso desplegar, no tanto para resolverlas como para dejarlas señaladas y contribuir a su elaboración junto con los usuarios. Se trata de proponer que el usuario se arregle para responsabilizarse de lo que pueda, en el seno de la formación económico-social en la que debe vivir. Dice Karsz: *“Los problemas pasan a ser problemáticas cuando las personas están incluidas en situaciones, lo que les hace adquirir condición de sujetos”*.

Cuando se trabaja sobre casos, la política social figura a título de contexto externo en el encuentro de usuarios y profesionales, como un conjunto de condiciones administrativas, institucionales y legales para intervenir en la problemática de los usuarios. Se supone que este contexto es neutro, que no mitiga ni acentúa las dificultades de los usuarios, que no condiciona en absoluto la manera de considerar lo que les sucede y por qué les sucede.

En cambio, cuando se interviene en “situaciones”, la política social se reconoce a la vez por encima, por debajo y en el seno de la intervención. Pues ella determina los

umbrales y los techos para que el recurso de la intervención se torne concebible.

Convivencia de dos paradigmas: la situación irregular y la protección integral

Debe señalarse que, a pesar de que la sanción de la Ley Nacional 26.061 (de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes) resultó un importante avance en términos de legislación –y cuyo espíritu y orientación se enmarcan en la defensa, protección y vigencia de los derechos humanos–, tiene dificultades para hacerse efectiva. En la intervención con esta familia particular, queda evidenciado cómo en los organismos públicos se sigue conviviendo con el viejo paradigma tutelar.

Las normas legales priorizan el derecho de los niños a ser criados en el seno de su propia familia y hacen referencia a la necesidad de proteger y asistir a las familias para el adecuado ejercicio de sus funciones.

El artículo 3 se refiere al interés superior entendido como la máxima satisfacción integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos en la Ley y que deben garantizar, entre otros, el respeto al pleno desarrollo personal de sus derechos en su medio familiar, social y cultural.

Las medidas excepcionales son aquellas que se adoptan cuando los niños y adolescentes estuvieran temporal o permanentemente privados de su medio familiar o cuyo superior interés exija que no permanezcan en ese medio. Estas acciones sólo son procedentes cuando se hayan cumplido las medidas dispuestas en el artículo 33, es decir, cuando se hayan agotado todas las medidas de protección integral de derechos.

La posibilidad de una medida de excepción en esta situación de la familia era violatoria de los derechos de los niños a permanecer en su seno familiar, ya que no habían sido suficientemente articuladas y profundizadas las medidas de protección integral.

Un claro ejemplo de que la familia es comprendida como un objeto, beneficiaria pasiva de políticas institucionales que le señalarán el camino correcto, es el oficio

judicial que llega al domicilio de la familia, en el que se afirma que ésta debía cumplir con todo lo que en ese centro de salud le dijeran.

Esto nos permite realizar algunas reflexiones en torno a cómo se concibe a la familia: queda colocada en el lugar de “incapaz” (respondiendo al viejo paradigma tutelar) y el equipo, en el lugar “del saber y del control”, lo cual dificulta las posibilidades de acompañamiento.

Como refiere Karsz (2007), cuando explica la categoría clínica del *hacerse cargo*: “cuando obra la toma a cargo, los sujetos son erigidos en objetos que poco o mucho se deben llevar a buen puerto. En el hacerse cargo se espera, y a veces se exige, que los ‘beneficiarios’ participen como niños buenos, como alumnos aplicados, como pobres pero meritorios”.

Ese oficio coloca a la familia –en términos de Karsz– como un caso en el que obra *la toma a cargo*.

Las intervenciones del equipo pretendieron sacar a la familia de ese lugar de objeto para poder *tomarla en cuenta*. Esto se trata, sigue el autor, de “admitir que hay un sujeto, un sujeto socio-deseante que no puede ser objeto de una toma a cargo, pero que puede ser acompañado a lo largo de una toma en consideración, de una toma en cuenta...”.

La intervención buscó apoyar a la familia, acompañándola en las dificultades que se presentaban para la crianza de los niños, protegiendo el derecho de éstos de permanecer en su grupo familiar y asumiendo la co-responsabilidad que le cabe a las instituciones públicas de acompañar y asistir a las familias para que sus derechos sean garantizados y protegidos.



El vínculo primario en las políticas de atención temprana: jardines maternos y centros de salud

En el Proyecto del período 2010-2011, para realizar un análisis del lugar que ocupa la temática del vínculo en las instituciones de salud y educación¹⁵, se realizaron entrevistas a directoras de jardines maternos pertenecientes al Programa SEOS (Servicio Educativo de Origen Social) y a enfermeros, médicos de familia y pediatras de centros de salud de los departamentos de Godoy Cruz, Guaymallén, Las Heras y Capital de Mendoza.

El equipo realizó entrevistas en profundidad a 16 docentes directoras de jardines maternos de los departamentos de Godoy Cruz, Guaymallén, Las Heras y Capital de Mendoza con el objetivo de indagar el lugar que ocupa la temática del vínculo temprano en la institución.

En el ámbito de la salud, se entrevistaron a 9 enfermeras, todas ellas mujeres, y a 12 médicos de familias y pediatras que trabajan en centros de salud de los departamentos mencionados. Por otra parte, en la etapa del proyecto desarrollada en los años 2008-2009, se realizaron entrevistas en profundidad a los pediatras que participaron en los Consultorios de Vínculo Temprano.

Los jardines maternos: un pilar en la política de atención a la primera infancia

Según información de Unicef en Argentina, sólo el 40,4% de la infancia tiene acceso a la educación inicial. Esta distribución también refleja, como en otras áreas, heterogeneidades geográficas y socioeconómicas muy importantes.

"Las diferencias de acceso al nivel inicial según a qué grupo socioeconómico se pertenece son importantes, especialmente para los niños y niñas de 3 y 4 años. Mientras que en las áreas urbanas asiste el 56% de los niños y niñas de 3 a 5 años de los hogares pertenecientes al 20% más pobre

15. Esta tarea está aún desarrollándose en el marco de la tercera etapa del Proyecto.

de la población, este porcentaje se eleva al 82% en el caso de los hogares de mayores ingresos (quinto quintil). Por otra parte, los niños y niñas de 2 años de las familias más pobres prácticamente no asisten a ninguna oferta educativa institucionalizada" (Castro, 2007).

Los jardines maternos en Mendoza: el SEOS (Programa Educativo de Origen Social)

La provincia de Mendoza tiene importantes antecedentes en relación con la institucionalización del nivel inicial. El Servicio Educativo de Origen Social (SEOS) fue creado en Mendoza en el año 1988 como un servicio que depende de la Dirección de Educación Privada de la Dirección General de Escuelas. En la actualidad, el programa depende de la recientemente creada Dirección de Gestión Social.

El programa SEOS, orientado a las familias en situación de vulnerabilidad y riesgo social, aborda aspectos socio-pedagógicos, asistenciales y promocionales. Tiene una fuerte impronta preventiva, que incluye la participación comunitaria, y la gestión asociada entre estado, municipios y organizaciones sociales. Dentro de este programa, los jardines maternos son espacios formativos y de contención para niños y niñas de cuarenta y cinco días a cuatro años, que aún no están insertos en el sistema formal de educación.

Los jardines se constituyeron, desde un principio, en un instrumento para igualar oportunidades en la sociedad, a través de un servicio que combina aspectos educativos y de desarrollo integral de la infancia, con otros de asistencia compensatorios como la alimentación y demás servicios sociales.

Actualmente se ha impulsado un Proyecto de Ley de Normalización del Servicio Educativo de Origen Social (SEOS) que ya cuenta con media sanción en la Cámara

de Diputados de la provincia de Mendoza. Esta propuesta de ley es apoyada por los jardines maternos existentes y por las organizaciones de la sociedad civil que se han constituido en responsables de la gestión de estos servicios, junto a algunos municipios de la provincia.

El proyecto de ley prevé que la normalización de los SEOS debe regular y garantizar la universalidad, gratuidad, integralidad y equidad territorial de los servicios considerando los derechos de niñas, niños, y siendo el Estado el garante de éstos.

El artículo 4 de la Propuesta de Ley entiende que los SEOS son centros educativos sin fines de lucro, que atienden sectores sociales cuyos derechos se encuentren vulnerados o amenazados. Ofrecen una educación integral, con equidad territorial que observa y tiene en cuenta las características del sujeto y sus contextos y complementan la acción pedagógica con servicios sociales como: alimentación, salud, recreación, cultura, arte y todo aquello que tenga que ver con el desarrollo integral del sujeto.

En el marco de lo establecido en el artículo 20 de la Ley 26.206 de Educación Nacional, el Proyecto de Ley en su artículo 8 describe los objetivos específicos de los jardines maternos:

- Promover el aprendizaje y desarrollo de los/as niños/as como sujetos de derechos y participantes activos/as de un proceso de formación integral, miembros de una familia y de una comunidad.
- Promover en los/as niños/as la solidaridad, confianza, cuidado, amistad y respeto a sí mismo y a los/as otros/as.
- Desarrollar su capacidad creativa y el placer por el conocimiento en las experiencias de aprendizaje.
- Promover el juego como contenido de alto valor cultural para el desarrollo cognitivo, afectivo, ético, estético, motor y social.
- Desarrollar la capacidad de expresión y comunicación a través de los distintos lenguajes, verbales y no verbales: el movimiento, la música, la expresión plástica y la literatura.

- Favorecer la formación corporal y motriz a través de la educación física.
- Propiciar la participación de las familias en el cuidado y la tarea educativa promoviendo la comunicación y el respeto mutuo.
- Atender a las desigualdades educativas de origen social y familiar para favorecer una integración plena de todos/as los/as niños/as en el sistema educativo.
- Prevenir y atender necesidades especiales y dificultades de aprendizaje. Brindar un servicio de estimulación oportuna y acompañamiento socio-psicopedagógico y psico-motriz a niñas y niños provenientes de sectores sociales con necesidades insatisfechas.
- Desarrollar actividades de esparcimiento y recreación, así como de reconocimiento del ambiente social e institucional de las niñas/os con el objeto de generar un proceso de desarrollo integral de sus capacidades.
- Proveer servicios sociales básicos que sean necesarios para el adecuado cumplimiento del objetivo anterior, coordinando con las direcciones de desarrollo social de los municipios.
- Promover instancias de vinculación con las familias, las comunidades y otras instituciones sociales estatales y privadas, para mejorar el ambiente de desarrollo integral de las niñas/os.

El vínculo temprano en los jardines maternos: las perspectivas de los docentes

A continuación se desarrolla una síntesis de los resultados de las entrevistas realizadas.

Todos los jardines maternos entrevistados consideran importante trabajar el tema del vínculo temprano y coinciden en que éste es un ámbito donde se pueden fortalecer vínculos saludables.

¿De qué hablamos cuando nos referimos a un buen vínculo niño – adulto?

En cuanto a definir qué sería un buen vínculo niño-adulto, algunas docentes centran su respuesta en la relación que el niño establece con los padres, otras referencian el

bienestar o malestar expresado por ese niño y otras se centran en la relación con la docente. Todos estos son aspectos que hacen a las relaciones vinculares del niño.

Los vínculos entre padres e hijos

“Lo fundamental es la madre, el afecto, la contención, la presencia, la mirada, tiene un montón de características el vínculo, pero fundamentalmente es que tenga un referente de contención estable el chico” (Entrevista N°16).

Una docente afirma que el vínculo se inicia en el embarazo y que el deseo de la madre de tener o no ese hijo va a ser determinante en el establecimiento de ese vínculo y en la vida del niño.

“En realidad, en primer lugar, desde el embarazo la aceptación de la mamá de ese bebé, eso es fundamental, que ese niño hay sido buscado, deseado, hace que después sea aceptado y tratado distinto a aquel niño que no fue programado, que llegó en un momento que la mamá no quería, desde ahí partimos con el vínculo” (Jardín Maternal N° 4).

Desde el equipo, consideramos que el vínculo se inicia en el embarazo. Sin embargo, en el desarrollo de este vínculo influyen diferentes factores, sin que ninguno sea determinante en sí mismo. Por otra parte, sostenemos que el hecho de que el embarazo no haya sido buscado no significa necesariamente que el niño no sea deseado.

Un grupo de docentes define un buen vínculo adulto-niño observando la relación del niño con sus padres a través de:

- Cómo lo traen al jardín, y con ello se refieren – principalmente – a las condiciones de higiene.
- Cómo despiden a sus hijos.
- Si son estimulados o no en la casa (en relación con los conocimientos que tienen).

Afirman también que existe un buen vínculo cuando los padres son capaces de satisfacer las necesidades de sus hijos.

“Cuando los padres son capaces de satisfacer las necesidades básicas, que sería la base del vínculo, de alimento,

vestimenta, y una casa, un espacio para estar, y las necesidades superiores quizás más necesarias que las anteriores de contención afectiva, capacidad de contener y dar afecto. Cuando por parte de los padres existe una intención de satisfacerlas, preocupación, interés, de hacer parte al niño del núcleo familiar” (Entrevista N° 3).

Hay directoras que definen el vínculo a partir de la relación del niño con los padres pero principalmente desde las dificultades que ellas perciben en los padres: que sean jóvenes, que no hayan terminado la escolaridad, que no sepan poner límites, que trabajen, entre otros.

Las afirmaciones que las docentes realizan a continuación hacen referencia a la respuesta sobre su modo de concebir un buen vínculo adulto-niño.

“Y... tener tiempos para sus hijos, que cuando se les pide se comprometan, que venir al jardín es depositar al niño y que la maestra se haga cargo de todos los problemas, padres muy despreocupados, todo lo arreglan con lo material, pero por ahí hay poco afecto” (Entrevista N° 10).

“Desde el jardín se les deja claro a los padres que la institución es un complemento, no aceptamos la responsabilidad absoluta de ser padres, la responsabilidad de ser padres es de ellos, así evitamos que deleguen la responsabilidad en el jardín” (Entrevista N° 7).

Algunas docentes identifican como una dificultad para el establecimiento de buenos vínculos el hecho de que los padres trabajen. Relacionan el trabajo de los padres con escaso cuidado y atención.

“Otros padres están más pendientes de su trabajo, muchos con horario corrido, sin darle tiempo a sus hijos, no abren el cuaderno de comunicaciones y después su hijo está mal, tampoco participan mucho en las reuniones” (Entrevista N° 1).

Como equipo consideramos que no es posible realizar un análisis reduccionista en relación a mala higiene = mal vínculo o necesidades básicas insatisfechas = dificultades en el vínculo. Las posibilidades de los padres de satisfacer las necesidades materiales de sus hijos no responden sólo a su voluntad, sino a sus condiciones socio-económicas. Las situaciones de pobreza no implican dificultades vinculares.

Que los padres trabajen no es abandono de los niños, es importante valorar por un lado, que los padres han logrado organizar una estrategia (jardín maternal) para que sus hijos estén al cuidado de otros adultos cuando ellos trabajan. Por otra parte, el trabajo es lo que permite a los padres poder asistir a sus hijos en sus necesidades. Destacamos la importancia de relativizar estos conceptos, ya que, por ejemplo, que una madre esté todo el día con su hijo, no garantiza que no existan dificultades vinculadas.

Algunas directoras entrevistadas se centran en las conductas y expresiones de los niños para definir un buen vínculo adulto-niño. Como equipo, coincidimos en que si el niño está contento, tranquilo y puede incluirse en las actividades del jardín, esto da cuenta de vínculos posibilitadores con sus padres.

“La armonía en las acciones que realizan los niños acá: en la despedida con sus papás, de quedarse en el jardín sin ningún problema. El poder acceder al sueño tranquilo, sin desconianza. Son expresiones de que el vínculo está perfectamente constituido entre el niño y el adulto” (Entrevista N° 12).

“Cuando el niño es feliz, está contento. Cuando al llegar la mamá le extiende los brazos, le cuenta sobre lo que hizo, a qué jugó, todo eso” (Entrevista N° 9).

Otras docentes, respecto de otros aspectos del vínculo primario, referencian la relación construida entre el niño y la docente para referirse a los vínculos.

“Que reconozcan e incorporen a los docentes sin desconianza” (Entrevista N° 12).

“Si no hay un buen vínculo, no podés llegar al niño, no podés llegar a enseñarle nada, no podés conectarte con el niño” (Entrevista N° 13).

“Lo que intentamos es que el niño haga primero un vínculo con la seño, porque después la seño lo va a vincular con los compañeritos, la directora y con el resto del jardín. Por eso consideramos que hacer un buen vínculo es fundamental” (Entrevista N° 2).

El establecimiento del vínculo primario con los padres posibilita el vínculo del niño con otros adultos referen-

tes: abuelos, tíos, docentes. En este sentido, es muy importante cuando los niños logran vincularse con el docente.

Es interesante resaltar que en las entrevistas, el afecto ocupa un lugar central a la hora de hablar de vínculos.

“El afecto, el afecto sobre todo. También el tiempo, dedicación, contención” (Entrevista N° 14).

“Tener una buena relación afectiva” (Entrevista N° 16).

Con relación a la centralidad que las docentes le asignan al afecto en los vínculos, consideramos que si bien alcanzar una relación afectiva con un niño puede facilitar la tarea, existen otras características de los vínculos que en las instituciones de cuidado infantil deben enfatizarse como el respeto, la autonomía, la confianza en sí mismo.

Entendemos que no es posible –y no es una responsabilidad del docente– comprometerse afectivamente de igual manera con todos los niños que atienden.

En un jardín se definió como un buen vínculo a partir de integrar al niño, el jardín y la familia:

“Cuando se da el trío, cuando trabajamos en conjunto: jardín-familia-niño. Cuando no se da este trío, la mamá y/o papá tienen un discurso, el jardín tiene otro discurso porque es imposible aunar criterios, ahí se produce un quiebre y lo sufre el niño” (Entrevista N° 8).

Es interesante destacar que una docente, al definir un buen vínculo, hace referencia al sostén que necesita el adulto que cuida. Se tienen en cuenta, así, otras instituciones además de la familia como co-responsables del cuidado:

“También hay que cuidar al que cuida, y que esa persona tenga un buen vínculo con su comunidad y con las instituciones a las que pueda tener acceso. Entonces un buen vínculo tiene que ver con que tengan trabajo, que estén medianamente contenidos, que tengan satisfechas las necesidades de salud, a partir de ahí se pueden generar buenos vínculos. Básicamente tiene que ver con que nos cuidemos” (Entrevista N° 5).

Fortaleciendo vínculos con los padres: distintas estrategias, distintas maneras de concebir la participación de los padres

En relación con los padres, aparecen distintas estrategias que expresan las docentes poner en marcha para fortalecer vínculos. En algunos jardines, son complementarias entre sí:

- Socialización de información (ya sea a través de reuniones, carteleras o del cuaderno de comunicaciones).
- Talleres con padres.
- Intercambios cotidianos.
- Colaboración de los padres en actividades que permitan mejoras en el jardín.

Las reuniones de padres son utilizadas principalmente para informar a los padres sobre los objetivos, el funcionamiento, las normas y rutinas cotidianas del jardín. En palabras de las docentes, estos espacios son:

“Reuniones que hacemos con los padres, utilizamos mucho el cuaderno de comunicaciones, les mandamos información fotocopiada para que los papás lean en sus casas [...]. También dejamos colgados carteles, afiches informativos en las paredes del jardín para que los papás los lean cuando vienen a dejar o llevar a los niños” (Entrevista N° 1).

“Y tratamos de informar a los padres en el pizarrón de avisos qué comieron los chicos ese día, eso también es una manera de fortalecer la relación” (Entrevista N°3).

En referencia a los Talleres, aparecen como una instancia distinta de la reunión. Si bien no sabemos si estos espacios de encuentro incorporan la propuesta conceptual y metodológica del taller, sí se expresa otra intencionalidad, en la que los padres no sólo van a escuchar lo que el jardín tiene para decirles sino que ellos también tienen la palabra, ya sea para expresar dudas, intercambiar saberes o compartir actividades con sus hijos.

La modalidad del taller implica un encuentro entre saberes, donde el docente sabe algunas cosas pero los padres también saben otras. Involucra una participación activa de los padres. Más que enseñar, se trata de aprender juntos.

Las docentes expresan:

“También favorecemos el vínculo con la madre y padre a través de charlas que hacemos, actividades en la misma sala, entre todos los padres, por ejemplo: que lean un cuento, les hacemos ver la importancia de conocerse entre el niño y la mamá, y la dedicación exclusiva a cada niño” (Entrevista N°3).

“Hemos hecho como ‘tallercitos’, y este año nos planteamos hacer una pequeña reunión con un té, un mate y que así salga la problemática, como una forma más informal, que salga el problema que ellas detectan: ‘cómo están, cómo se sienten, cómo ven a los chicos y de ahí partir’” (Entrevista N° 5).

Respecto de los intercambios cotidianos, en general se expresa que es el contacto diario de los padres con la docente lo que permite una atención más personalizada que incluye la observación y seguimiento cotidiano.

Algunas directoras expresan también que convocan a los padres para que colaboren con las necesidades de la institución: que arreglen los juegos del patio del jardín, que colaboren con la limpieza, que participen de rifas, etc.

Consideramos que será un desafío para las institución reflexionar y poner en práctica uno de los objetivos específicos que prevé la propuesta de Ley de SEOS que expresa que es objetivo del jardín maternal “propiciar la participación de las familias en el cuidado y la tarea educativa promoviendo la comunicación y el respeto mutuo”.

Creemos que, en ocasiones, algunas docentes restringen la noción de participación a la asistencia a algún acto escolar o reunión de padres.

La participación también se reduce cuando se asocia “los padres acompañan a sus hijos al jardín=participan” y “no los llevan=no participan”. Es diferente afirmar que cuando los niños son acompañados al jardín por sus padres se favorece el vínculo familia-jardín que afirmar que los padres se vinculan poco con el jardín porque los niños son trasladados por otros familiares.

Por otra parte, consideramos importante que las docentes valoren los momentos en que los padres asisten al

jardín. A veces se escucha decir: “No vienen nunca los padres” y quizá van todos los días a llevar y traer a sus hijos. Como equipo, nos desafía pensar cómo aprovechar los momentos en que los padres se acercan a las instituciones.

Consideramos también importante valorar los esfuerzos cotidianos que realizan las familias para cumplir con sus obligaciones como padres; por ejemplo, lograr que los niños asistan regularmente a clase.

Las rutinas en el jardín y los vínculos

El momento de la alimentación

En algunos jardines, la comida es ofrecida por la misma institución; en otros, las familias las llevan desde la casa. La mayoría explica que el momento del almuerzo se realiza en la sala con la docente a cargo. Afirman que es un momento especial de intercambio.

“El momento de la comida es especial, las maestras están junto con los niños, los observan, charlan, se relacionan mucho, no es que sólo les dan la comida y listo. Hay un vínculo entre la docente y el niño” (Entrevista N°7).

“Cada grupo almuerza en su sala. La docente les da el alimento. Hemos puesto un cartel afuera con el menú, para que las mamás sepan qué van a comer sus hijos” (Entrevista N°9).

Las docentes expresan que cuando el jardín interviene en la alimentación cotidiana se pueden enseñar hábitos, incorporar nuevos alimentos y rutinas.

“A partir de la sala de 1 año, uno de los objetivos es que puedan comer solos, que tomen los cubiertos” (Entrevista N° 2).

“Con las docentes trabajamos principalmente los hábitos. Los chicos en esta zona están mucho tiempo solos o a cargo de hermanos mayores de 8 o 10 años. También el cuidado de la higiene personal” (Entrevista N° 14).

Creemos que es muy valioso cuando el jardín logra, además de asistir con alimentos, considerar el momento de la comida como propicio para observar y fortalecer vínculos. En este sentido, es central que sea la docente a

cargo de la sala la que ofrezca el alimento, como así también que cada grupo coma en su sala, y comparta con los mismos niños con los que ya ha generado vínculos. Este es un momento oportuno para incorporar rutinas que ayuden a los niños a anticiparse.

Es interesante resaltar que algunas directoras explican que en la sala de lactantes, las madres tienen la posibilidad de ir al jardín a darles de mamar a sus hijos cuando lo deseen. Esta situación se presenta en los jardines donde los niños pasan muchas horas, como los que funcionan en hospitales.

Valoramos que los jardines fortalezcan la lactancia materna.

“En el caso de los bebés y los que están empezando a comer la papilla, tratamos de que vengan las mamás y se los den; no siempre pueden, en esos casos se los da la seño. Y tienen entrada libre las mamás que dan de mamar a sus hijos para que puedan hacerlo” (Entrevista N° 2).

Algunos directivos resaltan también que existe una relación entre la alimentación y dificultades en el vínculo, más allá de que las explicaciones que les otorgan las docentes a esa dificultad son diversas:

“Ha pasado que los niños a veces comen acá y tienen dificultades en la casa, y tienen problemas nutricionales, pensamos que puede ser porque en la casa no le hacen rica comida, o que por ahí ni se sientan a comer” (Entrevista N° 5).

“Hay madres que decían que en la casa no quería comer y acá se comía todo. Hubo un año en que teníamos 17 niños desnutridos. Al finalizar el año escolar, esto se había revertido totalmente” (Entrevista N° 6).

La adaptación: un proceso diferente en cada niño

En las entrevistas se hace poca referencia al proceso de adaptación. Las directoras que describen este momento señalan la importancia de la idea de proceso y de respetar la singularidad y los tiempos de cada niño.

“La adaptación es de acuerdo a cada niño. No hay un tiempo predeterminado, ¡tampoco 6 meses! Cada niño tiene su proceso, los papás los acompañan y paulatinamente los

vamos haciendo salir de la sala. Que entre y salga, hasta que ya sale definitivamente” (Jardín Maternal Nº 9).

El proceso de adaptación, central en la posibilidad del niño de integrarse al jardín, debe siempre considerar al niño en su individualidad.

¿Y el juego donde ésta?

Es interesante señalar que cuando se indaga acerca de las rutinas, sólo en un jardín aparece el jugar como un momento privilegiado incorporado a ésta.

“Hay actividades pautadas, flexibles, rigurosas, pero no que no se puedan mover. De acuerdo a cómo vemos que están los chicos, organizamos las actividades que planificamos [...]. Luego viene una actividad de juego más libre, y por último una actividad de juego más dirigida que nosotras adoptamos la modalidad de ‘juegos por rincones’, proponemos una serie de actividades por cada rincón...” (Entrevista Nº 15).

Como se describe anteriormente un objetivo específico de los jardines maternos, según la Ley Nacional de Educación 26.206 es el de promover el juego como contenido de alto valor cultural para el desarrollo cognitivo, afectivo, ético, estético, motor y social.

Desde el equipo consideramos que el juego representa un aspecto esencial en el desarrollo del niño, ya que está ligado a la adquisición de las competencias cognitivas, afectivas, emocionales, motrices y sociales; por lo tanto, es la vida misma del niño.

La comunidad y los vínculos: el jardín maternal que se mira a sí mismo y el jardín maternal integrado a la comunidad

Es interesante señalar las distintas concepciones del trabajo en comunidad que aparecen en las entrevistas.

Algunos jardines comprenden que trabajan comunitariamente cuando proponen actividades abiertas para los padres. En cambio otros, entienden que el jardín es una institución que junto con otras instituciones y actores (familias, centros de salud, municipios) son centrales en la vida cotidiana de los niños, que intervienen fuertemente en su crecimiento y desarrollo, y consolidan un

sistema de protección de derechos de infancia. Algunos referencian a la comunidad como el espacio geográfico cercano; en cambio, otros lo asocian a la concepción de comunidad educativa, más allá del territorio.

En varios jardines, se expresa que no tienen relación o que no realizan acciones con la comunidad. Explican esto, sobre todo, porque la comunidad es heterogénea y porque no todos los padres residen en la zona.

“Tenemos una comunidad muy heterogénea, vienen de distintos departamentos de la provincia. No hacemos acciones con la comunidad” (Entrevista Nº 1).

En algunos jardines, se comprende el trabajo comunitario como la integración de los padres a las actividades que propone el jardín.

“Y es sobre todo la integración a las actividades del jardín, por ejemplo una muestra que se hace de la producción de los chicos” (Entrevista Nº 3).

Es interesante señalar que hay jardines que se visualizan como integrados en una comunidad conviviendo con otros actores e instituciones. Algunos de ellos afirman que integran redes comunitarias y articulan su tarea con otras instituciones y organizaciones de la sociedad civil.

“Trabajamos bastante con la gente de la escuela, con el centro cultural, con el Centro de Salud Nº 234 de acá del Bº Dorrego, por ahí también trabajamos con grupos de personas que no precisamente constituyen una organización, pero que sí tienen ganas de trabajar y hacer algo por la comunidad” (Entrevista Nº 15).

Es importante destacar que hay instituciones que se posicionan en relación con la comunidad como “dadoras de beneficios” que otros, “un beneficiario”, recibe. Ello expresa un modo de concebir la política de atención temprana, un modo de comprender al sujeto (¿objeto?) de esa política.

“Nosotros tenemos lo que llamamos beneficiarios directos, quienes vienen al centro. Por ejemplo la mamá viene a pedir ingreso con tres niños y uno solo está desnutrido, todos los demás también ingresan al programa siempre que sean menores a 5 años, sobre ellos se hace prevención. Además,

el bolsón de alimentos que le damos es para toda la familia, es lo que nosotros llamamos beneficiarios indirectos” (Entrevista N° 4).

Existen también instituciones que se consideran ajenas a la conflictividad social que se expresa en una comunidad, como si esa conflictividad pudiera diferenciarse entre el afuera y el adentro de las instituciones. Por otra parte, al comprender los problemas como externos, tampoco se percibe la posibilidad que podría tener la institución de intervenir en ellos.

“Acá es un poco complicada, hay mucha drogadicción en los chicos, entonces, como que no se puede trabajar más allá que con los papás que están en el jardín. Mucha violencia, hemos estado acá y nos han estado robando los autos afuera [...]. Entonces es difícil abrirse tanto a la comunidad, generalmente trabajamos con las mamás que están acá si tenemos que dar charlas o algo” (Entrevista N° 16).

Consideramos que la relación jardín-comunidad es una temática aún poco reflexionada en algunos jardines maternales; otros, en cambio, tienen interesantes experiencias de trabajo comunitario.

Resaltamos aquí la necesidad de profundizar en esta relación. El artículo 7 del Proyecto de Ley expresa que son objetivos del SEOS:

- Auspiciar el sentido de pertenencia a una comunidad, así como la construcción de una identidad cultural local.
- Promover el vínculo familia-comunidad-institución educativa, que permita el mutuo intercambio y enriquecimiento como medio transformador de la realidad.
- Promover acciones dentro de los ámbitos sociales y comunitarios, en términos de servicios de protección de derechos.

Las fortalezas de los padres para acompañar a sus hijos: desde el “no se me ocurren” a “el interés de crecer como padres”

Cuando se indaga acerca de las capacidades y fortalezas de los padres para acompañar a sus hijos en su crecimiento y desarrollo, varias docentes coinciden en que

los padres están preocupados por sus hijos y quieren lo mejor para ellos.

“Creo que hay mamás que se preocupan por sus hijos y son constantes en traer los chicos al jardín” (Entrevista N° 5).

“El interés en crecer como padres, en la participación activa en el favorecimiento del desarrollo de su hijo” (Entrevista N° 12).

Algunas resaltan la importancia de que los hijos hayan sido buscados y deseados. Es interesante destacar que esta respuesta aparece en los jardines que atienden a hijos de profesionales, es decir, que no pertenecen al sector pobre.

“Que son hijos deseados y buscados” (Entrevista N° 1).

“La conciencia de ser padres. Han decidido ser padres, han buscado el momento, pocos son los que se sorprenden con la llegada del niño. La mayoría han sido niños buscados, deseados. Son papás con todas las letras” (Entrevista N° 7).

Otro punto que varias docentes destacan y valoran es la capacidad de las familias de salir adelante, a pesar de las difíciles condiciones que atraviesan.

“Pueden salir adelante con lo poco que tienen. Sus niños crecen sanos. Logran, a pesar de las dificultades, salir adelante” (Entrevista N° 6).

“Muchas mamás que tienen muchas carencias económicas, yo las veo muy madrazas, si bien no tienen herramientas [...]. Esto de ‘madrazas’ hace referencia al afecto, muchas de ellas han vivido internadas y no quieren repetir historias” (Entrevista N° 11).

Se señala también la preocupación de los padres por adaptarse a la propuesta del jardín.

“Existe una gran preocupación por los chicos, responden a las iniciativas y propuestas del jardín, eso creo que ha sido parte de un proceso educativo” (Entrevista N° 3).

En algunos jardines se rescata también que pueden ser un ámbito donde los padres aprendan, por ejemplo, a jugar con sus hijos y a organizarse en las rutinas cotidianas.

“En actividades que hacemos con los padres, por ejemplo, donde vienen las mamás a jugar con sus hijos, ellas se ponen muy contentas y comparten que en general no juegan con sus hijos, que no tienen tiempo o que no saben cómo jugar. Ellas descubren un mundo nuevo en el jugar” (Entrevista N° 6).

Como equipo, nos parece fundamental que el jardín incluya dentro de sus estrategias fortalecer la relación niño-familia, para acompañar, así, a los padres en la crianza de los niños.

Aunque la pregunta hace referencia a fortalezas y capacidades, algunas docentes responden sobre las dificultades de los padres. Pareciera que poder pensar en las capacidades y fortalezas, en aquello que es posibilitador de cambios y crecimiento no está tan presente o “a mano” en el relato de algunas docentes.

“Que puede ser... no me sale nada... dentro de un grupo de 20 hay 3 o 4 padres que son padres bien, lo que pasa es que a la mayoría es como que le cuesta más. Cuando hacemos los actos sí, se comprometen mucho, con los trajes y les gusta” (Entrevista N° 10).

“Yo creo que... no vamos a decir que no las tienen, tienen capacidades, es más, yo creo que hay que fortalecerles y desarrollarles lo que venimos viendo hace un tiempo que es la ‘dejadez’, se hacen cargo pero nos exigen más a nosotros que ellos” (Entrevista N° 13).

Consideramos, como equipo, que toda familia tiene fortalezas. Aquellas intervenciones que se sustentan en estigmas y prejuicios amenazan los derechos de los niños.

Cabe destacar que algunas docentes asocian rápidamente la capacidad de la familia de resolver necesidades afectivas de sus hijos al tipo de conformación que éstas tienen. Se podría simplificar esto a partir de la siguiente afirmación “a más familia nuclear, más afecto”.

“Los SEOS apuntan a familias de riesgo social; entonces ves familias de mamás solas, familias que viven con los abuelos, tíos, primos, son un millón, padres separados, niños que están a cargo de abuelas. Los niños tienen mucha carencia de necesidades sobre todo afectivas. Las fortalezas son aquellos niños con familias mejor constituidas, que satisfacen lo afectivo, y se notan (Entrevista N° 2).

Como ya se ha desarrollado a lo largo del libro, existen en la actualidad una diversidad de modos de vivir en familia, y ninguno de ellos garantiza la existencia o no de dificultades en los vínculos.

¿Qué significa –desde la mirada docente– el jardín para los padres?

En las entrevistas se repiten algunos temas comunes. El jardín es:

- Un lugar de contención para los padres.
- Un ámbito de socialización.
- Un apoyo para la crianza.

“Para los padres, el jardín es un lugar de contención, donde pueden dejar a sus hijos y están tranquilos. También es un lugar donde sus hijos pueden comenzar la socialización con otras personas que no son de la familia” (Entrevista N° 1).

“Un apoyo, una guía, una ayuda en la crianza” (Entrevista N° 9).

Se señala también que el jardín es un importante apoyo para los padres que trabajan.

“Los papás se mueren si no está el jardín, creo que sobre todo es una comodidad porque si no, no podrían trabajar. Necesitan el jardín como una forma de poder dejar a los niños para poder trabajar” (Entrevista N° 8).

Quisiéramos destacar aquí que, en las consultas pediátricas, varios padres manifiestan que la cantidad de horas que permanecen abiertos los jardines no son suficientes y no se corresponden con las necesidades laborales de los padres.

La propuesta de Ley de SEOS, en su artículo 10, prevé jornadas simples (de cuatro horas y medias) y jornadas completas (de siete horas). Esta medida y la ampliación de jardines de jornadas completas beneficiarán a los padres que necesitan trabajar más horas.

Es interesante resaltar también que el Proyecto de Ley prevé servicios educativos temporarios de acuerdo con la estacionalidad de las actividades productivas (artículo

10). Esto permitirá a muchas familias que, por ejemplo, trabajan en la cosecha, contar con un servicio para el cuidado de sus hijos en las épocas de mayor trabajo.

Para algunas docentes, el jardín significa para los padres un lugar de referencia que genera pertenencia en la comunidad.

“Creo que los papás y la comunidad toda lo quieren mucho al jardín, lo sienten como propio y hay cosas que lo demuestran: nunca nos entraron a robar, nunca nos hicieron daño, sentimos que nos cuidan. Lo hacen porque saben que estamos laburando y haciendo un poco mejor las cosas, para brindar un servicio que tratamos que sea lo mejor posible” (Entrevista N° 15).

De la guardería al jardín maternal

Es importante destacar que, en varias entrevistas, aparece la noción de “guardería” en contraposición a la de jardín maternal. En general, las docentes explican que ha habido un importante cambio en la perspectiva del cuidado de los más pequeños. Desde aquel lugar en el que se “guardaban los chicos por un rato”, hasta este en el que se les brinda una atención integral según sus necesidades.

Desde una primera aproximación, se podría pensar que este cambio responde a distintas causas: la perspectiva de los derechos de los niños, las transformaciones legislativas en temas de educación, los avances en proyectos de Ley que incluyan el nivel inicial, la formación docente, el crecimiento de la demanda de este servicio, entre otros.

Este pasaje de una modalidad de trabajo a otra se encuentra aún en proceso tanto hacia adentro de los jardines como en la mirada que sobre la institución tienen los padres y la comunidad en general.

“Ha cambiado la concepción que los padres tenían del jardín, han abierto más lo pedagógico, te decían ‘a mí no me importa que aprenda nada, no tengo sino con quién dejarlo’. Se ha modificado esa conciencia de ‘guardería’, que de a poco se va cambiando. Se prioriza al niño y su bienestar, tiempo y necesidades ahora. Y los padres han entendido eso y ya no los cambian de turno, no los traen enfermos, etc.” (Entrevista N° 2).

“En un principio comenzó siendo una guardería, pero luego se dieron cuenta de que ese espacio cumplía otras funciones y satisfacía otras necesidades que ellos no esperaban” (Entrevista N° 8).

“Que tenemos una atención integral, una atención pedagógica, que es un jardín maternal, no es una guardería, no es un lugar donde se venga a guardar los chicos” (Jardín Maternal N° 16)

Las fortalezas del jardín maternal en el fortalecimiento de los vínculos tempranos

En varios jardines se señala como una de las fortalezas principales el equipo docente, con el énfasis puesto en diferentes lugares: en el compromiso, la vocación, el trabajo en equipo y la profesionalidad, el rol docente en el establecimiento de vínculos.

“Todas las docentes trabajan por vocación, tienen puesta la camiseta, hay mucho compañerismo entre todos” (Entrevista N° 2).

“El cuerpo docente: su compromiso, entrega diaria, las ganas de crecer, su afecto, y sentimiento de pertenencia” (Entrevista N° 8).

También se destaca el tener objetivos comunes y claros centrados en el bienestar del niño. Se enfatiza como fortaleza el contar con un proyecto institucional.

“Tenemos los objetivos en común, la prioridad son los niños y que estén bien, que encuentren en el jardín un lugar agradable, de crecimiento, de bienestar” (Entrevista N° 1).

“Todo lo que se decide es por el bien del niño, no basándonos en el interés del adulto por sobre el niño [...]. Ser claros en las pautas y normas del jardín. Transparentes. Tratamos de consensuar siempre con la comunidad. Una parte importante del jardín es, por ejemplo, que la patronal está conformada por la Cooperadora de padres y las decisiones se toman de manera democrática” (Entrevista N° 7).

Algunas docentes hacen referencia a la calidad del servicio brindado.

“La calidad del servicio educativo, organizativo, de recursos. El Servicio Educativo de Origen Social, Programa Alimentario de Nación –PNUD–, Dirección de Nutrición provincial y el Municipio, son cuatro instituciones que nos apoyan, la calidad del servicio a nivel alimentario, el abordaje familiar, el buen clima positivo entre la institución y la comunidad, los padres” (Entrevista N° 3).

“Buen edificio (a nivel de infraestructura): se han podido incrementar las salas, han mejorado la pintura, el equipamiento. Han ampliado los turnos, se incorporó el turno tarde. Han incorporado más auxiliares” (Entrevista N° 13).

Cuando se reflexiona sobre las fortalezas institucionales, referencian el apoyo que reciben.

“El apoyo y compromiso de la Comisión Directiva con el proyecto institucional” (Entrevista N° 12).

En ciertas entrevistas, se afirma como fortaleza el buen vínculo con los padres y la comunidad.

“El respeto por la comunidad, por las capacidades y saberes por todo lo que pueden enseñar. Creo que todos acá trabajamos con esa idea, estamos acá y elegimos trabajar acá; pero si no tenemos el conocimiento, el saber de la familia y la comunidad, de la realidad que se vive, esto es básico, el respeto y eso es mutuo. Acompañamiento, no ser invasivos, caminar juntos” (Entrevista N° 15).

Consideramos que es la articulación y el entramado de los distintos factores mencionados lo que permiten que el jardín maternal sea una institución que permita fortalecer vínculos.

El jardín maternal como un ámbito privilegiado para detectar dificultades en los vínculos

La totalidad de las docentes entrevistadas coincide en que el jardín maternal es un ámbito para detectar dificultades vinculares. Las dificultades que las docentes expresan observar con mayor frecuencia son:

- Relacionadas a la alimentación

“En el caso de la alimentación, vimos que había niños que no traían la comida de la casa, y le preparábamos algo acá,

o venían sin haber desayunado o sin la merienda. Otros se dormían todo el tiempo en el jardín y cuando les hicieron los estudios se descubrió que era porque tenían anemia, principalmente por alimentación inadecuada” (Entrevista N° 1).

- Vinculadas a la violencia intrafamiliar, violencia de género y situaciones de abuso.

“Cuando llora mucho, porque no quieren irse a su casa con los padres y después descubrimos que había una situación de abuso. Situaciones de maltrato infantil, violencia intrafamiliar, violencia de género, o situaciones conflictivas en las que ha intervenido la justicia” (Entrevista N° 2).

- Cuando hay niños pequeños a cargo de hermanos menores o niños que se quedan solos en sus casas mientras sus padres trabajan

“Ves niños de 6 años que se quedan cuidando a los de 1 y 2 años” (Entrevista N° 15).

- Dificultades en la adaptación

“Podemos detectar algunas situaciones en la adaptación del niño. Tenés dos situaciones, dos casos extremos que observo: un niño totalmente desapegado, que viene y se queda, ni se inmuta el primer día que lo traen, ahí puede haber un caso de dificultades en el vínculo, y un niño que está uno, dos meses y no logra quedarse. Lo normal está en que un niño está un par de semanas con algunas reticencias a quedarse pero que logra adaptarse (Entrevista N° 3).

- La falta de hábitos de higiene

“Otros pueden ser la apariencia del niño, que no viene bien cuidado, no viene limpio, que no se le cortan las uñas” (Entrevista N° 3).

“Asimismo, en la anamnesis de atención temprana están cuestiones tan simples como la higiene de la mamá y del niño al momento de la consulta, eso también es un indicador. Es muy simple, hace frío y la nena viene sin medias” (Entrevista N° 4).

- Las situaciones de pobreza

“Familias que los padres no trabajan, viven de changas y subsidios, ignorantes, que no tienen estudios y a los chicos los tienen en la calle, desnudos, han tenido denuncias” (Entrevista N° 5).

“Los problemas económicos de los padres” (Entrevista N° 13).

- Las extensas jornadas de trabajo de los padres.

“Las largas horas que tienen que dejar a sus hijos en el jardín, y el poco tiempo que pasan los niños con sus padres (porque hacen guardias, son residentes, etc.), porque del jardín salen y van a con otro familiar. Pero no sé si se pone en riesgo el vínculo” (Entrevista N° 12).

Se mencionan también las siguientes dificultades: hacinamiento, co-lecho, problemas en el lenguaje, enfermedades de los niños, padres con problemas de adicciones, padres adolescentes, berrinches, embarazo no deseado, el deshacerse del niño, no mirarlo, no respetar sus tiempos.

Consideramos que es muy importante profundizar la formación de los docentes en la observación vincular y en la temática de los vínculos primarios, para que puedan discriminar dificultades vinculares de otro tipo de dificultades. Esto permitirá romper con ciertas ideas naturalizadas, mitos y prejuicios.

Las dificultades de los padres para acompañar a sus hijos

Muchas docentes coinciden en que los problemas centrales se encuentran en las dificultades económicas:

“La falta de recursos para poder alimentar a sus hijos” (Entrevista N° 1).

“Hay familias que son de una pobreza estructural no de ahora, sino de hace mucho tiempo, entonces eso es una dificultad: la falta de trabajo como una dificultad para la crianza y el acompañamiento de los niños” (Entrevista N° 4).

Las docentes coinciden también en que, entre las dificultades principales que tienen las madres, se encuen-

tra la de compatibilizar los tiempos de trabajo con los tiempos de crianza. Es interesante destacar que es una dificultad que se percibe en las mujeres profesionales y en las mujeres de sectores populares. Es decir, más allá de si se responde a objetivos de crecimiento económico y profesional o a necesidades de subsistencia, es difícil para las mujeres compatibilizar ambas funciones.

“En los padres que son profesionales, creo que la principal dificultad es la necesidad de trabajar y trabajar” (Entrevista N° 2).

“La falta de tiempo por el tema laboral. Muchas veces el sostén de hogar es la mamá” (Entrevista N° 9).

Hay dificultades vinculadas al nivel educativo alcanzado por los padres. En los relatos aparecen asociados algunos temas: ignorancia, bajo nivel educativo alcanzado, “lo social”. Con éste último término, muchas veces quiere decirse todo y no se entiende bien qué se dice. En un primer nivel de análisis, se podría decir que esta dificultad “social” se asocia a cierta incapacidad de los padres. Sería interesante preguntarse incapacidad para qué ¿para ser padres?, ¿para dar respuesta a las necesidades materiales de sus hijos?

“En los padres de la zona, sería quizás más ignorancia con relación a lo educativo” (Entrevista N° 2).

“El tema de la educación como base de todo, no es lo mismo si hicieron o no el secundario” (Entrevista N° 10).

“Para mí es social sobre todo en esta zona. Y acá la mayoría abandona la escuela, y se dedican no a trabajar, y la plata la tienen de manera que no debería ser” (Entrevista N°5).

Las docentes describen también como dificultad que existan muchas mujeres solas a cargo de la crianza de los niños.

“Mamás solas con varios hijos. Esto acompañado a una situación económica difícil hace todo más cuesta arriba” (Entrevista N° 6).

Como equipo, creemos que los hogares monoparentales no necesariamente implican dificultades vinculares. Respecto de las causas de las dificultades, se explican las

pocas experiencias de cuidado que han tenido las mamás en su historia familiar.

“En mamás que no tengan la capacidad por una situación de depresión, por la historia familiar que no tengan un buen modelo de madre” (Entrevista N° 3).

“Son muchas cosas, por ejemplo una mamá puede tener dificultades porque ella fue desnutrida, entonces sus capacidades intelectuales están afectadas y, por ejemplo, no entiende la importancia de que el niño vaya a la escuela, sin buscar recursos o pedir ayuda” (Entrevista N° 4).

También se explica que una dificultad es la paternidad adolescente.

“Las causas pueden ser mamás adolescentes que todavía no tengan la madurez necesaria para criar al hijo” (Entrevista N° 3).

“El tema del embarazo en adolescentes que no es lo mismo que una mamá consciente de lo que piensa, pero siempre en la generalidad es como que las mamás más chiquitas tienen más dificultades” (Entrevista N° 10).

Ya hemos desarrollado, en el Capítulo 2 del presente libro, la posición del equipo en relación con la maternidad y paternidad adolescente.

Finalmente, una docente explica como una dificultad los desencuentros en la comunicación entre padres e hijos y la dificultad para mirar al niño en sus necesidades.

“El no escuchar el deseo, el proyecto del niño. Encontrarnos con niños que cumplen el deseo de los padres, y no el de él, vacío de él mismo, que tiene que hacer lo que los padres quieren [...]. También vemos una incoherencia entre lo que el adulto dice y lo que hace, pretende que el niño no grite, no pegue, pero él sí puede hacerlo con el niño o delante de él” (Jardín Maternal N° 12).

Las necesidades de las familias para superar las dificultades: mayor apoyo y acompañamiento en la crianza

Frente a esta pregunta, se dieron algunas respuestas generales que tenían que ver con una mayor intervención del Estado.

“Mayor apoyo de parte del Estado y las instituciones” (Entrevista N° 1).

Varias docentes expresan la necesidad de acompañamiento que tienen las familias para la crianza de sus hijos. En este sentido, consideramos fundamental que el jardín maternal pueda plantearse este desafío de acompañarlas.

Se expresan diferentes propuestas vinculadas a que se brinde más información a los padres, a que exista más oferta en la atención de profesionales, experiencias de talleres para padres. También se propone la importancia de guías familiares que realicen un acompañamiento cotidiano a las familias.

“Muchos no tienen los recursos para pagar un profesional de salud mental que los ayude” (Entrevista N° 2).

“La existencia de un lugar donde poder pedir ayuda, y esto de lo educativo, como talleres de cómo criar al hijo” (Entrevista N° 3).

“Acompañamiento familiar. A veces quieren superar las dificultades y ¡no pueden! Necesitan apoyo a nivel familiar. Apoyo en lo cotidiano” (Entrevista N° 6).

En las entrevistas, aparece mucho énfasis en la necesidad de profesionales de la salud mental que atiendan situaciones puntuales. Consideramos que esto presenta dos dificultades: por un lado, acentúa la idea de recibir mágicamente soluciones a los problemas, a modo de recetas, y por otro lado, deja a las docentes fuera de la posibilidad de intervención desde su rol técnico. Si bien el equipo considera que es interesante la posibilidad de sumar equipos profesionales a los jardines, es el trabajo articulado entre la familia, el jardín y la comunidad lo que aporta soluciones.

Algunas docentes destacan la importancia de ampliar las oportunidades para las familias. Se señala también la trascendencia de respetar y valorar a las familias sin ser jueces de la vida de los otros.

“Creemos, por la vivencia diaria, que cuando se les da la posibilidad y espacio de reflexión e instrumentos, los padres pueden cambiar y transformar su actitud. Nadie nace

sabiendo lo que es ser padres, por lo tanto, nosotros intentamos reflexionar sobre la matriz que traen, sin ser jueces" (Entrevista N° 12).

"Hay gente que vive al día, hoy y mañana veremos, es tan oprimente la situación que no proyectan una vida distinta. Y poder brindarle oportunidades" (Entrevista N° 15).

Algunas docentes señalan la importancia de promover una mayor flexibilización de los tiempos de trabajo, que comprende el tema de permisos laborales y licencias.

¿Existe articulación entre el jardín maternal y el centro de salud?

La mayoría de los docentes comenta que no articula con los centros de salud de referencia, en algunos casos porque están distantes geográficamente o por dificultades horarias. Algunos jardines articulan acciones puntuales, como ante las campañas de vacunación.

"Muy poco, en la Posta funcionan de tarde, lo único es el control de peso y talla" (Entrevista N° 5).

"Hemos articulado con el Centro de Salud N° 16 con las campañas de vacunación, con la entrega de leche" (Entrevista N° 13).

La formación docente

Con respecto a la capacitación docente, las directoras expresan que sí se capacitan.

La mayor parte de la capacitación que realizan surge de la propia iniciativa docente, se realiza formación interna entre el equipo docente y algunas docentes toman alguna capacitación que les interesa.

Algunos jardines mencionan también que la capacitación ha sido propuesta por el Programa SEOS, por el municipio o por la organización intermedia responsable del jardín.

"Desde iniciativa personal, de cursos a distancias, desde la DGE" (Entrevista N° 2).

"A nivel SEOS e internas nuestras" (Entrevista N° 3).

"Capacitaciones internas y también individuales. Circulamos información a cursos y jornadas. Siempre estamos atentos a la oferta de la DGE" (Entrevista N° 6).

"La mayoría surgió como iniciativa y fue propuesta por las mismas docentes. No hay una directiva de imposición de la temática en la que se tienen que capacitar" (Entrevista N° 7).

A modo de reflexión

En el acompañamiento realizado a las familias en los centros de salud, en varias ocasiones las orientamos para que enviaran a sus hijos a jardines maternos por diferentes razones (para que la mamá pudiera compatibilizar sus tiempos laborales con la crianza de los niños, para que el niño pudiera vincularse a otros adultos referentes, entre otras).

También se realizaron articulaciones y acuerdos de trabajo con directivos de jardines en las intervenciones con algunas familias. A partir de esto, observamos que hay zonas donde no hay ninguna oferta de jardín maternal, que en otras, los que existen se encuentran sobre-demandados, con largas listas de espera, y que en algunos casos los horarios de atención son restringidos en relación con las necesidades laborales de las familias.

Como equipo, celebramos la existencia de propuestas legislativas y debates sociales en torno a la importancia de que el Estado provincial avance en la formalización de los jardines maternos.

Consideramos que se debe invertir en la creación de nuevos jardines maternos, para tender a la universalización de un servicio que contribuye a garantizar la corresponsabilidad del Estado en el acompañamiento a las familias en la crianza de sus hijos. Esta política, además, aporta a la equidad de género porque permite a las mujeres que trabajan o que desean trabajar contar con apoyo para el cuidado de sus hijos.

Se comprende además que convertir el Programa SEOS en una Ley garantizará continuidad al servicio al transformarse en una política de Estado que cuente con recursos asegurados. Esto permitirá avanzar en la profesionalización de los equipos de trabajo, mejorar la calidad

del servicio y favorecer a los sectores más vulnerables de la provincia.

Entendemos, también, que en el SEOS deberían incluirse Servicios de Orientación conformados por profesionales, como trabajadores sociales, psicomotricistas y psicólogos, que aporten una mirada integral del desarrollo infantil y la atención temprana. De este modo, se lograría acompañar a los docentes y sus familias en los procesos socio-educativos y favorecer la articulación familia-jardín-comunidad.

La demanda de los docentes a los profesionales de la salud se centra en la atención “del caso problema”. Sostenemos que los principales aportes que podría realizar un equipo multidisciplinario deberían centrarse en la formación docente para promover el desarrollo infantil en el medio familiar y comunitario. Consideramos valiosas aquellas propuestas formativas ligadas a lo que se denomina “capacitación en servicio” en el trabajo con las familias y la comunidad, que abordan prácticas de crianza.

La realización de las entrevistas nos permitió reflexionar sobre la importancia de fortalecer la formación docente en la temática del vínculo temprano y también sobre la necesidad de generar espacios de reflexión colectiva que permitan poner en discusión algunas concepciones ideológicas naturalizadas sobre la maternidad y la paternidad, las familias, la comunidad y el rol docente.

También nos posibilitó conocer modalidades y metodologías de trabajo muy valiosas, que valdría la pena sistematizar y socializar en otros jardines maternos.

Queremos resaltar la importancia de acompañar y sostener a las docentes en su tarea de cuidar a otros. Algunos docentes se sienten abrumados por el estrés de su profesión y carecen de un respaldo adecuado que los ayude a mantener un equilibrio emocional. Sería importante prestar atención a la salud mental de los docentes. La capacidad de un docente de responder emocionalmente a los niños puede depender de que, a su vez, él disponga de alguien que lo acompañe en sus problemas como docente.

Koplow (2005) afirma que fomentar el bienestar emocional de los niños en el nivel inicial requiere que los do-

centes, directivos y profesionales de salud mental que participan del proceso educativo reflexionen sobre el desarrollo de la individualidad en los niños y se comprometan a respaldar su salud emocional en el jardín.

El compromiso de crear ambientes escolares que promuevan salud mental requiere cambios en el sistema escolar. Estos cambios afectarán las reglamentaciones, las políticas y las rutinas de los jardines así como también las relaciones entre docentes y niños, la interacción familia-jardín y también los programas académicos.

Los controles de crecimiento y desarrollo: claves en la atención primaria de la salud

La atención primaria de la salud y el derecho a la salud

La atención primaria de la salud fue, en la Conferencia Internacional de Alma-Ata de 1978, la estrategia clave para que todos los pueblos del mundo alcanzaran un nivel de salud que les permitiera llevar una vida social y económicamente productiva. A 25 años de esa conferencia, se evaluaba que no se alcanzó la meta de salud para todos.

Esta declaración definía la atención primaria de salud como *“la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con un espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. La atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Representa el primer nivel de contacto de los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.”*¹⁶

16. Conferencia Internacional de Alma-Ata, 1978.

La atención primaria de la salud es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad y de atención de las personas y el conjunto social. No sólo provee servicios de salud, sino que afronta las causas últimas (sociales, económicas y políticas) de la ausencia sanitaria. En su visión integra la asistencia, la prevención de enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Su misión consiste en extender el sistema sanitario hasta la intimidad de las viviendas, de manera que permita conocer la realidad social y sanitaria de la población, mejorar la comunicación entre el individuo y su familia –con sus saberes y cultura– y la medicina científica.

El propósito de la atención primaria de la salud consiste en mejorar el estado sanitario de la población, involucrándola a través de la participación social y brindándole cobertura universal mediante actividades de promoción y prevención de la salud.

Los centros de salud son instituciones centrales en la política de atención primaria de la salud. Estas instituciones están incorporadas en la cotidianeidad de las familias. En general, es el primer lugar al que acuden cuando necesitan asistencia sanitaria. Para algunas familias, el centro de salud es una institución que se encuentra cercana tanto geográfica como simbólicamente. Otras familias, en cambio, lo perciben como una institución lejana, y se sienten excluidas de los servicios que allí se brindan.

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 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 cuatro elementos esenciales del derecho a la salud, que se encuentran interrelacionados entre sí, y se refieren a los establecimientos, bienes y servicios de salud. Su aplicación puede variar de acuerdo con la situación particular de cada Estado:

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

También se han establecido obligaciones de los Estados parte:

- 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).
- Obligación de cumplir (reconocer el derecho a la salud en sus sistemas políticos).

Favorecer el acceso a la atención básica de la Salud Mental incluye¹⁷:

- ✓ Calidad adecuada.
- ✓ Económicamente accesible y equitativo.
- ✓ Geográficamente asequible.
- ✓ Debe estar disponible sobre una base voluntaria, como lo es la atención de la salud en general.
- ✓ Con profesional calificado.
- ✓ Culturalmente adecuada.

La incorporación del enfoque de derechos en la salud posiciona al niño como un sujeto de derechos y no como un objeto de asistencia.

La Convención sobre los Derechos del Niño enuncia de manera positiva los derechos de la infancia y hace una mención específica sobre aquellos derechos relacionados al acceso: a servicios de salud, agua potable, atención prenatal, lactancia materna, saneamiento, prevención de accidentes y planificación familiar (Art. 24).

17. Tomado de los diez principios básicos de las normas para la atención de la salud mental – artículo 2– Organización Mundial de la Salud.

“Esta conceptualización lleva al sector salud a desempeñar un nuevo papel que va mucho más allá de presentarse como el organismo proveedor de cobertura, prestación y satisfacción de las necesidades sanitarias de la infancia, pues lo convierte en el garante del derecho a alcanzar el más alto nivel de salud posible para todos los niños y niñas” (Castro, 2007).

Los controles de crecimiento y desarrollo como ámbito privilegiado para fortalecer vínculos

En nuestras sociedades, hoy es el pediatra quien tiene un acceso casi 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.

El pediatra tiene como tarea primordial acompañar con su asesoramiento a los padres en la crianza de sus hijos. Y, además, 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.

Es importante resaltar que si bien el pediatra atiende clínicamente al niño, su trabajo se orienta a la familia. En palabras de Pérez (2009), *“el pediatra que actualmente se postule a sí mismo sólo como un médico de niño no está siendo justo consigo mismo y su tarea. Ningún pediatra atiende a un niño. Por su función es el vector natural para penetrar en la familia [...]. La perdurabilidad del contacto entre médico y paciente depende de la relación que establezca el pediatra con los padres del niño. Es necesaria esta primera toma de conciencia: ningún pediatra atiende a un niño, atiende a una familia”.*

La Sociedad Argentina de Pediatría considera que la función del pediatra, como médico de familia por excelencia, es la de tener un lugar privilegiado en la observación y seguimiento del desarrollo del niño.

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.

Pérez enfatiza la necesidad de que el pediatra articule en su bagaje médico conocimientos de la semiología de la familia. Agrupa los elementos semiológicos en cinco grandes categorías:

- El origen. De dónde proviene la pareja parental, cómo fueron sus familias de origen, cómo fueron sus padres, entre otros.
- La constitución de la pareja. Cómo se formó, cuánto tiempo lleva constituida, cuántos hijos tienen, etc.
- La integración de la familia. Convivencia, organización familiar, desempeño de roles materno-paternos, entre otros.
- El estado madurativo de la familia. Consolidación de la familia, crisis.
- La perspectiva que se otorga a sí misma la familia. Fantasías con las que se viven y proyectan a sí mismos hacia el futuro.

Como equipo, consideramos que 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.

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.

El vínculo temprano en los centros de salud: las perspectivas de enfermeras, médicos de familia y pediatras

Se presenta a continuación una síntesis de las principales temáticas trabajadas en las entrevistas a profesionales de la salud. Se resalta la visión de dichos profesionales sobre el lugar de la temática de los vínculos primarios en el centro de salud. En el último punto desarrollado, incluimos nuestras reflexiones acerca del material recabado en estas entrevistas, y de nuestra experiencia de trabajo en centros de salud a lo largo de las tres etapas del proyecto.

El centro de salud: institución de referencia para las familias

Se consultó a los profesionales acerca de su visión sobre lo que significa el centro de salud para las familias. En general, expresan que es una institución referente, que permite el acceso a la atención en salud a familias que no cuentan con obras sociales o medicina pre-paga. También resaltan la cercanía del lugar de residencia de las familias.

“El centro de salud para los padres significa una referencia, que en cierta manera tiene a resguardo su familia ante contingencias donde no entra a tallar lo económico; tenga o no tenga dinero tiene derecho a la atención” (Médico de Familia N° 1).

“Una guía y un punto de referencia. Y el centro de salud también es importante, porque no solo atiende a los niños sino a toda la familia. Es un punto donde no tienen que ir al hospital, que tiene la complejidad de que es más lejos” (Pediatra N° 2).

Un grupo de profesionales comprende que esta institución es para las familias solamente un lugar para la enfermedad y el asistencialismo.

“Para los papás, ‘significa paracetamol y leche’” (Pediatra N° 6).

“Acá lo ven desde el punto de vista de la patología: si estás enfermo, venís al médico; y si no estás enfermo, no venís al médico. Haría falta hacer hincapié en la prevención, todavía no ven el control del niño sano, el control de la embarazada” (Médico de Familia N° 12).

Respecto de lo que las enfermeras consideran que significa el centro de salud para las familias, surgen diversas expresiones, que indican también concepciones sobre la salud pública y el lugar que ocupa la atención primaria. Se podría agrupar las respuestas en algunas categorías como:

- El centro de salud como quiosco.
- El centro de salud como exigencia, obligación a cumplir.
- Una institución de apoyo y acompañamiento.

“Y el centro de salud yo creo que ellos lo tienen como el quiosco, porque ellos vienen a buscar la medicación” (Enfermera del departamento de Godoy Cruz).

“Para otros es una exigencia que tienen que venir, porque tienen un Plan o llenar la cartilla, no es otra cosa” (Enfermera del Departamento Guaymallén).

“Acá el centro de salud es todo. Es muy importante. Y eso muchas veces nos damos cuenta en que no nos han robado nada, siempre cuidan todo, hasta la limpieza. Estamos para atender sus necesidades y si no tenemos algo que necesitan, saben que vamos a hacer lo imposible para conseguirlo.” (Enfermera del departamento Guaymallén).

Consideramos que la significación que los profesionales de la institución otorgan a la salud y a la población que atienden es un factor que influye en el lugar que el centro de salud cobra para las familias.

El médico en el centro de salud: un profesional, un guía, un pilar, Dios...

Todos los profesionales entrevistados comparten que el médico de familia y el pediatra ocupan un lugar central en el centro de salud.

Los médicos de familia enfatizan su posibilidad de realizar una consulta integral de la familia, y de realizar prevención y promoción de la salud.

“Un recurso humano que se introduce tanto en el ámbito pediátrico como en el ámbito adulto y en el ámbito del embarazo, es decir, que prácticamente tiene un espectro amplio sobre toda la familia” (Médico de Familia N° 10).

Los pediatras enfatizan su lugar de privilegio para los padres y la comunidad.

“Al pediatra lo consideran como un Dios. A nosotros nos cuidan siempre, es un barrio conflictivo, entonces nos cuidan mucho” (Pediatra N° 11).

“Como en todos los lados el 80% de la consulta es pediátrica, entonces uno pasa a ser la perla del lugar porque básicamente no hay pediatras. Para los padres es todo, es el ‘consejero universal’, creo que no puede faltar” (Pediatra N° 9).

Algunos pediatras consideran que las demandas de los padres se reducen al pedido de asistencia, por ejemplo el pedido de leche, o el cumplimiento del llenado de la libreta de la AUH (Asignación Universal por Hijo).

“Lo veo muy ‘asistencial’ lo que se está haciendo ahora, para mí vienen a buscar la leche, la medicación y nada más. No hay una consulta por conocer pautas de crianza, no buscan nada para sus hijos excepto lo mínimo y necesario, vacunas, lo que hace a la nutrición, yo me siento acá que vengo a entregar leche” (Pediatra N° 6).

Las enfermeras muestran la relevancia que tiene la palabra del médico para la familia, y expresan que con el enfermero existe una relación más cercana, de mayor confianza.

“A los pediatras, acá, al médico de familia los escuchan mucho. Hacen todo lo que les dicen, en la mayoría de los casos” (Enfermera del departamento de Guaymallén).

“El enfermero es el amigo, el que te puede hacer el aguante para que el médico te atienda si un día viniste sin turno, porque tenemos más llegada al médico, que si van ellos puntualmente. [...] Creen que es más fácil venir y hablar con el enfermero que ir y hablar directamente con el profesional, es más cercano” (Enfermera del departamento Capital).

A lo largo de las etapas del proyecto, hemos observado el gran valor que tienen los profesionales de la salud, especialmente los médicos pediatras, para los padres y para la comunidad en general.

El centro de salud como ámbito privilegiado para fortalecer vínculos

La totalidad de las enfermeras, médicos de familia y pediatras entrevistados coincidió en que es importante trabajar la temática del vínculo temprano en los centros de salud. Algunos pediatras resaltan la centralidad del vínculo temprano en la salud física y mental del niño a lo largo de su vida.

“Porque de la calidad del vínculo va a depender si vamos a hacer prevención en salud, o vamos a tratar nada más que enfermedades. En general, los chicos que tienen buen

vínculo se enferman mucho menos que los que tienen un mal vínculo” (Pediatra N° 8).

“Es una función formadora, apoyar a la mamá para que entienda que ese vínculo es fundamental para la salud posterior de toda su familia, salud mental y salud física de todo el grupo familiar, evitar el día de mañana problemas de adicciones, violencia, todas las patologías que van relacionadas con esta falta de vínculo” (Pediatra N° 3).

Consideran también que la consulta pediátrica es un ámbito donde se pueden fortalecer vínculos saludables.

“Y enseñarles a tocar a su bebé, a cómo se debe levantar, alzar, porque hay muchas mamás que no saben ni cómo alzarlo, tomar la cabecita o cómo vestirlos. Hay algunas mamás que no saben, como hay otras que sí que tienen la experiencia, que también nos enseñan a nosotras” (Enfermera del departamento de Guaymallén).

“Se pueden tratar temas que los padres desconocen, no todas las mamás o los papás sabemos ser mamás, vamos aprendiendo” (Enfermera del departamento de Guaymallén).

“Viendo el contexto familiar, viendo el modo –desde que entra a la consulta–, en cómo trata al nene, cómo lo mira, cómo lo llama. Preguntarle en los cuidados que le hace, y ver qué tanto conoce al nene; porque hay muchas mamás que no están con su hijo durante muchas horas, por razones de trabajo, pero están interiorizadas en lo que les pasa, se ve un interés en el nene [...]. Hablando con la madre o dándole pautas, intentando fortalecer eso” (Pediatra N° 2).

El equipo sostiene que el centro de salud es la institución de atención temprana de la salud clave para fortalecer vínculos primarios.

Se señala la importancia del vínculo desde el embarazo.

“Creo que a la mamá se la tendría que preparar en el tema del vínculo temprano antes de tener el bebé” (Pediatra N° 6).

El control de crecimiento y desarrollo: una oportunidad para observar el vínculo temprano

La totalidad de las enfermeras entrevistadas considera que los controles de peso y talla son momentos

privilegiados para observar vínculos, ya que se observa cómo las madres les hablan a sus hijos, el contacto corporal, la distancia que establecen con ellos, etc.

“Cómo los cambian, cómo les hablen, esa conversación, ese estímulo que puede ser mamá-bebé, la forma de hablarle, de dirigirse hacia el niño es un momento privilegiado para observar el vínculo” (Enfermera del departamento Capital).

“De la manera como visten a los bebés, algunas lo hacen con mucho cuidado, otras en cambio lo hacen de mala gana, otras vienen y te lo dejan sin importancia arriba de la camilla, por poco te lo tiran” (Enfermera del departamento Guaymallén).

“Lo observo en el trato hacia el niño, o también cuando lo amamantan” (Enfermera del departamento Capital).

Los médicos señalan que en la consulta pediátrica la observación del vínculo permite brindar pautas y realizar orientaciones.

“Surge en la misma consulta, de ver la actitud del niño, ver cómo la mamá lo tiene alzado, cómo se dirige al chico, cómo le habla, la interrelación, e ir haciendo aportes ahí, fundamentalmente es una cuestión bien personalizada” (Pediatra N° 3).

“La consulta pediátrica va mucho más allá de ver una garganta, lo hago, por ejemplo, con el tema de lactancia materna [...]. Preguntando cómo está compuesta la familia, cómo vivís, de qué trabajan [...], cómo trata la madre al niño acá adentro, si le ha hecho todos los controles. Te podés dar cuenta de cómo es la relación madre-hijo, y si el padre aparece o no, de muchas cosas” (Pediatra N° 9).

Otro pediatra relativiza el consultorio pediátrico como lugar de observación del vínculo, ya que afirma que lo que se ve en el consultorio no es la única realidad de la familia.

“Se puede, pero no siempre. Porque muchas veces no es la realidad que uno ve en un rato en el consultorio lo que habitualmente se vive en la familia. Pero hay algunas cosas que cuando uno lleva tantos años te vas dando cuenta de que algo puede estar fallando” (Pediatra N° 7).

Como equipo, consideramos importante no limitar la interpretación de lo que le sucede a la familia al ámbito de la consulta pediátrica, ya que esto implicaría reducir al sujeto a la observación del profesional.

Dificultades para trabajar temáticas del vínculo temprano: poco tiempo, poco espacio, pocos profesionales

La mayoría de las enfermeras y algunos pediatras señalan como las principales dificultades el escaso tiempo de atención que pueden destinar a cada uno de los pacientes, por la cantidad de turnos que tienen que atender por jornada de trabajo, y los pocos profesionales que hay por centro de salud.

“Es mucha la demanda y son pocos los profesionales. Entonces el profesional se aboca a la patología y es muy somera la observación que puede hacer en este tema” (Enfermera del departamento Capital).

“Hay poco recurso humano que nos hace trabajar rápido, entrar y salir, a veces te podés dedicar y a veces no. Por inercia vamos y por falta de recurso humano se pasan muchas cosas, creo que tiene que haber más personal para hacer una atención más personalizada” (Enfermera del departamento de Guaymallén).

Algunos profesionales destacan que no con todas las familias se puede trabajar la temática de los vínculos primarios, ya que depende de su disposición, y también de la relación que el médico ha logrado establecer con la familia.

“Depende mucho de la persona, de la gente. Hay gente que viene a buscar soluciones concretas y hay gente con la cual se puede entablar una relación y dar más pautas, por ejemplo: alimenticias, de orden en la familia y demás; pero depende mucho de la gente. Depende mucho de la relación que se establece con el paciente, con el feedback que uno puede llegar a tener” (Pediatra N° 5).

También se plantean dificultades con relación al espacio institucional, debido a que en algunos centros de salud no hay un lugar apropiado para la enfermería, y los consultorios de los médicos son pequeños. En otros, no hay espacios suficientemente diferenciados entre los con-

sultorios, la enfermería y la sala de espera, lo cual dificulta realizar una intervención que considere la privacidad de la familia y/o niño.

“Uno de los problemas que tenemos es que la enfermería es chica y ahí hacemos control de niño sano, curaciones, todo junto, y a veces es muy rápido por la demanda” (Enfermera del departamento Godoy Cruz).

La visión de los profesionales acerca de los padres: ¿fortalezas y capacidades?

En las entrevistas realizadas, se les consultó a los profesionales sobre las capacidades y fortalezas de las familias que atienden para criar a sus hijos y acompañarlos en su crecimiento y desarrollo.

En algunos casos, existen dificultades para identificar capacidades en las familias. Un médico de familia señala que la fortaleza de la familia proviene del centro de salud.

“Nosotros le damos la fortaleza brindando un servicio de salud para aquel que no tiene, hay gente que viene y no tiene una patología por ahí bien clara, pero es gente que necesita venir porque se fortalece teniendo una charla, una comunicación, descargar algo” (Médico de Familia Nº 1).

Algunos pediatras no logran identificar fortalezas debido a que entienden que la pobreza en que viven las familias no les permite que surjan.

“Qué difícil la pregunta, porque en realidad, yo veo un grupo social de medio para abajo, y de bajo para más abajo, entonces muchas fortalezas no sé si hay. [...] Es una zona bastante conflictiva digamos.” (Pediatra Nº 5).

Esta relación pobreza-mal vínculo se acentúa marcadamente en algunos profesionales, quienes manifiestan que algunas familias llevan a sus hijos a los controles exclusivamente para cumplir con los requisitos necesarios para recibir la Asignación Universal por Hijo. Para este grupo de profesionales, las familias estarían interesadas sólo por el beneficio que reciben en el centro de salud.

“Ahora hay muchos controles porque están los planes, pero si no estuvieran los planes pasan los años y nunca hicieron un control” (Médico de Familia Nº 12).

“Fortaleza... en realidad, vienen a la consulta siempre, pero lo que buscan es el producto, la leche, la medicación, no van más allá, no vienen a preguntarte, no los veo interesados por el desarrollo de sus hijos” (Pediatra Nº 6).

Se valora de la comunidad que sea “obediente” a las indicaciones de los médicos.

“Creo que lo mejor que tiene la comunidad es que es una comunidad obediente, es una comunidad ingenua, por así llamarla, inocente, que respeta y que construye un ideal. Cuando está enferma, cuando va a consultar, construye un ideal de esperanza, de esperar que vos le resuelvas el problema” (Médico de Familia Nº 10).

Sin embargo, aunque atienden poblaciones con características similares, no todos los profesionales conciben a las familias de la misma manera. Algunos pediatras señalan que las familias están comprometidas con sus hijos y dispuestas a generar cambios en sus pautas de crianza si es necesario. También se destacan los esfuerzos de la familia más allá de la situación de pobreza económica en que viven.

“Lo que he visto, en general, son familias comprometidas. Y las que han tenido algún inconveniente, se les ha dado pautas y en el control siguiente las han tratado de modificar, y si no lo lograron, lo mismo han tratado de modificarlas” (Pediatra Nº 2).

“A pesar de que en este barrio son familias muy carenciadas, se preocupan bastante por los chicos, tanto por la educación como por la salud. No hay casi niños desnutridos acá. Son familias muy comprometidas con los chicos” (Pediatra Nº 11).

Se señala también como una fortaleza en la crianza de los niños el apoyo que recibe la familia de parte de la familia extensa, y la capacidad de la familia para pedir ayuda.

“También veo la capacidad de pedir ayuda. Ya sea al centro de salud o a otra institución, como también a distintos miembros de la familia ampliada” (Médico de Familia Nº 4).

Los vínculos familiares en sí mismos son visualizados, por una médica de familia, como una fortaleza.

“Y también, que existen vínculos importantes, más allá del tipo de familia que tengan” (Médico de Familia N° 4).

Las dificultades de las familias para acompañar a sus hijos en su desarrollo

Los médicos refieren como una dificultad central el hecho que los niños pasen muchas horas solos, sin un adulto referente que los cuide. En relación con este punto, se relatan distintas anécdotas de familias que dejan a sus niños solos en sus casas o al cuidado de los hermanos mayores.

Algunos profesionales vinculan este problema a la necesidad que tienen ambos padres de salir a trabajar. No logran asociar este problema a otras dificultades como, por ejemplo, que no existen suficientes jardines maternales en la zona, que cubran las necesidades laborales de las familias.

Una pediatra relaciona el tiempo de trabajo extra doméstico de la madre con la posibilidad de que los niños “pierdan” la relación con ella.

“Por trabajar muchas horas, la madre los deja al cuidado de las abuelas, tías, y el niño pierde la relación con la mamá” (Pediatra N° 2).

Se menciona también como una dificultad de las familias el hecho de que sean numerosas; es decir, la cantidad de hijos que tienen las familias es visualizada como un obstaculizador de la posibilidad de los padres de acompañar a sus hijos en el desarrollo. También se considera un obstáculo en la constitución del vínculo, los embarazos no buscados, no planificados.

Algunos pediatras logran relacionar las dificultades de los padres con la historia de vida de las familias.

“El nivel de educación que tienen. Los lazos de crianza que tienen, se guían por lo que los padres han hecho con ellos, o los tíos o abuelos, y muchas veces no es correcto y lo desatienden al nene” (Pediatra N° 2).

“Y a veces ellos mismos tuvieron mal vínculo y les resulta difícil dar algo que no tienen” (Pediatra N° 3).

Es interesante resaltar que, en una entrevista, las dificultades de la familia se asocian también a la atención que ha recibido el grupo familiar en el sistema de salud.

“Quizás alcanzaron la escolaridad, pero no se toparon con un médico que le diera pautas de alarma o de crecimiento” (Pediatra N° 2).

“El tiempo que se le dedica al paciente, el que no consigan turno, por ejemplo llegan a las 5 de la mañana a traerte a sus hijos al control y no consiguen turno y no viene al otro día ni en los siguientes [...]. La dificultad está en el sistema que todavía no funciona para darle respuesta a ellos, porque muchas veces no se le da el espacio de decirle: ‘mire, señora, tiene que levantarse temprano’, y de que entre al sistema, sino se lo expulsa” (Médico de Familia N°12).

Tanto los médicos como las enfermeras expresan como dificultad la temática de la maternidad adolescente. Algunos visualizan a la mamá adolescente como carente, poco preparada y la asocian a dificultades en el vínculo que establecen con sus hijos.

“Hay una dificultad actual, que está ocupando gran parte de nuestras preocupaciones que es las situaciones de las madres adolescentes. Que es general, están poco preparadas, y muchas veces no esperan la situación del embarazo. Por lo tanto, desde el comienzo, el vínculo es dificultoso, son embarazos habitualmente no queridos: por no estar alertados, ni preparados por la situación” (Pediatra N° 8).

“Hay chicas, mamás adolescentes, [...] y es muy poco el vínculo que tienen con las criaturas, acá nosotros les tenemos que explicar millones de veces, y muchas veces no les interesa [...]. El vínculo, ‘cero’, no tienen ni noción de que tienen que tener un buen vínculo con la criatura, entonces en el único lugar que esa gente lo puede ver es acá, porque de otro lado dudo que lo vaya a recibir” (Enfermera del departamento de Capital).

Los enfermeros resaltan también como una dificultad la falta de higiene. En algunas respuestas, aparece una relación entre las dificultades en el vínculo temprano y la pobreza o “riesgo social”.

“Sí, muy importante, [en relación al trabajo en vínculo temprano] más con esta comunidad, en esta zona. Hay muchos

casos, el riesgo social; por ejemplo, una mamá trae el nene y le preguntamos: ‘anoche le diste de cenar’ y nos contestan que no, porque no tienen plata para la leche. Le hacen estirar la leche, por ejemplo” (Enfermera del departamento de Godoy Cruz).

Consideramos que existen preconceptos en relación con la posibilidad que tienen o no tienen las familias para acompañar a sus hijos en el desarrollo, y generar vínculos saludables. Muchos profesionales realizan análisis lineales erróneos: mala higiene=mal vínculo, madre adolescente=mala madre, madre carente.

Existe, en algunos profesionales, la concepción de que la familia nuclear tradicional, heterogénea es el único modelo que puede establecer vínculos saludables.

Será un desafío para los profesionales poder comprender que la calidad de los vínculos no depende del tipo de conformación familiar, sino que existen en la actualidad diversos modos de vivir en familia.

Un pediatra reflexiona sobre la relatividad y la multicausalidad en las dificultades de la familia.

“No sé si hay tantas dificultades. Por ahí la problemática familiar, o social, en algún momento puede llegar a provocar tensiones o alteraciones que puedan hacer que haya muchos niños que no les den bolilla o no los atiendan, pero ellos mismos se van estimulando, o sea que todo también es muy relativo. Son muchas las cosas que uno podría decir, es multicausal. Hay casos que vos decís que les pasa todo y los niños están bien, y en otros es todo lo contrario, son tantos los factores que por ahí es difícil” (Pediatra N° 7).

Indicadores de riesgo vincular

Los indicadores de riesgo vincular que observan la mayoría de los médicos y algunas enfermeras están relacionados con problemáticas generales como la zona donde se encuentra el centro de salud, que es caracterizada como “problemática”, o “el problema del barrio”. Esto se vincula al “riesgo social”: la violencia, las drogas, la pobreza, el hacinamiento.

Sin embargo, en una entrevista, un pediatra diferencia la pobreza de la calidad de los cuidados paternos.

“Los indicadores se observan en el tipo de cuidados, más allá de las situaciones de pobreza. Pero también hay que tener cuidado con esto, porque me ha pasado que ves a los niños impecables y salís a la sala de espera y le están gritando, pegando” (Pediatra N° 7).

Para sintetizar, los indicadores de riesgo vincular mencionados por los profesionales de la salud (médicos y enfermeros) son los siguientes:

- Niños de diferentes padres.
- Conflictos familiares.
- Niños que son llevados al control por la abuela.
- Escasos controles pediátricos.
- Desnutrición y bajo peso.
- Falta de interés de los padres por sus hijos y falta de cuidados.
- Falta de higiene y de vestimenta.
- Nivel intelectual bajo de los padres.
- Accidentes y enfermedades frecuentes.
- Cuando no hay un buen desarrollo psicomotriz.
- Fracazos escolares, trastornos de aprendizajes.
- Violencia familiar (sobre todo física y verbal).
- Maternidad adolescente.
- Problemas sociales.
- Falta de límites.
- Vacunas incompletas.
- Abandono y negligencia.
- Rechazo al niño.

Articulación institucional: ¿trabajo en equipo?

La mitad de los médicos entrevistados expresaron que trabajan en equipo dentro del centro de salud. Algunos expresan que trabajan junto a profesionales de otras disciplinas y que esto enriquece las intervenciones porque se tiene una visión más integral de la familia. En general, son profesionales que valoran los aportes de otras disciplinas. El profesional con el que más se articulan tareas es con el trabajador social. En algunos casos, se trabaja multidisciplinariamente y en otros, lo que se observa es la interconsulta o la derivación entre profesionales.

Se detecta también, en los relatos, que depende de la voluntad de los profesionales, más que de una política institucional.

“Sí [artículo], con la trabajadora social, la nutricionista y la psicopedagoga, en el consultorio que se llama ‘Crecer Sano’ [...]. Esta articulación me permite avanzar más en el conocimiento de la familia, porque en la consulta pediátrica es muy difícil abarcar todo, conocer todo. Y en esta articulación, mientras yo saco las cuentas de cuánto creció, la trabajadora social va haciendo hincapié en lo que le llama la atención del relato de cómo es el modo en que viven, cómo interactúan entre sí, etc. La intervención se complementa mucho más” (Pediatra N° 2).

“Trabajamos en equipo, realmente acá conformamos un equipo y nos queda claro que todos tenemos intervención y que cada uno aporta lo suyo sin que haya papeles preestablecidos. Me parece que comentamos todos los casos, cuando hay dudas hacemos consultas. Creo que lo importante es que cada uno pueda hacer un aporte valioso para el bien de todos nuestros pacientes, que enriquezca” (Pediatra N° 3).

“No se armó un grupo de trabajo. Pero el saber que hay una nutricionista, una trabajadora social, una odontóloga, te da la posibilidad de que cuando detecto algo ir al profesional y comentarle o lo ven ahí mismo [...]. Todavía no se ha dado la posibilidad de una charla y decir: ‘yo trabajo en esto y vos en qué, ahora es: ‘mirá, tengo este problema, ¿lo podes manejar vos?’; ‘sí, mandámelo. Es más informal” (Pediatra N° 5).

Las enfermeras expresan que existe trabajo en equipo cuando refieren comentarle al pediatra lo observado en el control de peso y talla o en la sala de espera sobre alguna familia particular. Explican que en general depende de la voluntad del médico. Sin embargo, una enfermera comenta que no se trabaja en equipo porque esto no es priorizado institucionalmente ni desde los médicos ni desde las autoridades del centro de salud.

“Con algún pediatra, yo les digo lo que observo mientras esperan el turno o de algo que me enteré cuando hablé con las madres en el control de peso y talla. Pero no siempre se puede, no todos los pediatras te escuchan o te dan participación, algunos sí y está muy bueno para las madres. Pero con otros pediatras no lo he podido lograr” (Enfermera del departamento de Guaymallén).

Consideramos que el trabajo en equipo interdisciplinario en la atención temprana es indispensable para promover la salud integral de los niños, prevenir problemáticas

futuras y/o restituir derechos vulnerados de los niños y sus familias.

Articulación educación y salud

Se preguntó a los médicos si articulaban estrategias con el jardín maternal de la zona, la mayoría expresó que no. Afirmaban desconocer si desde otros servicios –como el de trabajo social– se articulaban acciones. Del total de médicos entrevistados, sólo dos expresaron que articulan alguna acción con el jardín y uno de ellos explicó que esto responde exclusivamente a la demanda de su directora.

Otros recuerdan que en alguna época se realizó un trabajo conjunto, pero que en la actualidad no se hace.

Capacitación en la temática del vínculo temprano

Las enfermeras coinciden en que la formación en la temática del vínculo temprano es necesaria e insuficiente.

“Tendría que haber más formación para trabajar en equipo y poder observar los indicadores clave” (Enfermera del departamento de Godoy Cruz).

“Sí, yo creo que necesitaría saber más. Estaría bueno que hicieran charlas y cosas que nos ayuden a nosotros a detectar algo, saber qué hacer, cuándo hacer y cómo hacer. Estaría bueno una capacitación en el tema” (Enfermera del departamento de Las Heras).

“Debería haber más capacitación en la temática específica, y sobre todo en cómo poder intervenir sin que suene a reto” (Enfermera del departamento de Guaymallén).

Sólo una enfermera considera que los profesionales están suficientemente formados y que las dificultades las tienen los padres.

“Falta información, hay mamás que no lo saben, otras no quieren escuchar lo que se les dice. Los profesionales están más informados, no creo que tenga que haber más formación para nosotros” (Enfermera del departamento de Guaymallén).

La mayoría de los pediatras coincide en que no existe formación suficiente sobre el tema.

“Creo que no, que en ese nivel habría que profundizar y hacer un tipo de sistematización que facilite el trabajo” (Médico de Familia N° 1).

“Creo que falta información. Y siempre está bueno que nos informen y nos formen en el tema a nosotros. Uno viene muy preparado para ciertas cosas, desde la facultad, pero después la realidad supera” (Pediatra N° 5).

“No, no tenemos una formación específica en el tema. Lo que vamos haciendo es ir aprendiendo en la medida que se va experimentando” (Pediatra N° 8).

Otros pediatras afirman que la formación existe, que depende de cada profesional incorporar la temática.

“La información está, depende de cada uno en querer acercarla y en querer formarse. En la Universidad (de Córdoba) y en la residencia recalcan permanentemente el tema, depende de cada profesional en comprometerse con el tema” (Pediatra N° 2).

“Sí, creo que hay formación en el tema. A nosotros nos dieron mucho material en la residencia. [...] Yo me formé en la temática por interés particular. Creo que es fundamental el tema, que todos deberían estar capacitados” (Médico de Familia N° 4).

Respecto de cómo incorporar la temática del vínculo temprano en el centro de salud, varios pediatras plantean que la capacitación es una de las estrategias clave. Otros afirman que es necesario profundizar el seguimiento de los niños. También proponen la apertura de talleres para padres, especialmente dirigidos a madres primerizas y madres adolescentes. Por otra parte, se sugiere la entrega de folletería que integre estrategias de promoción de la salud. Finalmente, una pediatra afirma que debería existir un servicio especial que trabaje la temática.

Intervenciones que motivan cambios y aprendizajes en las familias: un abanico de posibilidades

¿Responsabilizar... retar... culpabilizar?

“Yo creo que a la familia hay que hacerla sentir responsable de todo, no solamente de cuidar el peso y la talla del hijo,

sino de un montón de más cosas. Y a partir de eso, y de mostrarles que ellos pueden cambiar ciertas conductas de sus hijos, uno puede ver el cambio” (Pediatra N° 6).

“Está muy relacionado con la empatía que se logra con la mamá: hablar bien con ella, sin retarla, que no se sienta culpable, porque si no, no se logra nada [...]. Creo que tiene que ver con la llegada que tenga el médico con la mamá” (Pediatra N° 2).

“Me caracterizo por intentar tener una buena relación con la gente, y una vez que creo que llego a la gente, ‘si te tengo que retar, te voy a retar’, en el buen sentido; porque creo que te va a llegar el mensaje, y a partir de ahí creo que puede haber un cambio en la conducta” (Pediatra N° 5).

“Con los años he tratado de cambiar el ‘te obligo’ por el ‘te sugiero’ porque me da más resultado” (Pediatra N° 9).

Sostener, acompañar, respetar... insistir

“Si podemos organizar a esta mamá, lograr que se relaje, al ver una pequeña respuesta positiva en el bebé, eso se retroalimenta. Y cuando vienen con alguna inquietud, creo que el hecho de escucharla y darle una pequeña respuesta ya los alivia y hace que el vínculo se establezca” (Pediatra N° 3).

“Yo creo que todos los días un poco de insistencia es lo que al final puede dar resultados” (Pediatra N° 7).

“El tipo de relación que se establezca con la familia tiene que estar basada en la escucha, y ver qué cosas están y de a poco ir ingresando. Uno no puede invadir, tiene que ir ingresando de a poco y que ellos vayan viendo otra realidad y que solos vayan modificando su realidad. Respetándola, porque para mí una cosa es normal y para ellos puede ser otra, no todos somos iguales ni tenemos la misma familia. De a poco ir escuchando y de a poco, si ellos te permiten, ir mostrando otra realidad y vas a ver que podés ir modificando. Tenés que ir viendo, cada grupo de familia que es diferente al tuyo y cada uno vive su realidad” (Médico de Familia N° 12).

Abordajes integrales

“La intervención integral: acá trabajamos de manera conjunta la promotora de salud, la trabajadora social y la mé-

dica. Esto nos permite tener una visión más amplia de la familia. La promotora de salud es fundamental. Porque el trabajo de campo es esencial, nos da una visión que completa lo escaso que podemos ver desde el consultorio. También una intervención que implique la promoción” (Médico de Familia N° 4).

Asistir, educar, informar

“Siempre hay una presión de las familias con que algo hay que darle, pechan mucho con los antibióticos, con lo inyectable, entonces está en la educación en ese nivel” (Médico de Familia N° 1).

“Yo creo que hay que informar y formar. Sobre todo en estos últimos casos que hablamos antes, que no hay prácticamente una formación para quedarse embarazada y luego para asumir la crianza de los niños” (Pediatra N° 8).

“Sí, educar, educar desde todos los ángulos que vos puedas, educar con amor, con mucho amor a todo el que venga, organizar charlas” (Médico de Familia N° 10).

“La familia viene acá, y se dan charlas, se informa, se dan cursos, hay recursos” (Pediatra N° 11).

El pediatra en el Proyecto de “Fortalecimiento del Vínculo Temprano”

El Proyecto “Fortalecimiento del Vínculo Temprano” se propone 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.

En este marco, la capacitación a los profesionales de los centros de salud se realiza de acuerdo con distintas modalidades:

- El intercambio con los pediatras que se da a partir de la observación e intervención en la consulta pediátrica posibilita compartir distintas miradas de la díada (vincular, del desarrollo, del crecimiento, social, psicológica, entre otras) que en conjunto aportan una visión-intervención más integral. Se construye 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 favorece el intercambio en encuentros informales con los profesionales de los distintos servicios del centro de salud. De este modo, se ha logrado instalar la temática del vínculo temprano en los servicios del centro de salud con los cuales el Equipo del proyecto articula (pediatría, trabajo social, nutrición, entre otros).
- También se realizaron talleres específicos en la temática en los centros de salud que acogieron la propuesta.

En el marco del cierre del Proyecto del año 2008-2009, se realizaron entrevistas a algunos de los pediatras que participaron en la experiencia y conformaron, junto al Equipo, los Consultorios de Vínculo Temprano. En algunos centros de salud, se entrevistó también a otros profesionales que participaron del proyecto derivando familias.

La mayoría de los pediatras concluyeron que la experiencia de trabajar en su consultorio con los profesionales del proyecto del vínculo temprano les resultó muy positiva, interesante y enriquecedora. Les permitió tener una mirada diferente de la díada, más allá del monitoreo de peso y talla, la alimentación o revisión del niño cuando está enfermo. Además, les posibilitó proporcionar cuidados cuando está sano, detectar nuevos indicadores de riesgo vincular y ampliar su marco teórico.

Los pediatras destacan con relación a la experiencia:

“A mí me aportó mucho conocimiento. Hay cosas a las 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 las rodean. Ustedes captaban detalles que no me daba cuenta yo, que no estoy entrenada para eso”.

“Ha permitido focalizar en aspectos que hacen a la prevención, a manejarse con un concepto más amplio de salud”.

“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”.

Por lo expresado, consideramos que el trabajo interdisciplinario contribuye al enriquecimiento de la función del pediatra, aporta a la ampliación de su mirada y al aumento de la eficacia de su acto médico. El trabajo en equipo interdisciplinario es una opción indispensable para pensar en prevenir, promover y/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 díadas con las que se trabajó, señalaron que pudieron observar cambios positivos en ellas.

“Se vieron cambios en muchos chicos, muchos grupos familiares, cambios en ciertas parejas que venían que se morían, que después [...] 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. [...] A veces se daba que hablaban de 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”.

“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”.

Una trabajadora social de un centro de salud que participó de la experiencia destaca: *“Se propiciaban espacios de diálogo entre la familia, ni más ni menos que eso”.*

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

Y agregan que no conocen otros proyectos destinados específicamente al fortalecimiento del vínculo temprano; por lo cual, sería oportuno profundizar y continuar con estas acciones en todos los centros de salud y con una continuidad temporal, debido a que apunta a pre-

venir futuras patologías y, sobre todo, para brindar mejor calidad de vida a los niños y sus familias.

Respecto del papel que ocupa el pediatra en el fortalecimiento del vínculo, consideran que:

“El pediatra es una de las patas. Ve la falta de conocimiento de la mamá sobre algunas cosas, como por ejemplo, sobre la alimentación, o sobre ciertos alimentos respecto de 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”.

“La función del pediatra es muy importante, tiene que haber una buena llegada, si no tomamos en cuenta a esta relación, la cosa va a andar mal seguro”.

En relación con 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 grado en la carrera de medicina, sino que también existe poca formación en la temática a nivel de carreras de posgrado y 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 tendría que haber más cosas, más profesionales trabajando en esto”.*

Frente a esta situación, se les interrogó acerca de cómo creían que se debería incorporar la temática en el centro de salud en que desarrollan sus funciones. La mayoría señaló que las capacitaciones e intervenciones se deberían ampliar a diferentes profesionales y servicios de la institución.

“En el curso de preparación pre parto, en el consultorio de nutrición”.

“En enfermería seguro, 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 [...]. Estaría bueno que los obstetras se engancharan también, porque ellos pueden percibir cosas desde antes, desde el embarazo”.

La trabajadora social entrevistada agrega: *“Yo creo que debería haber consultorios como los que ustedes han creado, donde haya miradas entrenadas a quienes se pueda derivar. En la institución se está creando un espacio 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, donde se pueda, con otros pediatras, enfermería, obstetricia”.*

En referencia 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”.

“Descuido en la satisfacción de las necesidades básicas de los niños, sobreprotección, reconocimiento del recién nacido”.

La trabajadora social agrega: *“Los roles de la mamá, el papá. El orden en la alimentación en algunos niños. Con quién come 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”.*

Finalmente, en función de los aportes y sugerencias que realizarían, los profesionales destacaron la importancia de que este espacio de trabajo interdisciplinario, el Consultorio de Vínculo Temprano, se amplíe a todos los centros de salud como parte de la política del Estado Provincial:

“Esto tendría que existir en todos los centros de salud. Por más chico que sea. 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”.

“Que existan 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”.

Para concluir este apartado, quisiéramos reafirmar que es necesario 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, para intervenir tempranamente y a tiempo.

A modo de reflexión

En este apartado, considerando el material aportado por las entrevistas, realizamos algunas reflexiones y, frente a ellas, dejamos planteada nuestra posición como equipo.

Consideramos que los centros de salud deben ser instituciones inclusivas. Es paradójico que a pesar de esto, al ingresar a cualquier centro de salud de la provincia lo primero que se observa en la puerta de entrada o en la administración es cartelera que afirma “NO hay leche”, “NO se realizan controles de crecimiento y desarrollo”, “NO se atiende sin el DNI”, “NO se entregan turnos por la tarde”.

A pesar de que los centros de salud deberían centrarse en la prevención y la promoción, en muchos de ellos, sostenemos que estas acciones estratégicas no alcanzan un lugar de privilegio. La organización del centro de salud se focaliza en la atención individual en consultorios.

Debido –entre otras cosas– a la sobrecarga de tareas que existe en la mayoría de estas instituciones, las consultas atienden principalmente la demanda espontánea generada por situaciones de enfermedad. Es decir, que la atención se centra en la enfermedad.

La urgencia –que en ocasiones es atendida desde un enfoque biológico, individualista, reduccionista y a veces despersonalizado– deja escaso margen a la observación del niño y al diálogo con la familia.

Consideramos que la atención que usualmente se brinda en los controles de crecimiento y desarrollo limita su

abordaje al control de peso y talla, a indicaciones respecto de la vacunación y la alimentación, y a la identificación de algunas pautas básicas cuya manifestación se espera dentro de una serie de parámetros establecidos como normales.¹⁸

En consecuencia, las dificultades y dudas de las familias con respecto a la crianza y al vínculo con los niños quedan –la mayoría de las veces– fuera del consultorio médico.

En ocasiones, existen dificultades para observar pautas vinculares, escasa formación de los profesionales en la temática y poco diálogo con la familia durante la consulta. Hemos aprendido, a lo largo de la experiencia del proyecto, que esto trae como consecuencia que ciertos indicadores de riesgo (dificultades en la puesta de límites, en la alimentación, en el sueño, en el desarrollo del lenguaje) sólo son detectados cuando se manifiestan como problemas de conducta o de aprendizaje, problemas para relacionarse, situaciones de maltrato, entre otros.

Consideramos esencial profundizar la formación de los profesionales de la salud en la temática del vínculo temprano, y hacer particular hincapié en la importancia de la observación-intervención en los espacios a los que las familias asisten cotidianamente. Se apunta, de este modo, a promover factores protectores de los vínculos primarios y detectar precozmente dificultades vinculares que obstaculizan el desarrollo integral del niño. En este sentido, los aportes de la Escala de Massie-Campbell son clave para identificar indicadores vinculares.

La formación puede también desnaturalizar algunas concepciones presentes en los centros de salud sobre la familia, la maternidad adolescente, la niñez, la pobreza, etc. Actualmente, estas visiones estigmatizan y no consideran a cada sujeto y familia en su singularidad, por lo que se alejan de la protección de derechos.

Creemos necesario ampliar el trabajo de asistencia y orientación incorporando en la consulta pediátrica los procesos de desarrollo que inciden en la salud integral de los

niños. En este sentido, el trabajo multidisciplinario puede ayudar a una comprensión más integral del desarrollo del niño al incorporar el aporte de distintas disciplinas como el trabajo social, la psicología, la psicomotricidad al desarrollo del niño en su medio familiar y comunitario.

En las entrevistas realizadas y en la experiencia desarrollada en los centros de salud, se observaron dificultades para trabajar multidisciplinariamente dentro de las instituciones. Esto puede explicarse, entre otras razones, por el modelo médico-hegemónico imperante.

A pesar de la clásica definición de la salud de la Organización Mundial de la Salud (OMS), el sistema de salud se dirige hacia la enfermedad. En la atención a ésta, persiste una mirada biologicista y reduccionista favorecida por el mencionado modelo médico.

“Cuando el trabajo se orienta hacia el polo de la enfermedad, el método epidemiológico prioriza la elección de aquellas variables asociadas al mayor riesgo de enfermar o de morir, mientras que al orientarse hacia el polo de la salud también cobra importancia definir las variables que posibiliten una mejor calidad de vida en el marco del cumplimiento de los derechos humanos de las familias” (Barg, 2009).

Como equipo, consideramos que los pediatras se quejan de que los padres se acercan sólo en momentos de enfermedad; y responsabiliza a la familia de esta situación, sin tener en cuenta la centralidad que tiene la enfermedad en el sistema de salud. Al considerar que la dificultad está en las familias, no logran visualizarse a ellos y al sistema de salud en su conjunto, como parte de esta problemática. La familia asiste ante la urgencia y la enfermedad porque el centro de salud se centra en ella.

“El pobre hace un alto uso de los servicios de emergencia, en un segundo lugar de los servicios curativos y esporádicamente de los preventivos, y la atención se focaliza en un fragmento del proceso salud-enfermedad” (Barg, 2009).

Frente a distintas situaciones de crisis que el sistema de salud transitó en estos últimos años, se pudo observar en la experiencia del proyecto que lo primero que se suspenden son las actividades preventivas y promocionales. Los paros de profesionales, los picos de infección

18. Indicadores que pueden observarse en la libreta de salud de la provincia.

nes respiratorias, la Gripe A provocaron la suspensión en los centros de salud de los controles de crecimiento y desarrollo por prolongados períodos.

La centralidad que ocupa la atención individual en consultorio se refleja también en la escasez de actividades grupales, formativas, de reflexión e intercambio, recreativas, destinadas a poblaciones sanas desde una perspectiva promocional y preventiva.

En este sentido, si bien los médicos reconocen la centralidad del vínculo temprano desde el embarazo, no existe una oferta de talleres para la preparación para el embarazo y el parto en todos los centros de salud. Por otra parte, en aquellos centros de salud en los que esta estrategia se desarrolla, depende en muchas ocasiones de la voluntad de un profesional más que de una visión y política institucional.

Consideramos que un aporte del proyecto para profundizar las estrategias preventivas y promocionales ha sido incorporar la temática de los vínculos primarios en los talleres de embarazadas existentes y la realización de actividades en sala de espera.

Existen dificultades en el sistema de salud relacionadas al espacio edilicio, al recurso humano especializado, a la cantidad de turnos que se otorgan, a la escasez, en ocasiones, de medicamentos y equipamiento, a la tarea administrativa que demanda mucho tiempo, a dificultades en las condiciones laborales. No puede desconocerse que estos condicionantes de la política de salud dificultan las intervenciones, generan malestar en los profesionales y limitan las posibilidades de atención.

Si bien este contexto desfavorable es similar para todos los profesionales, algunos se ubican más desde el lugar de la queja; y otros, aunque sienten que estas condiciones limitan su trabajo, buscan generar pequeños cambios focalizándose en lo que pueden hacer y luchando cotidianamente para que las condiciones sean más favorables.

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.

Conocimos sólo dos experiencias vinculadas a la salud –por cierto muy valiosas. Una de ellas se desarrolla en el Centro de Salud N° 17 de Las Heras y en la otra confluye el esfuerzo articulado de diversas instituciones en el Barrio La Gloria (centro de salud y jardín maternal de la zona y Centro de Salud Mental Infanto Juvenil N° 1 de Godoy Cruz). Estas importantes experiencias tienen un impacto local, pero no existen otras de alcance municipal ni provincial.

Consideramos que el trabajo en la comunidad, a través de proyectos preventivos que den sentido e integridad a las estrategias de fortalecimiento del vínculo temprano, debe estar incluido en las actividades de atención primaria de la salud y coordinadas intersectorialmente.

Conclusiones

La experiencia a lo largo de las tres etapas del proyecto nos permitió realizar ciertas reflexiones que, a modo de conclusiones, quisiéramos compartir.

La primera aproximación teórica a la temática del vínculo temprano nos llevó a centrar la mirada sobre la díada madre-hijo. La construcción de un marco conceptual consensuado y compartido por los miembros del Equipo amplió la perspectiva de la intervención: el acento ya no estuvo puesto exclusivamente en la díada, sino en los vínculos familiares.

Esta necesaria ampliación de la mirada hace que no busquemos intervenir sólo en el vínculo temprano, sino, poco a poco, también en los vínculos primarios que hacen a la vida de un niño. Consideramos, así, que las intervenciones en esta temática deben apuntar necesariamente al fortalecimiento familiar.

Cada niño y cada familia son únicos, por lo tanto cada intervención también es única y debe ser pensada a partir de las particularidades de esa familia. No son posibles las recetas preestablecidas a la hora de pensarla. La clínica, según Karsz, lo es siempre desde lo singular.

Por otra parte, consideramos que es importante la construcción de la intervención con el otro. El profesional puede acompañar a la familia para encontrar las posibles soluciones a sus dificultades, pero para ello debe tener claro que él no es "Dios", no sabe de antemano cuál es la mejor intervención posible ni cuáles serán los efectos que sus dichos produzcan en los vínculos familiares.

Hemos aprendido que en el terreno de la prevención y de la promoción de la salud, es esencial poder flexibilizar la intervención hacia aquello que es posible para las familias. De este modo, las estrategias del proyecto que tienen un mayor impacto son las que consideran los

espacios donde la familia transita en su cotidianeidad, y apunta a enriquecerlos.

En este mismo sentido, podemos afirmar que también es primordial la capacidad de los profesionales para lograr ser creativos en las estrategias de trabajo y para buscar alternativas de intervención que se adapten a las características particulares de la población con la que se trabaja, y a las posibilidades y limitaciones institucionales.

Consideramos esencial, especialmente cuando se trata de proyectos con una duración determinada, poder dejar capacidad instalada a través de la formación y capacitación de los profesionales de la institución. De este modo, la temática puede quedar integrada a las tareas institucionales, y puede continuarse el trabajo; en este caso, en el fortalecimiento de los vínculos primarios más allá del equipo del proyecto y de la duración del mismo.

Con relación a nuestra experiencia como equipo interdisciplinario, aprendimos que ninguna disciplina explica por sí sola la realidad de una familia. Intentar comprender una realidad desde un solo lugar nos conduce a explicaciones reduccionistas, a preguntas insuficientes y a miradas sesgadas. Y no es necesario mencionar que la familia, en su complejidad multifacética, no resulta un tema simple. En este sentido, intentar romper con las barreras disciplinarias es un gran paso, aunque no sencillo.

Desde el punto de vista epistemológico y metodológico, la interdisciplina implica reelaborar los datos que surgen al describir las características que adquieren los vínculos primarios en una familia particular. El dato no aparece como algo dado, es el resultado de un trabajo de investigación.

La reelaboración de los datos que permiten construir diagnósticos no se da espontáneamente, sino que es

producto de un deliberado proceso de formación sistemática, guiado por una intencionalidad determinada y analizado desde un marco referencial desde el cual se mira esa realidad.

En este sentido, valoramos los esfuerzos que desde el equipo realizamos para construir un marco referencial común –producto de intensas discusiones, análisis clínicos y formación interna– que nos permite intervenir desde una concepción compartida de sujeto, de vínculo, de familia, de intervención, de política pública.

Además, consideramos fundamental alejarnos de las explicaciones que a los profesionales nos convencen y “nos cierran” fácilmente, y nos conducen a la comprensión reduccionista y a las recetas conocidas.

Desde este punto de vista, coincidimos con Karsz cuando afirma que muchas veces los profesionales, apurados por pasar a la acción, no se demoran en reflexiones que creen superfluas y ponen a funcionar el verbo ser “de manera apodíctica”, por ejemplo, “él es toxicómano”. Esto se justifica desde lo complicado del caso, confundiendo con complejo y subestimando que un caso no complicado no es un caso real, sino “una muestra gratis”.

En toda intervención existen tensiones que es importante explicitar, nombrar, para así poder pensarlas y discutir las. Creemos que ha sido nodal identificar las tensiones por las que han transitado nuestras intervenciones con familias, lo cual nos permite problematizar la realidad y alejarnos de soluciones acabadas.

Se trata, ni más ni menos, de abandonar toda mirada inocente y naturalizada sobre ese paisaje tan nombrado y supuestamente tan conocido: la familia. Resulta una mirada inquisitiva que busca determinadas explicaciones definidas como importantes y, paradójicamente, deja de lado otras cuestiones que no está seleccionando para que sean observadas en ese momento.

En este sentido, es fundamental descubrir y develar las ideologías presentes en las intervenciones.

Como equipo, sabemos que portamos una ideología – más o menos consciente o inconsciente– respecto de

qué es el vínculo, qué es ser mujer, qué es ser madre, padre y niño, que se pone en acto en la intervención profesional. Lograr identificar y develar la ideología es parte de la tarea profesional e interdisciplinar.

Podemos pensar, por ejemplo, en el 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 que esta función orientadora que realiza el médico en diferentes temáticas está cargada de ideología, no sólo de conocimiento científico sólido. Aunque la ideología dominante del modelo médico hegemónico, precisamente, invisibiliza esto.

Sabemos entonces que tanto los profesionales como los destinatarios de los servicios portan ciertas ideologías. Valores, creencias e ideales circulan en las relaciones entre unos y otros; sin embargo, no podemos desconocer que la relación entre profesionales y destinatarios es una relación asimétrica de poder.

Continuando con el ejemplo del pediatra, diremos que es una figura que cobra una gran importancia, ya que los padres consideran la información que les proporciona como muy relevante. Es decir, ostenta una posición preferente ante los ojos de los padres, y sus opiniones gozan de un alto valor, lo cual hace que sus intervenciones logren generar cambios en beneficio de la salud y desarrollo del niño.

A la vez, 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”). En numerosas ocasiones, ello genera conflictos en la comunicación establecida, dificultades en la implementación de las indicaciones médicas, 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 tiene cada una de las indicaciones, señalamientos y gestos que realiza en las consultas. Fácilmente los diagnósticos pueden convertirse en estigmas y los profesionales de la salud, en jueces de la vida de los sujetos.

Con relación al impacto logrado por el proyecto, es posible dar cuenta de la cantidad de familias con las que hemos trabajado a lo largo de sus tres etapas.

En la primera de ellas, desarrollada en 2006/2007, se mantuvieron entrevistas de seguimiento con 28 días, de las cuales 17 concurren periódicamente.

Se desarrollaron 39 talleres con padres de niños de entre 0 a 3 años, que se llevaron a cabo en jardines maternos y centros de salud de los Departamentos de Guaymallén, Las Heras y San Rafael, de la provincia de Mendoza.

En la etapa que transcurrió en 2008/2009, se mantuvieron entrevistas con 36 familias. Se logró realizar un acompañamiento familiar periódico con 25 de ellas. También se llevaron a cabo 9 talleres con padres y con mujeres embarazadas. Durante la tercera etapa del proyecto, ejecutada en 2010/2011, se han realizado –hasta el momento– 55 orientaciones familiares, y acompañamiento periódico a 17 familias.

Además, se desarrollaron 16 talleres con mujeres embarazadas, con un promedio de 8 participantes por taller. Aproximadamente, el 20 % de las familias participantes de los talleres eligieron realizar los controles de crecimiento y desarrollo de sus hijos en el Consultorio de Vínculo Temprano.

En esta última etapa, se hicieron actividades en sala de espera con una periodicidad semanal. Participaron en las actividades lúdicas entre 12 y 15 niños y se realizaron intercambios con relación a las temáticas que hacen al fortalecimiento del vínculo temprano con los miembros de sus familias que los acompañaban (madres, padres, abuelos, tíos). Al mismo tiempo, se brindó orientación al resto de los adultos que manifestaban inquietudes en torno al tema en la sala de espera.

Consideramos esencial, en las intervenciones con familias, aprovechar y enriquecer los espacios institucionales que transitan cotidianamente, en beneficio del desarrollo infantil y de la promoción de los derechos de la infancia.

Respecto de los logros alcanzados en la experiencia, es posible afirmar que con los padres que se ha trabajado

con continuidad en el tiempo, se han observado cambios importantes que favorecen el desarrollo del vínculo temprano y el crecimiento de los niños.

Resulta más notorio cuando son los padres los que demandan ayuda frente a algo que se les hace difícil en relación con sus hijos. Esto favorece la escucha a las intervenciones y orientaciones del equipo, y la reflexión para modificar conductas que posibiliten cambios en el vínculo con sus hijos. A partir del seguimiento realizado, las familias con las que hemos trabajado han logrado una mejor relación vincular. Lo cual se ve reflejado en:

- Fortalecimiento de la lactancia materna.
- Aumento de peso en niños desnutridos.
- Organización de rutinas familiares más favorables al desarrollo y crecimiento de los niños.
- Disminución de alteraciones en el sueño.
- Mayores posibilidades de los padres para poner límites y para establecer acuerdos en la crianza de sus hijos.

A nivel institucional, en aquellas educativas y de salud con las que hemos articulado tareas, se ha logrado instalar la importancia del vínculo temprano. El personal que se encuentra en contacto con la población en riesgo materno-infantil, al tener un mayor conocimiento, puede intervenir y posibilitar cambios y nuevas acciones en referencia a los vínculos primarios.

El proyecto ocupa, a partir del trabajo iniciado en las instituciones, un lugar en su dinámica. Destacamos que los servicios que se encuentran en estrecha vinculación con el proyecto destinan un tiempo particular para el trabajo conjunto con el equipo.

En los centros de salud, se establece media jornada semanal para el trabajo en Consultorio de Vínculo Temprano. Se logró, así, la dedicación de recursos humanos, un tiempo y un espacio institucional al fortalecimiento de vínculos primarios. Se pudieron realizar intervenciones interdisciplinarias, junto a profesionales de la salud, especialmente pediatras y trabajadores sociales.

En la primera etapa del proyecto, se trabajó en estrecha articulación con jardines maternos, que destinaron una jornada mensual para el trabajo de los docentes con el

equipo. Se logró la inclusión de la temática del vínculo temprano en la Planificación Estratégica Institucional (PEI) de los jardines maternos. Los docentes participaron activamente también en el desarrollo de talleres mensuales para padres que realizaba el equipo.

Se ha enriquecido la formación y la capacitación del personal de las instituciones, tanto de salud como de educación, en la temática.

Se ha realizado una aproximación diagnóstica de la situación de la temática del vínculo temprano, y del lugar que ocupa en las instituciones de salud y educación que trabajan en atención temprana.

Para finalizar, quisiéramos dejar señalados algunos aportes para el diseño de políticas públicas con relación a la temática.

En primer lugar, afirmaremos la importancia de que las políticas destinadas a los niños y sus familias se definan como políticas que tiendan a la universalidad de los derechos y se distancien de la focalización de servicios para pobres, beneficiarios, asistidos. No es ninguna novedad que el neoliberalismo impuso una transformación de la política social, que reforzó la desigualdad e incidió en la conformación social de los sectores populares.

La noción de focalización –incluida en las recetas neoliberales– plantea una visión residual de la política social, a la que le corresponde llegar donde el mercado no llega, identificando “grupos de alto riesgo”.

Consideramos que las políticas de atención temprana deben alejarse de la idea de familias en riesgo, que fácilmente se confunde con la de familia riesgosa. Los servicios destinados a que las familias puedan cuidar y responsabilizarse de sus hijos deben ser universales y estar disponibles para todas ellas.

Las políticas focalizadas no resuelven los problemas de integración ni de pobreza, tampoco favorecen un proceso de acceso a la ciudadanía, ya que ni igualan las condiciones sociales ni generan condiciones de igualdad.

En este sentido, nuestra visión es que la intervención con familias debe alejarse de intervenciones que sean

asistenciales y tutelares, de tratamiento de casos, que se centre en lo patológico y enfermo para constituirse en servicios de acompañamiento y orientación para la crianza, disponibles para todas las familias que lo demanden en los centros de salud y jardines maternos cercanos a su cotidianidad, favoreciendo una relación Estado-familia con raíces profundamente democráticas.

La estrategia de focalización oculta que la pobreza no es sólo un problema de acceso a bienes o servicios. Los pobres no lo son sólo porque les faltan cosas, sino porque se ha logrado naturalizar la desigualdad social. Y lo que sí consigue –y no como un efecto no previsto– es profundizar la diferenciación y fragmentación entre “beneficiarios de políticas”. Esta estrategia ubica al sujeto en el lugar de asistido, deudor de un Estado que con mucha generosidad puede otorgarle algo, no porque sea su obligación ni porque aquel sujeto tiene derechos, sino porque es “bueno y generoso”.

El eje motor de la política debe ser garantizar los derechos de la familia –o, mejor dicho, las familias– y no la familia pobre, la familia marginal, la familia excluida.

El cambio desde una estrategia de política social que promueve la universalidad de derechos a otra que prioriza la focalización de la asistencia implica no solo pérdidas en términos de la posibilidad de acceder a la satisfacción de necesidades básicas, sino que también tiene importantes consecuencias a la hora de definir el sujeto de la política social: “el pobre”. Este último se define como víctima necesitada de asistencia o como delincuente que precisa control y castigo. De esta manera, el sujeto popular queda atrapado en esta nueva categoría clasificatoria, “el pobre”, y se le quita, así, su lugar como sujeto capaz de transformar su propia vida.

Las políticas sociales que se destinen a las familias tienen que centrarse en reforzar las redes identitarias y de sostén con su comunidad, ya que esto favorecerá los vínculos de los niños con su entorno. Las políticas sociales deben tener un anclaje universal, pero situadas en un territorio.

La efectivización de los derechos de los niños encuentra en el espacio local el ámbito más propicio para su desarrollo. En estos espacios es donde los sujetos despliegan su vida cotidiana, construyen las relaciones de cercanía

que otorgan sentido a sus vidas, y –debido a múltiples factores– es allí donde desarrollan las identidades que fortalecen su proyección de futuro.

En el espacio local, hay actores sociales que son fundamentales, ya que poseen la potencialidad de acrecentar la integración social y, a la vez, consolidan la construcción de lo público como un espacio colectivo que se hace presente para el ejercicio de los derechos y construcción de la ciudadanía. Reconocemos como actores sociales –que en lo local cumplen las funciones antes descritas– tanto a efectores públicos localizados como jardines maternos, centros de salud, servicios municipales, como así también organizaciones sociales territoriales, referentes barriales y agentes multiplicadores comunitarios.

La Ley 26.061 promueve en su esencia la creación de una Red de Redes, que involucre a los distintos actores (nación, provincia, municipio, organizaciones sociales, comunidad) capaces de generar una política pública de alto impacto que, además de promover derechos, los proteja y restituya. Es el trabajo en red articulado en un territorio el que permite potenciar recursos, resolver conjuntamente problemas comunes en un sistema abierto, multicéntrico y heterárquico, en el que se optimizan los aprendizajes, porque son socialmente compartidos.

Cuando hablamos de políticas universales, no nos referimos a homogeneizar los servicios, porque deben estar disponibles para todas las familias, pero también considerar las particularidades culturales, familiares e individuales de los niños. Las políticas deben incluir alternativas de intervención, articuladas y adecuadas a las distintas realidades locales.

Como venimos afirmando a lo largo del libro, las políticas de atención temprana deben centrarse en el acompañamiento familiar y no en el niño como un sujeto aislado. Fortalecer vínculos implica trabajar en la trama vincular y no sólo en una de las partes de la díada madre-hijo. Esto implica, por un lado, ampliar la oferta de servicios de acompañamiento, seguimiento y orientación, para que las familias reflexionen e incrementen sus recursos de crianza en las instituciones públicas y en el ámbito comunitario; y por otro, que los servicios de salud y educación existentes –particularmente jardines maternos

y servicios de pediatría de centros de salud– comprendan que atienden a un niño pero que trabajan con una familia, y que el objetivo de la política es que la familia sea fortalecida. El desarrollo infantil se trabaja en la familia, no fuera de ella.

La Convención de los Derechos del Niño (CDN) explicita el principio de indivisibilidad de los derechos de éstos. Y específicamente, que la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños son interdependientes.

Esto implica, como venimos sosteniendo, que las políticas deben involucrar a las familias, pero también que es necesario promover intervenciones integrales e intersectoriales que articulen los esfuerzos del Estado y la sociedad civil.

Las oportunidades para que los niños logren mayores niveles de desarrollo aumentan cuando son favorecidas por políticas públicas de apoyo a la familia formuladas desde abordajes intersectoriales.

Observamos que existe cierta dificultad para comprender la integralidad e interdependencia de los derechos de los niños, que se traduce, por ejemplo, en la casi inexistente articulación salud-educación-desarrollo social.

Como especificamos en el Capítulo 4, no se ha consolidado aún una articulación entre centro de salud y jardines maternos que permita miradas más abarcadoras de la familia y que se traduzcan en un servicio más integral.

En general, las escasas experiencias que existen dependen de la voluntad de algún profesional o docente y no de una política institucional. Se concibe al trabajo de articulación interinstitucional, en muchas ocasiones, como “trabajo extra”. Es decir, que las instituciones no se comprenden como una parte de la trama comunitaria, integrantes del Sistema de Protección Integral de Derechos creado por la ley 26.061.

El Sistema que establece la Ley es un conjunto de políticas que consideran al niño, niña y adolescente como un sujeto activo de derechos, en un sentido abarcativo de los mismos y a lo largo de todo su crecimiento. Define

las responsabilidades de la familia, la sociedad y el Estado con relación a los derechos universales y especiales por su condición de persona en desarrollo.

En la base de este sistema se encuentran el conjunto de políticas públicas básicas y universales que definen la concepción del niño o adolescente como sujeto de derechos, políticas necesarias para su pleno desarrollo: educación, salud, desarrollo social, cultura, recreación, juego, participación ciudadana.

Este sistema está conformado por todos aquellos organismos, entidades y servicios que diseñan, planifican, coordinan, orientan, ejecutan y supervisan las políticas públicas, de gestión estatal o privadas, en el ámbito nacional, provincial y municipal, destinados a la promoción, prevención, asistencia, protección, resguardo y restablecimiento de los derechos de niñas/os y adolescentes (Artículo 32).

Los jardines maternos y los centros de salud constituyen instituciones claves del Sistema de Protección Integral de Derechos para el fortalecimiento de vínculos primarios.

En este sentido, consideramos central instalar institucionalmente esta temática y fijar la perspectiva de intervención en éstas. Lo cual puede permitir que se modifiquen algunas prácticas institucionales, algunos servicios y rutinas, y también concepciones del niño y su familia.

Las actuales políticas de atención temprana deben profundizar la evaluación de los programas existentes y tener como ejes la concepción del niño como sujeto de derechos y la relevancia de los vínculos primarios en los primeros años de vida en la constitución de los sujetos.

Es importante generar sistemas de evaluación que, trascendiendo la búsqueda de cierta información estadística, puedan medir logros e impacto de los servicios destinados a la primera infancia, y que puedan ser comunes a las instituciones educativas y de salud.

La calidad e integridad del servicio brindado requiere generar canales participativos de evaluación, que incluyan la voz de los niños y sus familias.

Por otra parte, consideramos que construir criterios de evaluación institucionales comunes que se centren en los derechos y en los vínculos permitirá problematizar algunos indicadores que se utilizan para medir riesgos y diagnosticar problemáticas.

La incorporación progresiva de mujeres a la fuerza de trabajo –entre otros factores– ha provocado que hoy muchísimas de ellas sean jefas de hogar. Esto ha conducido a una mayor demanda de servicios de jardines maternos que se orienten a los sectores populares, para facilitar la tarea laboral a las madres en el cuidado diario de sus hijos. Es un desafío aún que el servicio se universalice y deje de ser, así, un privilegio para quienes pueden pagarlo, ya que son insuficientes las vacantes del servicio público.

En este sentido, es primordial ampliar la oferta de jardines maternos. Existen en Mendoza pocos de ellos públicos en relación con la demanda de la población perteneciente a sectores populares. Los jardines maternos existentes reciben casi exclusivamente a los hijos de las madres que trabajan y que se encuentran en situación de indigencia, en un horario restringido y en ocasiones incompatibles con los horarios laborales de las mujeres.

Muchos de estos jardines, en general, no cuentan con la infraestructura adecuada y reciben escasos recursos para su funcionamiento. Además, los docentes que allí trabajan se encuentran en relaciones laborales precarias (en relación con otros docentes de la provincia) y el personal no docente en su mayoría es voluntario: las tareas de auxiliares de sala, cocineras y de limpieza son realizadas por mujeres de manera voluntaria, comprendido esto como una “extensión de su rol maternal” y no como un trabajo no remunerado.

Cabe resaltar que la mayoría los jardines maternos pertenecientes al Programa SEOS han realizado un importante proceso en el cuidado de los niños. Estos servicios, en su mayoría, ya no son percibidos –ni por los docentes, ni por la comunidad– como “guarderías en las que los niños son depositados y reciben algún recurso asistencial alimentario”, sino que son comprendidos como servicios de atención integral para el desarrollo. Esto es un proceso todavía. Consideramos que, en la provincia, la trayectoria del servicio ha permitido avances en este sentido.

Como fue desarrollado en el Capítulo 4 de este libro, consideramos que la sanción de una Ley que regule este servicio será un gran avance en la provincia, si logra ser acompañada de un presupuesto que permita ampliar y otorgar calidad a estas instituciones. El servicio debe garantizar que las horas en que los niños están a cargo de la institución sean de la mejor calidad posible.

En relación con los servicios de salud, reafirmamos que los controles de crecimiento y desarrollo son un ámbito privilegiado para intervenir con familias en el fortalecimiento de vínculos primarios. En este sentido, creemos que deben profundizarse los esfuerzos para una atención de calidad, que incluye un trabajo articulado entre pediatría y enfermería, contar con profesionales capacitados en la temática y también otorgarle a la atención un lugar apropiado que garantice intimidad y el tiempo necesario para que sean considerados los distintos aspectos que incluye el desarrollo de los niños. Es necesario fortalecer determinadas políticas de atención temprana. La mayoría de los servicios de salud especializados destinados a la niñez y a la familia que existen están focalizados en las dificultades, patologías, discapacidades, violencias y no en la promoción de la salud y en el fortalecimiento de vínculos saludables.

Como equipo, destacamos la importancia de la formación de profesionales de la salud y docentes de nivel inicial en los vínculos primarios. En este sentido, las estrategias de capacitación pueden aportar a sensibilizar e instalar una temática. Creemos que lo que en algunos ámbitos se denomina capacitación en servicio es la estrategia más adecuada.

En ocasiones, la propuesta de capacitación se reduce a un evento puntual (una charla, un taller, un ateneo) y no se logra entrar en diálogo profundo con las prácticas institucionales. La formación que realmente tiene posibilidades de modificar las intervenciones y prácticas institucionales es aquella que se comprende como un proceso, no separada de las prácticas cotidianas, ni de los sujetos destinatarios del servicio. Es aquel espacio que permite reflexionar sobre la práctica y que incluye a los profesionales en este análisis.

El trabajo dentro del consultorio pediátrico favorece la inclusión de temáticas que en general son poco tra-

bajadas en la consulta pediátrica común. En el mismo sentido, posibilitar la formación docente a partir de la observación en sala y la posterior discusión de las prácticas educativas permite que se incorporen aprendizajes, se desnaturalicen ciertas intervenciones y se reflexione sobre el lugar del docente y del niño.

Por otra parte, partiendo de la noción de que el vínculo primario se inicia en el vientre materno es que consideramos fundamental "humanizar" la atención de las mujeres en los servicios de salud. Podemos mencionar, por ejemplo, la necesidad de que se hagan efectivas legislaciones como la Ley 25.929 –conocida como la Ley de Parto Humanizado–, que incluye los derechos de las mujeres y del recién nacido con relación al embarazo, parto y posparto. Ley que –entre otras cuestiones– afirma que toda mujer tiene derecho a ser tratada con respeto, y de modo individual y personalizado que le garantice intimidad durante todo el proceso asistencial, a estar acompañada por una persona de su confianza durante el trabajo de parto, y pos- parto, a tener a su lado a su hijo o hija durante la permanencia en el establecimiento sanitario (Art. 2) y que toda persona recién nacida tiene derecho a ser tratada en forma respetuosa y digna, a su inequívoca identificación y a la internación conjunta con su madre en sala y que la misma sea lo más breve posible (Artículo 3).

Del mismo modo, es importante ampliar la oferta de Talleres de Preparación Integral para el Embarazo y Parto. Estos espacios deben ser un servicio permanente y con continuidad en los Centros de Salud. También pueden ofrecerse en otros espacios comunitarios como organizaciones sociales, CICs (Centros Integradores Comunitarios), jardines maternos; para fomentar que la prevención y promoción de la salud trascienda las instituciones de la salud. Es importante incorporar la temática del vínculo primario en estos talleres.

Los esfuerzos por ampliar las políticas de ingreso ciudadano (políticas de redistribución del ingreso) favorece el cuidado de los más pequeños y permite que los padres puedan cumplir con sus obligaciones al colocarlos en mejores condiciones para satisfacer las necesidades básicas de sus hijos. Resulta interesante, en este sentido, evaluar el impacto que las condicionalidades de la Asignación Universal por Hijo han tenido en los derechos de los niños a la salud y a la educación.

Finalmente, a partir de los aprendizajes de este proyecto, consideramos fundamental la creación y consolidación de Consultorios de Vínculo Temprano en el sistema de atención primaria de la salud. Estos consultorios de atención temprana, producto de este proyecto, deben estar en los centros de salud cabecera de cada departamento de la provincia y en los hospitales materno-infantiles. Creemos que una mirada integral e interdisciplinaria de la familia, que centre las intervenciones profesionales en el acompañamiento familiar para la crianza de los niños, fortalece el desarrollo de los vínculos primarios, previene posibles dificultades posteriores y efectiviza derechos.

Bibliografía

- Aguirre, R. "Familias Urbanas del Cono Sur: transformaciones recientes." En *Cambio de las familias en el marco de las Transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces*. Santiago-Chile, CEPAL, oct-2004.
- Ander-Egg, E. *Interdisciplinariedad en Educación*. Buenos Aires, Magisterio del Río de la Plata, 1999.
- Barg, L. *La intervención con familias. Una perspectiva desde el Trabajo Social*. Buenos Aires, Espacio, 2000.
- Barg, L. *Los vínculos familiares: reflexiones desde la práctica profesional*. Buenos Aires, Espacio, 2003.
- Barg, L. *Las tramas familiares en el campo de lo social*. Buenos Aires, Espacio, 2009.
- Bowlby, J. *La separación afectiva*. Buenos Aires, Paidós, 1976.
- Bowlby, J. *Los Cuidados Maternos y la Salud Mental*. Buenos Aires, Humanitas, 1982.
- Bowlby, J. *El Apego*. Buenos Aires, Paidós, 1984.
- Cillero Bruñol, M. "Infancia, autonomía y derechos: una cuestión de principios en Infancia". Boletín del Instituto Interamericano del Niño, N° 234. Montevideo, 1997.
- Chavenneau de Gore, S. *Preguntas y respuestas para madres adolescentes y sus niños sobre los derechos que los vinculan*. Guía de Derechos. Buenos Aires, UNICEF, SAP, 1997.
- Chokler, M. *Los organizadores del desarrollo psicomotor*. Buenos Aires, Cinco, 1988.
- Coll, A. *Embarazo en la adolescencia*. Clínicas Perinatológicas Argentinas, N° 4. Buenos Aires, Asociación Argentina de Perinatología (ASAPER), 1997.
- Coll, A. "Embarazo en la adolescencia, ¿cuál es el problema?". En: Burak, S.D. *Adolescencia y Juventud*. Buenos Aires, Lur (Libro Universitario Regional).
- Convención Internacional de los Derechos del Niño (CDN), 1989.
- Dabas, Elina. *Redes Sociales, familias y escuela*. Buenos Aires, Paidós, 1998.
- Fernández A. M. "Los mitos sociales de la maternidad". En: *La mujer de la ilusión*. Buenos Aires, Paidós, 1994.
- Follari, R. "Estudios culturales, transdisciplinariedad e interdisciplinariedad (¿hegemonismo en las ciencias sociales latinoamericanas?)". En: Artículos y ensayos *Utopía y Praxis Latinoamericana*, Año 6. N° 14. Sept-2001.
- Freud, S. *Proyecto de psicología* (1895). En: **Obras Completas**, Tomo I. Buenos Aires, Amorrortu, 2001.
- Freud, S. *La interpretación de los sueños* (1900). En: **Obras Completas** Tomo IV y V. Buenos Aires: Amorrortu, 2001.
- Hoffman, J. M. *Los árboles no crecen tirando de las hojas*. Buenos Aires, Del Nuevo Extremo, 2003.
- Hurlock, E. *Desarrollo del niño*. México, McGraw-Hill, 1986.
- Jelín, E. *Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones globales. Hacia una nueva agen-*

da de políticas públicas. CEPAL. Series Seminarios y Conferencias N° 46.

Jelín, E. *Pan y afectos. La transformación de las familias*. Buenos Aires, Fondo de cultura económica, 1988.

Karsz, S. *Problematizar el trabajo social. Definición, figuras, clínica*. Barcelona, Gedisa, 2007.

Kohen, B. *El ideal maternal de las mujeres tradicionales*. Buenos Aires, Paidós, 1994.

Koplow, L. *Escuelas que curan: la construcción de climas emocionalmente saludable*. Buenos Aires, Troquel, 2005.

Laplanche, J.; Pontalis, J.B. *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós, 1996.

Levi-Strauss, C. *Estructuras elementales de Parentesco*. Buenos Aires, Editorial Universitaria, 1984.

Ley Nacional 25.929 de Parto Humanizado, 2004.

Ley Nacional 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes, 1995.

Lobos, N., Bernaldo de Quirós, L., Rodríguez, P. y Chiavetta, V. *Nudos o problematizaciones*. Documento inédito, elaborado en el marco del Proyecto de Investigación "Aportes para la articulación de una teoría del lazo social pertinente para la intervención social de los trabajadores sociales. El debate de la Corriente Crítica Brasileira, Teresa Matus, Norma Fóscolo/Adriana Arpini, Saül Karsz y la teoría de los cuatro discursos de Lacan". Director Nicolás Lobos. Co-directora Ruth Parola. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales, Universidad Nacional de Cuyo, 2010.

Massie, H.; Campbell, K. *Escala de Indicadores de Apego Madre-Hijo en Condiciones de Estrés. Para ser aplicada en el examen pediátrico y otras situaciones de estrés*, 1983.

Pérez, A. *Familia, enfoque interdisciplinario: psicoanálisis, pediatría, derecho*. Buenos Aires, Lugar Editorial, 2009.

Piaget, J. *Problemas generales de la investigación interdisciplinaria y mecanismos comunes*. Madrid, Alianza, 1970.

Pikler, E. *Moverse en libertad – Desarrollo de la Motricidad Global*. Madrid, Narcea S.A., 1985.

Proyecto de Ley de Normalización del Servicio Educativo de Origen Social (SEOS). Honorable Cámara de Diputados de la Provincia. Diputada Norma Moreno, 2010.

Rivero Pérez, M. *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.

Rodríguez, P. "Interrogantes en torno a ciertas nociones de salud/enfermedad presentes en textos de salud comunitaria". En Informe de Avance del Proyecto de Investigación "Aportes para la articulación de una teoría del lazo social pertinente para la intervención social de los trabajadores sociales". Agosto de 2010.

Rotenberg, E. *Hijos difíciles–Padres desorientados, Padres difíciles–Hijos desorientados*. Buenos Aires, Editorial, 2007.

Spitz, R. *El primer año de vida del niño. Génesis de las primeras relaciones objetales*. Madrid, Aguilar, 1966.

Stern, C. "El embarazo adolescente como problema público". Revista *Salud Pública México*, Volumen 39, N°2. Cuernavaca, marzo-abril 2007.

Stolkiner, A., *La Interdisciplina: entre la epistemología y las prácticas*. Buenos Aires, El Campo Psi, abril 1999.

Szanto-Feder, A. *Lòczy ¿Un nuevo paradigma?* Mendoza, EDIUNC. Editorial de la Universidad Nacional de Cuyo, 2006.

Truchis, Chantal de. *El despertar al mundo de tu bebé*. Barcelona, Oniro, 2003.

Tallis, J.; Tallis, G.; Echeverría, H.; Garbarz, A. *Estimulación temprana e intervención oportuna. Un enfoque interdisciplinario biopsicosocial*. Madrid, Miñoy Dávila, 1999.

UNICEF. *Vivir en familia*. Argentina, 1996.

UNICEF. *Hacia una política pública en desarrollo infantil temprano. Las buenas prácticas*. Argentina, 2005.

UNICEF Argentina. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación. *Ejes conceptuales para facilitadores y equipos técnicos*. Argentina, 2007.