

Polito, Inés María

Centros barriales “Maternar” en Vicente López: una propuesta de dispositivos de abordaje integral con perspectiva vincular

Maestría en Vínculos, Familias y Diversidad Sociocultural

Trabajo final 2022

Cita sugerida: Polito IM. Centros barriales “Maternar” en Vicente López: una propuesta de dispositivos de abordaje integral con perspectiva vincular [trabajo final de maestría] [Internet]. [Buenos Aires]: Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires; 2022[citado AAAA MM DD]. 65 p. Disponible en: <https://trovare.hospitalitaliano.org.ar/descargas/tesisyr/20220712130316/trabajo-final-polito-ines.pdf>

Este documento integra la colección Tesis y trabajos finales de Trovare Repositorio del Institucional del Instituto Universitario Hospital Italiano de Buenos Aires y del Hospital Italiano de Buenos Aires. Su utilización debe ser acompañada por la cita bibliográfica con reconocimiento de la fuente.

Para más información visite el sitio <http://trovare.hospitalitaliano.org.ar/>





Instituto Universitario
Hospital Italiano

Maestría en Vínculos, Familias y Diversidad Cultural

Centros Barriales “Maternar” en Vicente López: una propuesta de dispositivos de abordaje
integral con perspectiva vincular

Apellido y nombre del maestrando: Inés María Polito

Dirección de correo electrónico: ines_polito@hotmail.com

Director del trabajo: Claudia Bang

Cohorte de comienzo de cursada: 2018

Fecha de presentación:

ÍNDICE

RESUMEN	4
PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA	5-8
FUNDAMENTACIÓN	9-43
Problemáticas psicosociales complejas	9
Equidad de género	9-12
Enfoque de derechos en el abordaje de la salud	12-15
Salud Mental/Salud Integral	15-16
Participación comunitaria	16-18
Lógica de Redes	18-20
Dispositivo	20
Desarrollo integral	21-22
Perspectiva de Derechos	22-23
Primera infancia	23-24
Teoría de Urie Bronfenbrenner	24-25
Desarrollo de la primera infancia	25-26
Cuidados en la primera infancia	26-27
Ternura y cuidado	28-29
Alimentación de embarazadas y recién nacidos	29-30
Psicología vincular	31-43
<u>Concepto de familia</u>	31-34
<u>Infancia</u>	34-36
<u>Vínculo</u>	37-43
ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN	43-50
Análisis sobre intervenciones comunitarias	43-44

Dispositivos de primera infancia en Latinoamérica	44-49
Partido de Vicente López	49
Instituciones para la primera infancia	49-50
DISEÑO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN	50-56
Objetivo general	50
Objetivos específicos	50
Centro Barrial Maternar (C.B.M.)	50-54
Actores involucrados	55
Dirección General de Centros Barriales	55
Centro Barrial de Infancia (C.B.I.)	55-56
Centro Barrial de Juventud (C.B.J.)	56
RESULTADOS ESPERADOS	56-59
BIBLIOGRAFÍA	60-65

RESUMEN

Este proyecto parte de identificar como problemática la ausencia de dispositivos que aborden la vulneración de derechos en las mujeres embarazadas y en la crianza de niños/as de hasta 3 años de edad en el barrio La Loma, en Olivos, Partido de Vicente López. Por ese motivo, esta tesista presenta un proyecto de intervención que consiste en la creación de un Centro Barrial "Maternar" (C.B.M.) en dicho barrio, buscando incidir en las familias desde la perspectiva de salud integral con una mirada vincular. EL dispositivo podrá ser replicado en otros barrios.

La intención es que el C.B.M. sea un espacio abierto para mujeres embarazadas y sus niños/as de hasta 3 años en situación de vulneración de derechos. Este espacio de intervención comunitaria será fundamental para que las familias o los/as adultos/as responsables puedan acompañar a los niños/as en el proceso adecuado para que logren un desarrollo integral. La idea se basa en una perspectiva de salud integral y derechos, e incorpora la perspectiva de género con el objetivo de lograr una red de cuidados para ese/a niño/a y su madre u otro/a adulto/a responsable, de manera de promover la corresponsabilidad.

En el C.B.M se fomentará el vínculo entre la familia, los/as profesionales y diversas instituciones. Habrá un lactario que contará con una puericultora. Se realizarán talleres para promocionar una alimentación saludable y cuidados de salud. Se dispondrá de un comedor en el que se servirán el almuerzo y la merienda, siguiendo las recomendaciones de una nutricionista especializada en mujeres embarazadas y primera infancia. Se realizarán talleres para fortalecer las competencias cognitivas, emocionales y sociales de niños/as y sus padres/madres/adultos responsables.

Se espera que este proyecto sea un aporte significativo para abordar las problemáticas psicosociales complejas existentes en el barrio y para generar acciones de promoción de salud integral.

PALABRAS CLAVES:

CENTRO BARRIAL- MATERNAR- PRIMERA INFANCIA-DERECHOS

PRESENTACIÓN DEL PROBLEMA

El último censo realizado por Indec, en el año 2010, arrojó como resultado que el partido de Vicente López tenía 274082 habitantes sobre su superficie de 33,77 km². El partido está compuesto por nueve (9) barrios: Munro, Florida Oeste, Carapachay, La Lucila, Olivos, Villa Martelli, Florida Este, Vicente López y Villa Adelina. Se estima que un 5% de la población está bajo la línea de pobreza e indigencia (Indec, 2010).

Durante el año 2016, la Subsecretaría de Desarrollo Humano del Municipio de Vicente López efectuó un censo de población, hogares y viviendas en los asentamientos y villas de emergencia localizados en su territorio. Se identificó que, de las 11247 personas que vivían en villas de emergencias o asentamientos, 3100 eran niños/as de entre 0 y 12 años (Censo Subsecretaría de Desarrollo Humano del Municipio de Vicente López, 2016).

El barrio La Loma, en el cual la tesista se encuentra trabajando actualmente como coordinadora del Centro Barrial de Infancia (C.B.I.), presentaba, en ese momento, una población de 2756 personas y es uno de los que se encuentran, actualmente, en situación de vulnerabilidad: el 53% de su población presenta necesidades básicas insatisfechas. En el Centro Barrial de Infancia La Loma, que cuenta actualmente con 281 inscriptos, se acompaña a más de 100 familias. El 45% de ellas tiene hijos/as menores de 3 años que no poseen una sede a la que concurrir.

La Dirección General de Centros Barriales funciona a partir de 2019 y se inscribe en el marco de la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de Vicente López. Actualmente, los “Centros Barriales de Infancia” (C.B.I.) son componentes de la Dirección General de Centros Barriales. Sin embargo, estos Centros se implementan desde el año 2016. Asimismo, existen “Centros Barriales de Juventud” (C.B.J.) que también son actuales componentes de esta Dirección, si bien funcionan desde el 2015.

Los Centros Barriales de Infancia articulan su funcionamiento con los Centros Barriales de Juventud, generando acciones conjuntas y de transición de las trayectorias de los/as niños/as y jóvenes. Así, los asistentes a los C.B.I. (3 a 12 años) encontrarán un acompañamiento en su pasaje al programa C.B.J. (12 a 21 años), pudiendo completar su desarrollo hacia una inclusión social completa durante esta etapa. Asimismo, los C.B.I. se ajustan al marco legal de las normas dictadas por la Comisión Internacional de Derechos

del Niño (CIDN), que en nuestro país se implementan mediante la ley 13.298 de Promoción y Protección de Derechos del Niño, Niña y el Adolescente.

En la población del barrio La Loma, se pueden observar problemáticas sociales de gran complejidad: las problemáticas de vivienda, la precarización laboral, el consumo problemático de sustancias, las dificultades para el acceso a instituciones y a la tecnología, el sentimiento de permanente inseguridad, las violencias en sus diversas expresiones, y el padecimiento subjetivo relacionado con la estigmatización y con la exclusión. Asimismo, se observan falta de controles pre y post natales, dificultades en la prendida al pecho para el correcto amamantamiento, obesidad/malnutrición y/o desnutrición en niños/as (C. Hirsá, comunicación personal, 18 de marzo, 2021). Algunas de estas situaciones se ven acrecentadas por la falta de vacantes en los jardines maternales y la dificultad para que el/la adulto/a consiga un lugar donde dejar al niño/a para poder ir a trabajar.

A partir del planteo de esta problemática se propone la creación de un Centro Barrial Maternar (C.B.M.) en el barrio. El C.B.M. tendrá como objetivo que los/as niños/as menores de 3 años tengan un espacio de acompañamiento y desarrollo para el logro de la salud integral, y que sus madres y los/as adultos/as referentes importantes puedan estar acompañados/as, específicamente, en relación a las temáticas que les competen como embarazadas, madres o adultos/as responsables de niños/as de ese rango etario.

Cabe destacar que el pensamiento social/salud colectiva (Stolkiner, A. y Gómez, S. A., 2012) reconoce el derecho a la salud desde una concepción compleja del proceso salud-enfermedad-cuidado y requiere de una política de integralidad de derechos. No hay posibilidad de salud integral sin restitución de derechos. En un contexto caracterizado históricamente por la vulneración de derechos visibilizada en la pobreza, la exclusión social, el desarraigo y múltiples formas de violencia, se requiere de una visión integral de la salud, con participación comunitaria y una perspectiva de derecho y de género.

La Organización Mundial de la Salud (2007) afirma que la primera infancia es el período de desarrollo integral más intenso de la vida. Es en los tres primeros años cuando el/la niño/a se encuentra más sensible a las influencias del entorno exterior, dado que su plasticidad está en el nivel máximo. Mientras que los/as niños/as estimulados y bien cuidados pueden lograr ventajas sustanciales en relación a las capacidades emocionales e intelectuales que incidirán en su desempeño futuro, aquellos niños/as que viven en

condiciones de vulneración de derechos enfrentan muchos desafíos para desarrollar sus capacidades y pueden quedar relegados en relación al cumplimiento de dichos derechos.

En cuanto a los/as niños/as en general, muchas investigaciones relevantes (Irwin, Siddiqi y Hertzman, 2007) demuestran que las vivencias en los primeros años de vida resultan fundamentales para el desenvolvimiento en las diferentes etapas de su ciclo de vida ulterior. El período de la primera infancia es el momento de máximo desarrollo de las capacidades y habilidades del ser humano. Durante este período, la alimentación de los lactantes y el rol que desempeñan los cuidadores primarios son aspectos cruciales para un óptimo desarrollo y crecimiento de los infantes.

Entre los factores que afectan el desarrollo integral de los/as niños/as, se encuentran la falta de estimulación del lenguaje y del aprendizaje en el hogar, la escuela y la comunidad. A su vez, la salud mental de los padres, el estado de salud de los/as niños/as desde antes de su nacimiento, el acceso de padres y niños/as a los sistemas de seguridad e inclusión social son también factores decisivos. La evidencia indica (Irwin, Siddiqi y Hertzman, 2007) que, mediante estrategias de intervención, es posible mejorar el desarrollo cognitivo y el aprendizaje, y contrarrestar los efectos negativos de los factores mencionados. Al respecto, las ciencias sociales confirman la importancia de jugar, cantar, escuchar, hablar, crear situaciones de exploración, acompañar en la solución de problemas y dar espacios para reflexionar durante la práctica de crianza y en el ámbito educativo.

Alejandrina Meza (A. Meza et al., 2011, p. 61) sostiene que “La estructuración psíquica se despliega en el marco de una intersubjetividad, proceso que se inicia a partir del nacimiento de un cuerpo, originando una historia libidinal. O sea que la representación de psique se realiza a través del encuentro con el cuerpo y con las producciones psíquicas maternas.” Asimismo, Silvia Schlemenson (S. Schlemenson et al., 2011) pone de manifiesto la importancia de la riqueza libidinal con la que las madres asisten a sus hijos/as, al afirmar que resulta un aspecto condicionante y relevante en el desarrollo psíquico de ellos/as. A su vez, María Di Scala (M. Di Scala et al., 2011) señala que los cuidados que se adoptan con un niño/a pequeño son denominados maternos y que estas prácticas se aprenden, es decir, no son acciones instintivas ni espontáneas.

En este trabajo, cuando se habla de madre no se pretende hacer referencia solamente a la madre con lazo sanguíneo, sino a una figura que pueda establecer un lazo de amor y que asegure su permanencia, que pueda mimar al niño/a y se haga cargo de su crianza.

Es decir, una figura con representatividad afectiva suficiente como para ocuparse de las necesidades de atención y abrigo de un/a niño/a desde los primeros momentos de su vida.

Es importante remarcar que las inversiones económicas que se realizan para el bienestar de la primera infancia son muy relevantes, ya que benefician de manera directa a los/as niños/as y a sus familias; además, representan una oportunidad única para lograr una mejor inclusión. A su vez, son una forma de garantizar las herramientas necesarias para que todos/as tengan igualdad de oportunidades. Esto implica que las posibilidades de que los/as niños/as logren mayores niveles de desarrollo personal aumentan cuando son favorecidos/as por políticas públicas y programas de apoyo a la primera infancia (Unicef, 2011). La atención a la primera infancia debe orientarse a promover de manera integral la supervivencia; nutrición; salud; identidad; desarrollo cognoscitivo, social y emocional; participación y protección; así como el apoyo necesario a las familias para favorecer la crianza.

A partir de estos desarrollos, la finalidad es que el C.B.M. propuesto sea un espacio abierto con una mirada integral y con una perspectiva de derecho y de género con el objetivo de lograr una red de cuidados para ese/a niño/a. El espacio no solo permitirá la participación de mujeres embarazadas y niños/as de hasta 3 años en situación de vulneración de derechos, sino que también favorecerá la participación de cualquier miembro adulto de la familia que así lo desee, y así promover la corresponsabilidad. El objetivo es brindar un lugar de contención, recreación, esparcimiento y promover el desarrollo de vínculos familiares, pero, sobre todo, construir un espacio de escucha y de construcción conjunta sobre cuidados durante el embarazo y la crianza. Las intervenciones estarán ligadas al desarrollo de un vínculo temprano de los/as niños/as con sus cuidadores/as primarios/as, así como al desarrollo integral de los/as niños/as. Una de las tantas importantes funciones del C.B.M. será la de estimular la realización de chequeos prenatales, así como la de fomentar la asistencia a talleres de salud, prevenir la desnutrición infantil y promover una alimentación sana.

Con este proyecto, se propone acompañar a las mujeres en situación de vulneración de derechos desde el embarazo para propiciar un desarrollo y crecimiento saludable del niño/a, cuidando, a su vez, la salud de la madre.

FUNDAMENTACIÓN

Problemáticas psicosociales complejas

Es importante remarcar que la causalidad de las problemáticas psicosociales es compleja y que, debido a esto, se necesitan dispositivos y prácticas complejas que las aborden (Bang, 2014). Es potestad del Estado ocuparse de este tema porque tiene que ver con vulneraciones previas de derechos, principalmente el derecho a una vida digna. Desde la perspectiva de derechos el Estado es garante de los derechos.

Los problemas de la comunidad del barrio La Loma, de Vicente López, no escapan a esta realidad, por lo que se requieren abordajes complejos, como el trabajo de un equipo interdisciplinario con múltiples miradas, incluida la mirada de género y de derechos, y la articulación con otras instituciones con base en los aspectos legal y social. Sin olvidar la necesidad de acompañar el buen vivir mediante el respeto de los derechos de la sociedad en su conjunto, la propuesta de esta tesista implica trabajar, desde la Municipalidad de Vicente López, sobre la causalidad compleja de la situación de vulnerabilidad de las familias participantes del C.B.M. por crearse en el barrio La Loma.

Equidad de género

Algunos de los cambios más visibles que se produjeron en el siglo XX están relacionados con la ampliación de los derechos de las mujeres y con una mayor participación de ellas en la vida pública (Faur, 2017). Las luchas por medio de las organizaciones de mujeres y de los movimientos sociales fueron produciendo, en la última mitad del siglo mencionado, la desnaturalización de la inferioridad de las mujeres, quienes se pudieron comenzar a abrir camino en el mundo público laboral, académico, cultural y político.

Dentro de las familias premodernas y modernas, dominaba una estricta división sexual del trabajo. La autoridad conyugal estaba en manos del jefe varón. Las familias funcionaban con inequidad, atravesadas por las jerarquías de género y edad. Así, se creaba en su interior una verdadera estratificación microsocial que brindaba legitimidad a las relaciones de poder cristalizadas.

Actualmente, muchas mujeres intentan que en sus familias los varones tomen cada vez más responsabilidades domésticas y en la crianza de los hijos e hijas. Intentan poner entre sus prioridades el desarrollo de sus propios proyectos. Sin embargo, se presenta

una tensión entre las responsabilidades laborales de las mujeres y la crianza de los hijos e hijas, ya que se encuentra naturalizado que son las madres quienes deben asumir esta última tarea. No se trata de una actividad referida al placer de criar niños/as y de jugar con ellos/as, sino de una responsabilidad que se suele considerar indelegable. Esto deja por fuera, además, la importancia de la trascendencia que tiene para los/as niños/as construir vínculos afectivos con otros familiares y con otros miembros de la comunidad (Fernández, 2015).

Asimismo, las actividades laborales y recreativas que los varones emprenden tienen para ellos una legitimidad histórica que los autoriza sin generar conflicto subjetivo. Si bien participan de algunas responsabilidades domésticas, consideran que los/as niños/as están suficientemente cuidados por sus madres.

La posibilidad de inventar existenciaros más igualitarios encuentra sus límites en imaginarios sociales y en prácticas instituidas, además de en lógicas colectivas que conforman una de las bases de la reproducción de las alianzas entre Capitalismo, Patriarcado y Estado. Si bien no se les prohíbe la participación en el mundo público, las mujeres participan en él tironeadas por la culpa y el sacrificio.

En el año 2013, el INDEC (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos) publicó por primera vez la “Encuesta sobre trabajo no remunerado y uso del tiempo” (INDEC, 2014). Se considera trabajo doméstico no remunerado a las actividades realizadas en quehaceres domésticos, apoyo escolar y cuidado de personas. La encuesta analizó datos relevados en todo el país sobre más de 26 millones de personas a partir de los 18 años de edad. En cifras globales nacionales, las mujeres encuestadas presentaron una tasa de participación en trabajos del hogar del 88,9; la de los varones fue del 57,9.

Las relaciones de poder de género han ido perdiendo naturalidad, pero no han desaparecido por completo, sino que han ido surgiendo modalidades de subalternidad. Estas modalidades están más encubiertas, ya que deben desplegarse en un mundo donde, al menos en el plano discursivo, la democratización de los lazos sentimentales es vista como un valor (Fernández, 2015).

Es notorio que los procesos históricos de inclusión, igualdad de oportunidades, adquisición de derechos y construcción de ciudadanía de cualquier grupo social han sido y siguen siendo lentos; además, generalmente, permanecen inconclusos. Por lo tanto, es necesario seguir trabajando en pos de conseguir políticas públicas diferenciales

específicas para las mujeres porque son objeto de discriminación, de violencia, de abandono. Se debe seguir generando acciones específicas para que así ocurra porque las relaciones de género atraviesan el espacio privado y, también, el público. Si bien estas aparecen principalmente en la intimidad, también coexisten en la vida social: escuelas, asociaciones comunitarias y esferas políticas, entre otros ámbitos.

A pesar del aumento de la participación económica de las mujeres en el mercado de trabajo durante las últimas décadas, siguen siendo ellas las principales proveedoras de cuidados dentro de sus hogares. Sus trabajos suelen ser informales y, también, se observan trayectorias laborales intermitentes con entradas y salidas del mercado laboral. Por lo tanto, asegurar servicios públicos de cuidado de calidad para sus hijos/as, ofrece oportunidades a las mujeres para continuar su educación y aumentar las probabilidades de acceder a empleos formales.

En Argentina, donde aún persisten importantes brechas sociales, es importante no dejar librado el desarrollo de la primera infancia a las condiciones contextuales y a los recursos y capacidades de la familia. Ello vulneraría los derechos básicos de la niñez al reproducir dichas brechas de desigualdad y no es admisible desde un enfoque de derechos. Por eso, es menester interceder en la manera en la cual las sociedades organizan la provisión de cuidados hacia los/as niños/as, ya que esta impacta en el cumplimiento de los derechos y, asimismo, incide positivamente en términos de equidad de género. Es necesario mejorar la oferta de servicios públicos de cuidado para promover una justa distribución de tareas entre hombres y mujeres intra-hogar.

La formación de niños y niñas también ha tenido un giro en el último tiempo.

Anteriormente, la mujer era la que se encargaba de educar a sus hijos e hijas en casa. En la modernidad, la mujer se ha podido hacer más presente dentro del contexto laboral. Sin embargo, en esos casos, los hijos/as deben quedar al cuidado de otras personas. Esto hace necesario establecer estrategias para suplir el acompañamiento en los procesos de enseñanza, aprendizaje, el bienestar y otros aspectos de los niños y las niñas.

En este sentido, invertir en la primera infancia ayuda a reducir la desigualdad de género, a la vez que colabora en transformar las normas sociales a favor de promover corresponsabilidad y distribución equitativa de las tareas y responsabilidades de cuidado en los hogares.

A partir de todo lo dicho, es menester que el Centro Barrial Maternar acoja en sus programas no solo a la mujer embarazada, sino a todo aquel referente adulto importante para que este último pueda implicarse en el cuidado del niño/a por venir y sea parte, también, de su crianza. Así se podrá tejer una verdadera red de cuidados familiares y comunitarios tan necesaria para el desarrollo integral del niño/a.

Enfoque de derechos en el abordaje de la salud

En el año 2000, el Comité de Derechos Económicos, Sociales y Culturales de las Naciones Unidas, que supervisa el cumplimiento del Pacto de 1976 donde se reconoce el derecho de toda persona al disfrute de salud física y mental del más alto nivel posible, realizó la Observación General 14 sobre el derecho a la salud mencionado en el artículo 12. Dicha Observación indica que el derecho a la salud no debe entenderse solo como un derecho a estar sano, sino que abarca también la atención oportuna, accesible, aceptable y de calidad, así como la acción sobre los determinantes de la salud: el acceso a una vivienda adecuada, agua potable, condiciones sanitarias adecuadas, una alimentación sana y nutritiva, educación e información sobre cuestiones relacionadas con la salud (incluyendo la salud sexual y reproductiva); incluye también el acceso a condiciones sanas en el trabajo y en el medio ambiente (NU, 2000).

El enfoque de derechos en salud, ya puesto en consideración con la declaración Alma Ata en 1978, implica que los Estados Miembros se encuentran en la obligación de respetar, proteger y cumplimentar dichos derechos. Por lo tanto, deben desarrollar las acciones positivas necesarias.

Asimismo, la OMS se ha dispuesto, promover y facilitar la incorporación de una perspectiva de género, equidad y derechos humanos en los programas y en las políticas de atención en salud; tendrá en cuenta los determinantes subyacentes de la salud como parte de un enfoque integral de esta y de los derechos humanos. Para ello, propone reforzar la capacidad de la Organización y de sus Estados Miembros para acoger un enfoque de la salud basado en los derechos humanos, fomentar el derecho a la salud en el derecho internacional y en los procesos de desarrollo internacionales, y promover los derechos humanos relacionados con la salud (OMS, 2013).

Las normativas internacionales desplazan a los derechos humanos de un lugar exclusivo de discurso ético y moral y los convierten en fundamentos de propuestas para la formulación de políticas, la adquisición de herramientas de gestión y la elaboración de

modelos de atención que permitan cumplir con el compromiso estatal del derecho a la salud.

Es de destacar que los derechos humanos pueden operar como herramientas de configuración de movimientos y como actores en la lucha por sociedades centradas en el cuidado de la vida. Como “idea fuerza”, implican una reconceptualización de la definición de sujeto (Stolkiner, 2015). Los derechos económicos, sociales y culturales, por su parte, reconocen como actores y beneficiarios a colectivos humanos, y requieren de acciones positivas del Estado y de la sociedad.

La Medicina Social/Salud Colectiva es uno de los principales movimientos críticos de la mercantilización y de la biomedicalización de la salud. Asimismo, incluye las formas de cuidado como parte de análisis de los modos en que la salud y la enfermedad se presentan en diferentes contextos y poblaciones. Por lo tanto, el objeto de la Salud Colectiva/Medicina Social lo constituye el proceso salud/enfermedad/cuidado (Stolkiner, 2015).

Al hacer hincapié en el proceso salud-enfermedad-cuidado, el pensamiento social/salud colectiva indica la importancia de desplazar el eje de las prácticas de la enfermedad al sujeto. A su vez, cuestiona la práctica médica centrada en las patologías individuales y propone una práctica integral. Esta última incorpora la dimensión subjetiva, histórica y social de cada sujeto y de cada población (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012).

Es así que las prácticas en salud, desde un sentido amplio e integral, exceden las prácticas realizadas en el sector sanitario. A su vez, al utilizar el término “cuidado” se hace referencia a la integralidad, a las relaciones horizontales, simétricas y participativas, y de intersectorialidad (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012). Por lo tanto, se deja en evidencia que para producir salud no sólo se requieren acciones sanitarias, sino que también se necesita de otras acciones que, a su vez, incluyan la relación entre diversos saberes, tanto técnicos como no técnicos, dado que se concibe a las problemáticas en salud desde su complejidad.

En este sentido, para que haya una atención integral, se necesita dejar la centralidad del sistema sanitario e integrar o articular con otros sectores, hacia otros saberes y actores y hacia otras situaciones de vida cuyo eje no es la enfermedad. Esta modificación no es solo cuantitativa, sino que, más bien, es cualitativa, ya que esta práctica requiere de nuevos modos de gestión del trabajo en salud en donde haya horizontalización y articulación entre especialidades y en donde haya interdisciplinariedad.

La reorganización de los servicios tomando como eje a los usuarios, está sustentada en que el trabajo en Salud tiene como especificidad el que su objeto es un sujeto (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012). Por lo tanto, lo vincular no debería ser una dimensión de las prácticas, sino el eje desde el cual se debe organizar a los sistemas y servicios de salud. Hay una tendencia hacia una instauración de una atención en salud únicamente prescriptiva, lo que genera que el vínculo humano sea menospreciado y sea considerado secundario o hasta irrelevante. Ante esto es importante resaltar que el cuidado se instituye siempre en un vínculo intersubjetivo. Por lo tanto, el vínculo en el cual se produce la “satisfacción de necesidades” es tan importante como la práctica en el cual se produce la misma.

Continuando con un enfoque en salud integral, la Atención Primaria de la Salud Integral considera a la salud como un derecho humano esencial y se centra en la necesidad de una articulación intersectorial que asegure universalidad e integralidad en los cuidados en salud. Además, especifica la participación comunitaria como elemento clave y esencial en prácticas de prevención y promoción de la salud (Bang y Corin, 2017).

El pensamiento social/salud colectiva también reconoce el derecho a la salud desde una concepción compleja del proceso salud-enfermedad-cuidado y requiere de una política de integralidad de derechos, que, a su vez, fundamente un sistema de acceso universal, ya que el derecho a la salud concierne a la preservación de la vida misma. “La salud tiene afinidad con la tranquilidad de la vida cotidiana, producto de la garantía efectiva de los principales derechos, en especial del derecho a la vida, y con tener satisfechas necesidades fundamentales mediante el acceso a las oportunidades y servicios socialmente construidos” (Agudelo y Forero Martinez, 2002, p. 562).

En un contexto caracterizado históricamente por la vulneración de derechos visibilizados en la pobreza, la exclusión social, el desarraigo y múltiples formas de violencia, como el del Barrio La Loma, las prácticas en salud mencionadas son formas alternativas de respuesta. Estas van tejiendo redes de contención institucional y comunitaria, y permiten visualizar nuevas formas de vínculos. (Bang y Corin, 2017).

Asimismo, ante la dominancia de la labilización de lazos sociales y la fragilización de redes de contención comunitaria (Bang, 2014), se requiere de un reconocimiento de los padecimientos subjetivos en su complejidad, en tanto procesos dinámicos de salud-enfermedad-cuidados. Las dificultades mencionadas exceden la posibilidad de un abordaje individual. Así, entonces, se requiere de un enfoque comunitario, complejo e

integral, arraigado en el abordaje de protección de los derechos como estrategia fundamental.

“Hablar hoy de derechos humanos trasciende su manifestación como orden jurídico, para ubicarlos en el lugar de una “idea-fuerza” capaz de convocar la potencia de actores o agentes en el devenir social” (Stolkiner, 2012, p.63). Cabe destacar que no hay posibilidad de salud integral sin restitución de derechos.

Salud Mental/Salud Integral

Desde una perspectiva integral, no es posible aislar la salud mental de la salud en general. “La especificidad de la salud mental se encuentra en la importancia de incorporar la dimensión subjetiva en las prácticas de salud y promoción de salud” (Bang, 2014, p. 112). Asimismo, se reconoce la importancia del vínculo afectivo en la atención. Por lo tanto, se impulsan prácticas en salud basadas en lo relacional. Así, el acto de cuidar debe ser tanto medio como fin en sí mismo.

Desde esta misma perspectiva, la salud se asocia a la propia noción de vida y a la posibilidad de ganar grados de autonomía sobre el “modo de vivir en la vida”. Siguiendo con esta lógica, la Medicina Social Latinoamericana propone la idea de buen vivir o vivir bien (Stolkiner, 2015). En este sentido, esto implica confrontar el individualismo y la competencia de la sociedad de mercado, para reemplazarlos con la solidaridad y la cooperación para lograr la satisfacción de las necesidades de todos/as.

La salud, considerada desde una perspectiva integral, no implica solo la ausencia de enfermedad, sino que abarca las dimensiones sociales, culturales, emocionales, físicas y psicológicas de cada sujeto (Bang, 2018). La atención primaria de la salud integral incorpora la dimensión subjetiva, histórica y social, tanto en el abordaje de las poblaciones como en el sujeto singular. De esta forma, se le otorga visibilidad a la constitución del sujeto singular con las vicisitudes y eventos de la vida cotidiana, así como con las condiciones de vida que se dan en el grupo social de pertenencia. A su vez, desde esta mirada ya no persiste el binarismo salud/enfermedad, sino que comienza a pensarse en proceso-salud-enfermedad-cuidado.

Congruentemente con esta perspectiva, la Atención Primaria de la Salud integral con enfoque en salud mental incorpora acciones de prevención y promoción en acciones generales de salud en la que se incorpora la dimensión subjetiva.

El Movimiento de Medicina Social/Salud Colectiva hace referencia a la idea de promoción de la salud asociada a un conjunto de valores colectivos: vida, salud, solidaridad, equidad, democracia, ciudadanía, desarrollo, participación y asociación, entre otros (Czeresnia y Freitas, 2006). Por lo tanto, se requiere de una combinación de estrategias promotoras de salud que serán definidas junto a cada población. De esta forma, se fortalece la capacidad colectiva para lidiar con los condicionantes de la salud y la vida. Asimismo, se da importancia a la trama vincular y la dimensión subjetiva en los procesos que hacen a la salud y a la vida de las personas.

Alicia Stolkiner (1988) manifiesta que la prevención en salud mental consiste en explicitar y trabajar colectivamente las situaciones sociales problema con el objetivo de que los individuos puedan operar en la transformación de situaciones generadoras de malestar. De esta manera, deja en claro la importancia de la participación activa de la comunidad en prácticas y políticas de salud.

El texto “Analizando prácticas participativas en salud: La semana de Las Crianzas en Villa Soldati” (Bang, C. y Corin, M., 2017) otorga un ejemplo claro al describir una propuesta de participación comunitaria. En él se explica el concepto de atención primaria de la salud integral, entendida como derecho humano esencial que se centra en la necesidad de una articulación intersectorial, de manera tal de asegurar universalidad e integralidad en los cuidados en salud. Asimismo, se considera esencial la participación comunitaria en prácticas de prevención y promoción de la salud.

Lo antedicho requiere nuevos modos de gestión del trabajo en salud, que consisten en una horizontalización y articulación entre especialización e interdisciplinariedad (Stolkiner y Ardila Gómez, 2012). Además, desde esta perspectiva, la generación de un espacio comunitario promueve los vínculos, la articulación intersectorial, la participación comunitaria, el sostenimiento de espacios de alegría compartidos colectivamente, la posibilidad del trabajo en red interinstitucional y la reconfiguración de redes barriales y comunitarias, todos elementos de la Atención Primaria de la Salud Integral (Bang, C., 2018).

Participación Comunitaria

En el 2010 se promulgó la Nueva Ley Nacional de Salud Mental que propone la implementación de prácticas de salud mental, tanto prevención como promoción, con base en la comunidad. En relación a esto, Claudia Bang (2014) hace referencia a las problemáticas actuales relacionadas con la labilización de lazos sociales y fragilización de

redes de contención comunitaria. Por lo tanto, anticipa la importancia del reconocimiento de los padecimientos subjetivos en su complejidad, ligados al proceso dinámico de salud-enfermedad-cuidado. Al ser padecimientos que exceden el abordaje individual porque encuentran su correlato en la trama social, precisan un enfoque comunitario, complejo e integral; todo esto, enmarcado en un enfoque de derechos.

La autora asegura que la estrategia de promoción en salud mental comunitaria debería estar orientada a la generación de procesos participativos en los que la creatividad sea puesta desde lo colectivo y sea una forma de multiplicar las redes de contención comunitaria. Bang (2014) afirma que “El abordaje comunitario genera aquí grandes oportunidades y fortalezas desde una propuesta que trabaja, no solo con usuarios del sistema de salud mental, sino que incluye a su comunidad en el abordaje de problemáticas psicosociales en su complejidad, produciendo una clínica ampliada” (p. 4).

La participación comunitaria encuentra su apoyo en la declaración Alma-Ata de 1978, cuando se pone de manifiesto que, para lograr el acceso universal a los servicios, se requiere la participación de la comunidad. La primera definición del concepto de salud mental comunitaria lo enuncia como “el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y comunitario” (OMS/UNICEF, 1978, p. 7).

Bang (2010) establece que las prácticas de promoción de salud mental comunitaria son las que propician la transformación de los lazos comunitarios en vínculos solidarios. A su vez, la participación permite que se constituya la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus múltiples realidades; esto permite tomar decisiones de forma autónoma y conjunta sobre el proceso salud-enfermedad-cuidados.

Lo mencionado ubica al paciente-usuario/a como un ciudadano activo con derechos y deberes y, por lo tanto, con posibilidad de conocer los procesos que lo afectan, participar en su tratamiento y colaborar en la organización de los servicios. Ante esto, se deja en evidencia que so bien el Estado tiene la responsabilidad sobre la prevención y/o curación, la sociedad y la comunidad misma o, mejor, la organización social en su conjunto tiene derecho y la oportunidad de participar en ello.

A partir de este desarrollo entendemos que la participación comunitaria permite construir un puente entre la población y las instituciones y, a su vez, fortalecer las redes comunitarias. Por ello es necesario generar espacios de encuentros comunitarios que

promuevan vínculos solidarios, participación y la posibilidad de sostener un espacio de alegría compartida colectivamente. Asimismo, estos espacios permiten una apertura hacia lo vincular, donde las relaciones solidarias y horizontales son prioridad. De esta forma, se recupera y revaloriza la dimensión subjetiva de la interacción humana.

El enfoque participativo y comunitario permite develar y abordar conjuntamente diferentes problemáticas que se observan en la población del barrio La Loma: las problemáticas de vivienda, la precarización laboral, el consumo problemático de sustancias, las dificultades para el acceso a instituciones y a la tecnología, el sentimiento de permanente inseguridad, las violencias en sus diversas expresiones, y el padecimiento subjetivo relacionado con la estigmatización y con la exclusión.

En cuanto a los abordajes comunitarios, “En nuestra sociedad actual, en la que priman el individualismo y el aislamiento social, estos abordajes se presentan como espacios de resistencia que privilegian lo vincular, inclusivo y territorial, un auténtico espacio de encuentro” (Bang, 2014, p. 118).

Lógica de redes

“Todo hacer es necesariamente con otro, así como todo saber es sin él. La presencia del otro pone a prueba el saber y la muestra incompleta. El hacer reúne el conjunto de acciones que modifican al otro, que a su vez modifica al propio sujeto.” Con esta frase de Isidoro Berenstein comienza el texto de Edith Benedetti “¿Interdisciplina en la intervención clínica?” (2015, p. 1).

Es necesario tener en cuenta que esta época poblada de cambios invita a preguntarse y a revisar los fundamentos de cada práctica. Por eso, es importante referirse a la noción de intervención como un tipo de espacio y de tiempo, inclusive, de modalidad de presencia que interroga y pone en cuestión lo establecido. Las intervenciones son un constructo artificial. No alcanza con quedarse con lo conocido y con las mismas modalidades de trabajo, ya que la actualidad llama a enfrentar nuevas problemáticas en las que la intervención de una sola institución quizá ya no sea suficiente.

Cabe mencionar que esta reflexión trae aparejada la necesidad de hablar de la interdisciplina. La morfología de la palabra nos ayuda a hacer la siguiente lectura: “Inter”, lo que se da entre; “disciplinariedad”, lo que expresa la calidad de disciplina. Benedetti (2015) refiere que la interdisciplina implica intercambios y recíprocas integraciones, pero promoviendo, de alguna manera, salirse de lo disciplinar, abandonar la especificidad y

modificarse en ese proceso. Lo dicho promueve pensar en la asociación de varias disciplinas y en un pensar conjuntamente, integrando distintas reflexiones en una.

Al respecto, Rovere, en el texto “Redes en salud” (1999), afirma que las redes “son redes de personas, se conectan o vinculan personas (...) no se conectan cargos entre sí, no se conectan instituciones entre sí, no se conectan computadoras entre sí, se conectan personas” (p. 19). Por lo tanto, el concepto redes pertenece al lenguaje de los vínculos; es, fundamentalmente, un concepto vincular.

El autor mencionado plantea que hay distintos niveles para la construcción de las redes. El primero es “reconocer que el otro existe”, que es un par, un interlocutor válido. En el segundo nivel sitúa el interés por conocer al otro, “quién es el otro”. A partir de los niveles mencionados, aparece el próximo nivel, relacionado a los episodios de colaboración, “colaborar en el sentido de trabajar con”. En el cuarto nivel se produce la sistematización de la operación conjunta a partir de un problema común. Y, en el último nivel, hay asociación, “donde esta actividad profundiza alguna forma de contrato o acuerdo que significa compartir recursos.”

“La lógica de redes en salud propone tener una visión del poder que implica asumirlo como capacidad para el desempeño de las tareas y responsabilidades en relación y no como un objeto o cosa que pertenece a alguien en particular” (Bang, 2014). De esta forma, las prácticas en el territorio a partir de la participación comunitaria permiten que esta sea un factor de salud mental en sí mismo, que se restituyan lazos de solidaridad social y que se dejen de vivir situaciones conflictivas de manera individual y pasiva.

Las redes permiten conectar o vincular personas, lo que, a su vez, genera que se potencien los recursos y surjan alternativas novedosas para la resolución de problemas y para la satisfacción de necesidades a través de un intercambio dinámico entre los integrantes (Bang y Stolkiner, 2013). Toda red comunitaria genera un vínculo entre sujetos en el que estos reciben apoyo social y se convierten en sujetos activos que participan en la búsqueda de salud.

Es importante remarcar que la perspectiva de aplicar la lógica de redes en el C.B.M del barrio la Loma implica fortalecer los vínculos en la familia y en la comunidad toda y, además, lograr articulación con instituciones del barrio. En el caso al que este trabajo hace referencia, esto permitirá fortalecer la red de cuidado para ese niño/a que está por venir.

En la experiencia de la tesista, las mujeres del barrio La Loma no tienen el acompañamiento de ningún referente de su familia durante el embarazo y la crianza de los hijos/as. Fortalecer sus redes en lo comunitario permitirá mejorar la distribución de recursos simbólicos, ya que el espacio comunitario potenciará las herramientas de todos/as.

El objetivo sería, entonces, abordar las problemáticas psicosociales complejas existentes en el barrio y generar acciones de promoción de salud integral articuladas en red de acuerdo a la perspectiva de derechos. Para lograrlo, se propone integrar el dispositivo Centro Barrial “Maternar” a la red mencionada.

Dispositivo

En el texto “¿Qué es un dispositivo?: Foucault, Deleuze, Agamben” (García Fanlo, 2011), el autor menciona a Foucault, quien señala que un dispositivo es una red, un conjunto heterogéneo que comprende discursos, instituciones, instalaciones arquitectónicas, entre otros. El dispositivo es la red que puede establecerse entre estos elementos. Es algo que dispone, que funciona como un mecanismo dispuesto a obtener un resultado. Puede ser un artefacto, máquina o aparato que hace hacer a algo o a alguien una determinada cosa.

En el texto arriba mencionado, Deleuze ayuda a pensar el término dispositivo y lo define como una máquina para hacer ver y hablar. Los dispositivos producen subjetividades; inscriben, en los cuerpos de los sujetos, un modo y una forma de ser. Representan, también, un régimen social productor de subjetividades, en el que todo se integra dentro de la red de poder y de saber, siendo, los sujetos, sujetos de esa experiencia. García Fanlo (2011) afirma que “Lo que los dispositivos inscriben en los cuerpos son reglas y procedimientos, esquemas corporales, éticos y lógicos de orden general que orientan prácticas singulares: conducen conductas dentro de un campo limitado pero inconmensurable de posibilidades” (p. 6). A su vez, un dispositivo, en tanto red de relaciones de saber/poder existe situado históricamente -espacial y temporalmente- y su emergencia siempre responde a un acontecimiento que es el que lo hace aparecer.

Desarrollo integral

El proyecto propone trabajar a través de dispositivos de atención para lograr un desarrollo integral a partir de la perspectiva de derechos.

La atención integral es entendida como las acciones que, a través de la participación comunitaria, promueven la motivación y el vínculo social, solidario y activo (Bang, 2014). La atención integral tiene como finalidad potenciar de manera intencionada el desarrollo integral de los niños y de las niñas. Para ello es necesario el trabajo interdisciplinar, el cual es ejecutado de manera conjunta por diferentes organizaciones, como el Ministerio de Educación, el Ministerio de Salud, la comunidad, la familia, la escuela, entre otras. Estas instituciones deben generar acciones que garanticen y promuevan el cumplimiento de los derechos, la estimulación y el fortalecimiento del desarrollo desde una perspectiva integral, el bienestar, y la garantía de crecimiento y de proyecciones para mejorar las oportunidades de vida de los niños y de las niñas.

Los niños y las niñas son considerados/as seres integrales, seres activos con capacidades de pensamiento y actitudes para explorar, jugar, aprender, enfrentar desafíos y necesidades singulares. A su vez, estos desafíos son centro y eje de la integralidad de su desarrollo que está en continua construcción y que fortalece sus capacidades.

La perspectiva que los consideraba infantes cuidados se ha ido transformando hacia una visión de desarrollo integral. Se considera a los niños/as como sujetos de derecho, por lo que la sociedad debe construir escenarios acordes a su edad. A su vez, la primera infancia les ha dado reconocimiento y participación activa a los niños y a las niñas dentro de la sociedad. Asimismo, tienen la oportunidad de ser escuchados, protegidos, partícipes en la formación integral, amados, cuidados y reconocidos sin ningún tipo de exclusión. Esto motiva un trabajo interdisciplinar para la atención integral.

La atención integral implica una educación inicial en la que se involucre a la familia y a la sociedad como agentes continuos en la afectividad de los niños y las niñas, y, a su vez, como agentes que forjen habilidades para el desarrollo integral de estos.

El enfoque de derecho permite justificar, promover y garantizar políticas públicas basadas en la integralidad, según el marco normativo vigente en el país. Al incorporar el enfoque de derechos en las políticas públicas se reconocen y garantizan los derechos de los/as niños/as consagrados en las normas y principios de derechos humanos nacionales e internacionales. Este enfoque se basa en los principios de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), primer código universal legalmente obligatorio que protege los

derechos de la niñez y la adolescencia, aprobados en 1989 por la Asamblea General de las Naciones Unidas.

Perspectiva de Derechos

La CDN, con jerarquía constitucional (art. 75, inc. 22) en Argentina, produjo un cambio de paradigma en lo jurídico y cultural sobre la manera de considerar y tratar a la niñez, y redefinió la relación entre el Estado, la familia y la infancia. Se deja de considerar al “menor” como objeto de asistencia (modelo tutelar) y pasa a ser un sujeto pleno de derechos (modelo de protección integral). De esta manera, las niñas y los niños son reconocidos/as como personas en proceso de desarrollo y sujetos de derechos, de los cuales la familia es la principal protectora y el Estado es el garante. Se acuerda la necesidad de una protección integral, ya que “la infancia es la época en la que los niños y niñas tienen que estar en la escuela y en los lugares de recreo, crecer fuertes y seguros, recibir amor y estímulo de su familia y de una comunidad” (UNICEF, 2005). Hay que garantizar la condición de niño y niña, y otorgar una calidad de vida dando significado a las experiencias cotidianas. Ante todo lo mencionado, la concepción del niño y de la niña vira hacia una percepción de un sujeto autónomo, estable y centrado, que puede desarrollar todo su potencial. Para ello hay que fortalecer su participación en los diferentes ámbitos en los que se desenvuelven (UNESCO, 2010).

Los cuatro principios generales de la CDN son los siguientes: a) el principio de igualdad y no discriminación (art.2), por el cual los derechos deben ser reconocidos a todas las niñas y a todos los/as niños/as sin excepción, ni distinción por motivos de raza, color, sexo, religión, opiniones políticas o de otra índole; b) el principio de observar siempre el interés superior del niño/a (art. 3), es decir, su máxima satisfacción integral y simultánea de los derechos y garantías reconocidos; c) el principio del derecho a la vida, la supervivencia y desarrollo (art.6) y; d) el principio de la participación (art.12) que establece el derecho de niñas, niños y adolescentes a formar un juicio propio sobre los asuntos que les competen, a expresar su opinión libremente y a ser escuchados.

Estos cuatro principios rectores son la base para que todos y cada uno de los derechos se hagan realidad, como el derecho a la vida (art. 6); a la identidad (art. 7); a la libertad de expresión (art. 13 y 17); a la libertad de pensamiento, de conciencia y de religión (art. 14); a la protección de su vida privada (art. 16); a un trato humano y digno (art.19); a la salud (art. 24); a un nivel de vida adecuado para su desarrollo (art. 27); a la educación (art. 28); al descanso y al esparcimiento (art. 31).

El artículo 4º de la Convención de los Derechos del Niño establece que, al ratificar la Convención, los Estados se obligan a adoptar las medidas necesarias para dar efectividad a los derechos reconocidos en ella para todos los niños y las niñas situados bajo su jurisdicción.

La Ley N° 26.061 de Protección Integral de los Derechos de las Niñas, Niños y Adolescentes (2005), en sintonía con la Convención, establece un paradigma de protección integral que reconoce a los/as niños/as como sujetos de derechos. El objetivo es asegurar “la protección integral de los derechos de las niñas, niños y adolescentes que se encuentren en el territorio de la República Argentina, para garantizar el ejercicio y disfrute pleno (...)” (art. 1). Asimismo, plantea que los organismos del Estado deben garantizar el cumplimiento de los derechos y garantías reconocidos en dicha ley (art.29).

Los/as niños/as son sujetos de derechos y, para cumplimentar estos derechos, se deben emprender las acciones impuestas por los tratados internacionales y nacionales de derechos humanos. El Estado es responsable de garantizar el cumplimiento de estos derechos.

Primera Infancia

La Primera Infancia es una etapa fundacional en la vida de las personas. Es el momento de mayor desarrollo y de incorporación de aprendizajes que se aplicarán en el resto de la vida (Irwin, Siddiqi y Hertzman, 2007). Es un período clave para la constitución de la subjetividad individual y social.

Todo aquello que se logre durante la primera infancia tendrá impacto en el futuro. Por lo contrario, lo que no se alcance generará barreras que dificultarán a la persona alcanzar un desarrollo completo y un desempeño pleno de sus capacidades. Es durante los primeros años de vida que los/as niños/as son especialmente sensibles a las influencias favorables del entorno y muy vulnerables a sus aspectos desfavorables.

Los cuidados que se adoptan con un/a niño/a pequeño/a son denominados maternales (Di Scala, 2011). Diferentes desarrollos dirán que “La estructuración psíquica se despliega en el marco de una intersubjetividad, proceso que se inicia a partir del nacimiento de un cuerpo, originando una historia libidinal” (Meza, 2011: 61). En este sentido, la riqueza libidinal con la que las madres asisten a sus hijos/as resulta un aspecto condicionante y relevante en el desarrollo psíquico de estos/as (Schlemenson, 2011).

La salud emocional y la respuesta a eventos nuevos, en la niñez, adolescencia y adultez, tienen sus bases en la relación con el/la cuidador/a. Asimismo, la estimulación es crítica para el desarrollo del lenguaje y de las habilidades cognitivas (Hertzman, 2000). Los/as niños/as requieren de alguien que les acerque la lengua y la cultura, y necesitan espacios protegidos para su aprehensión (Zelmanovich 2003).

Actuar durante la primera infancia es crucial para el desarrollo integral del niño/a. UNICEF lo reconoce como “período crítico para la vida” en el que “la falta de una alimentación y atención adecuadas produce daños físicos y cognitivos irreversibles que afectarán la salud y el desarrollo intelectual del niño/a para el resto de su vida.” (UNICEF, 2011)

La igualdad de oportunidades requiere de una atención integral con perspectiva de derechos desde el inicio de la vida. Así lo afirma la Premio Nobel de la Paz Kailash Satyarthi: “Todos los niños merecen un comienzo justo y equitativo en la vida. Merecen libertad y tener una infancia. Merecen una educación amplia, integral y de calidad. Es preciso considerar estas cuestiones no sólo como derechos sino como el vehículo hacia una sociedad más participativa y sostenible” (Satyarthi Kailash, 2016, p. 2).

Teoría de Urie Bronfenbrenner

El psicólogo estadounidense Urie Bronfenbrenner tiene una gran influencia en el diseño de políticas orientadas a la infancia. Explica que se trata de un proceso complejo caracterizado por la integración dinámica de un conjunto de sistemas de desarrollo que están en interacción continua y cambian con el tiempo.

El primer sistema está compuesto por todas las personas e instituciones que tienen un contacto directo con los/as niños/as (familia, escuela, club, etc.); en estos espacios, los/as niños/as realizan intercambios materiales, emocionales y simbólicos cotidianamente.

El segundo sistema es aquel en el que esas personas e instituciones interactúan, pero sin establecer un contacto directo con los/as niños/as; la influencia que tienen sobre la crianza y la educación depende de la cantidad de interacciones y de la calidad del sistema.

En el tercer sistema, se desarrollan las actividades sociales, culturales y económicas de cada comunidad. Forman parte de él los organismos de gobierno, las asociaciones civiles, los medios de comunicación que participan en la manera en que un/a niño/a experimenta su vida cotidiana.

Los sistemas mencionados se sostienen sobre un cuarto sistema que es el de normas y valores de cada comunidad, el cual influye en la concepción que esta posee sobre la infancia, el desarrollo y la pobreza.

La teoría de Urie Bronfenbrenner supone abordar de forma simultánea varias dimensiones y trabajar con un conjunto de medidas articuladas que se organizan en diferentes módulos, cada uno orientado a un aspecto diferente.

Desarrollo de la primera infancia

Para poder abordar la infancia desde la teoría de Urie Bronfenbrenner, es importante conocer las características y el desarrollo de esta. La primera infancia es el momento de mayor desarrollo y de mayor incorporación de aprendizajes. Asimismo, es un periodo bisagra para la constitución de la subjetividad.

Un requisito indispensable para un óptimo desarrollo en la primera infancia es un vínculo seguro y de confianza con un cuidador, con atención, soportes y afecto en la edad temprana. La manera de responder habitualmente a eventos nuevos, tanto en la niñez como en la adolescencia y en la adultez, tienen sus bases en la temprana relación entre el infante y sus cuidadores primarios.

Un/a niño/a desarrolla su capacidad de control emocional antes del año y un sentido de unión hacia su cuidador en su primer año de vida. Esta unión se da por el grado de confianza que desarrolla el infante de que el cuidador va a responder rápida y apropiadamente; de esta forma, le provee una sensación de seguridad. Si el nivel de seguridad es alto, se lo llama vínculo seguro. Los/as bebés y los/as niños/as pequeños con un vínculo seguro utilizan esa seguridad emocional y física como base para explorar las cosas y las personas del ambiente. Los intentos exitosos de exploración aumentan la autoconfianza del niño/a y alientan a más momentos de exploración. Asimismo, la estimulación específica, como el hablar y el jugar, es crítica para el desarrollo del lenguaje y de las habilidades cognitivas.

Pasar los primeros años de vida en un ambiente sin estímulos ni contención emocional y física afectará el desarrollo de manera negativa y retrasará el desarrollo integral. Los problemas que tendrán estos/as niños/as en la escuela les generarán experiencias crónicas y agudas de estrés, las que traerán aparejadas consecuencias psicológicas negativas en el curso de su vida. (Hertzman, C., 2000)

Cuidados en la Primera Infancia

Silvia Schlemenson (Schlemenson, S. et al., 2011) afirma que los aprendizajes de cada niño/a no comienzan en la escuela, sino que se gestan en el interior de la estructura parental. Los vínculos iniciales de confianza y seguridad inciden en la estabilidad psíquica de un sujeto; también son de suma importancia a la hora de presentar los aspectos atractivos del mundo circundante. Esto remite a que el/la niño/a ansíe apropiarse de lo desconocido.

Si hay un Otro que sea un representante de seguridad, este permitirá al niño/a probar y desear relacionarse con el mundo. A su vez, se destaca la importancia de un Otro que ayude en la separación de la relación materno-filial, lo que amplía y enriquece las oportunidades de acceso al placer. El alimento, el canto, el lenguaje son también precursores posibles en la apertura del niño/a al mundo que lo rodea.

Los primeros intercambios del bebé con un adulto/a son fundamentales e involucran todos los sentidos: la mirada, el tacto, el olfato, el gusto y el oído. Los/as adultos/as, además de satisfacer las necesidades de hambre y de sueño, establecen relaciones de contención y comunicación que crean entornos protectores para el pleno desarrollo de los/as bebés. La presencia de la madre o de quien cumple la función maternal da al niño/a la sensación de estar seguro/a e integrado/a, lo que previene problemas emocionales.

La decodificación del llanto de angustia del niño/a por parte de los padres permite que el/la niño/a comience a comprender el mundo y conozca las formas de acceder al placer. Silvia Schlemenson (Shlemenson S. et al., 2011) menciona que “La fuerza libidinal de esta primera relación y de las palabras con las cuales los adultos acompañan la crianza del pequeño estructuran el eje de confianza requerido para su crecimiento” (p.13). La realidad social también encuentra en el psiquismo infantil una representación temprana mediada por el discurso materno o paterno relacionado con el devenir social y personal.

Las experiencias e interacciones con las figuras significativas en los primeros años de vida influyen en la manera en que se desarrolla el/la niño/a y tienen consecuencias tan importantes como una salud y nutrición adecuadas. A su vez, las experiencias tempranas y la estimulación adecuada son de vital importancia en los años iniciales en el ciclo de vida del cerebro, en la salud, la conducta y el aprendizaje. Diversas investigaciones (Bowlby, 1998, Stern, 1978 y Lebovici, 1988) coinciden en que las dificultades en el vínculo madre-bebé pueden producir problemas psicofuncionales en la alimentación, el sueño, la respiración, la digestión, así como también la presencia de alergia.

Piera Aulaginer (Piera Aulaginer et al., 2011) se refiere al discurso materno como portavoz,

“portavoz en el sentido literal del término, puesto que, desde su llegada al mundo, el infans a través de su voz es llevado por un discurso que, en forma sucesiva, comenta, predice, acuna el conjunto de sus manifestaciones; portavoz, también, en el sentido de delegado, de representante de una orden exterior cuyas leyes y exigencias ese discurso enuncia.” (p. 62)

Al nominar las experiencias, los sentimientos, la madre propicia el acceso del bebé al mundo.

Alejandrina Meza (Meza, A. et al., 2011) reconoce dos funciones en la madre, en las interacciones con su niño/a. Por un lado, una función autorizante que otorga permiso, propicia, legitima y permite despliegues. Por otro lado, pero sostenida en la ya mencionada, la función prohibidora o acotante, en donde el “no” implica tanto la prohibición como la discriminación. La autora afirma que “Ambas incluyen la potencialidad de desviar una mirada, interrumpir una caricia, imponer un silencio, detener una acción, permitiendo así paulatinamente hacer tolerable la instalación de la secundariedad, es decir, del plazo, de la suspensión de la descarga” (Meza, A. et al., 2011, p.65).

A partir de lo anterior resulta importante destacar el concepto de ternura como base ética del sujeto. Si el/la niño/a fue bien tratado en la infancia, sabrá distinguir el bienestar del malestar, el bien del mal, y podrá diferenciar lo justo de lo injusto.

Asimismo, la riqueza libidinal de las relaciones tempranas es la que atesora y suministra confianza básica para el despliegue psíquico de los/las niños/as pequeños en el futuro, por lo tanto, es indispensable comenzar desde muy temprano con activadores libidinales sencillos. Es importante remarcar, como afirma María Di Scala (Di Scala, M. et al., 2011), que las prácticas de crianza no son acciones instintivas ni espontáneas, sino que siempre se aprenden.

Ternura y cuidado

El recién nacido se transforma en sujeto de la cultura gracias a los cuidados parentales mediante los cuales se desarrollan las primeras funciones de cuidado (Chardón y Scarímbolo, 2011).

El cuidado es entendido como un sistema de actividades destinado a promover y a sostener la vida y la calidad de vida de las personas. Asimismo, el cuidado está caracterizado por la construcción de un lazo social tierno que tenga la posibilidad de alojar al otro (Ardila Gómez, Michalewicz y Pieri, 2014).

Tanto en el consenso de Quito como en el de Brasilia, suscritos en las X y XI Conferencias Regionales sobre la Mujer (CEPAL, 2007 y 2010), se promueve la distribución de los cuidados provistos por las familias hacia la esfera pública, con un rol más activo del Estado en su provisión. El modelo del "Social Care" (Daly y Lewis, 2000) marca que Estado, mercado y familia deben estar vinculados en la provisión del bienestar. La responsabilidad en la provisión de cuidados pasa a ser una responsabilidad colectiva de la sociedad y una responsabilidad moral de las personas. De esta forma, se impulsa la corresponsabilidad. A nivel micro se espera la corresponsabilidad entre las relaciones interpersonales en la vida cotidiana y a nivel macro, la socialización de los cuidados con el ámbito público. Así, el cuidado es compartido no sólo entre mujeres y varones, sino entre las familias y la esfera pública, en la que es importante sumar las instituciones comunitarias.

Cabe destacar que cuando hablamos de cuidados estamos haciendo referencia a las actividades indispensables para satisfacer las necesidades básicas de la existencia y reproducción de las personas. De esta forma, se debe garantizar los elementos materiales y simbólicos necesarios para vivir en sociedad (Rodríguez Enríquez y Marzoneto, 2016).

El cuidado del niño/a no puede ser absorbido únicamente por la familia ni, como suele suceder, solo por la mujer. Por lo tanto, se requiere de lugares alternativos de crianza y de la formación de redes de cuidado más allá del núcleo familiar. Es importante introducir tempranamente a otros/as en el cuidado del niño/a; especialmente, a los varones, para terminar con la desigualdad de las responsabilidades de los cuidados por género.

Los lugares alternativos de crianza deben brindar cuidados, un ambiente estimulante y el acompañamiento en la construcción subjetiva de los/as niños/as. En este sentido, deben acompañarlos/as en la conformación del aparato psíquico, construir una capacidad de pensamiento, comenzar a significar el mundo, aprehender el vínculo, integrarse a la cultura, definir su individualidad, entre otras.

Principalmente, los dos primeros años de vida, durante los cuales el/la niño/a padece su máxima fragilidad, en la que depende de otros/as para poder ser y sobrevivir, son los años del cimiento subjetivo. Fernando Ulloa (1995) menciona que “todo lo que se inscriba entonces será constituyente del continente inconsciente del sujeto”. Asimismo, agrega que “la invalidez infantil está presidida por la ternura parental.” Este autor plantea que la ternura contiene dos habilidades que son la empatía y el miramiento. La empatía permite garantizar las necesidades del niño/a y el miramiento permite mirar con interés a aquel que se reconoce como sujeto ajeno, distinto de uno mismo.

En este sentido, es necesario que los espacios en los que se cuide a los/as niños/as se inscriban desde el vínculo para sostener la posibilidad de construir la subjetividad de ese/a niño/a. A su vez, estos espacios deben recurrir a la ternura para contener, envolver, organizar y procesar los sentimientos indiscriminados que a veces agobian a los/as bebés.

El vínculo familia-institución es de gran importancia ya que marca pautas, intereses y deseos en la propia historización de cada niño/a.

Alimentación de embarazadas y recién nacidos/as

Junto con lo mencionado anteriormente, como elementos para el logro de una salud integral, la alimentación y los cuidados aparecen como factores centrales, por lo que son objeto de los módulos de la intervención propuesta.

La alimentación de la madre durante el embarazo y la del niño/a desde el nacimiento son esenciales para incorporar el tipo y cantidad de nutrientes adecuados y prevenir eventuales trastornos neurales y autorregulatorios que, en algunos casos, podrían extenderse a la vida adulta.

La lactación o acto de dar de mamar es un proceso evolutivamente muy avanzado y complejo que tiene tres funciones principales: nutrir a la cría, dotarla de defensas inmunológicas y proveerla de estímulos sensoriales y emocionales muy importantes para su desarrollo psíquico. La leche es un elemento central para fortalecer el sistema inmunológico y tiene un papel fundamental en el desarrollo integral como estímulo sensorial y eje de la comunicación inicial con la madre. Por lo anterior, la leche materna es indispensable.

El embarazo y la lactancia producen un aumento notable de los requerimientos nutricionales, que difiere de acuerdo con el momento (edad de la madre, edad gestacional, edad de lactancia).

Durante los primeros meses, la leche constituye por sí sola la dieta, lo que es un hecho singular transitorio, ya que la cría deberá ser destetada oportunamente y se alimentará, entonces, con una dieta formada por un número creciente de alimentos. Transcurrido cierto tiempo, de 5 a 6 meses, la leche materna deja de cumplir sus funciones de sustento único, defensa y estímulo, y sobreviene el destete o suspensión de la lactancia, con la introducción de la ablactación o sustitución gradual de la leche materna mediante la incorporación de otros alimentos, lo que puede retrasar el destete, a veces, hasta después de los 12 meses.

El ácido fólico es necesario en embarazadas (600 ug/día). Su déficit está asociado a defectos del cierre del tubo neural, y produce patologías más comunes, como anencefalia, defectos en formación de cráneo y cerebro (no compatibles con la vida), y espina bífida (la columna no se forma correctamente y puede ocasionar parálisis en miembros inferiores) (Tresguerres, J. A. F., 2005). El ácido fólico se puede encontrar en vegetales, frutas, nueces y harinas enriquecidas (Ley 25.630, 2002). También puede obtenerse mediante suplementos dietéticos. Si es posible, el ácido fólico debe aumentarse en la dieta 3 meses antes de la concepción; de ser necesario se puede tomar como suplemento.

El hierro es también necesario en embarazadas (27 mg/día; 3,5 veces más que un hombre adulto). Es un mineral esencial para la producción de hemoglobina. Su déficit genera anemia, cuyos síntomas son fatiga, disnea, cefalea, irritabilidad, vértigo o pérdida de peso. Las embarazadas tienen una gran necesidad de hierro para producir sangre, por lo que su falta puede provocar nacimiento prematuro y bajo peso del bebé al nacer, entre otras complicaciones. (Tresguerres, J. A. F., 2005). El hierro se puede encontrar principalmente en carnes rojas, legumbres secas, huevos, hígado, salmón, atún. También, de ser necesario, se puede tomar como suplemento.

La insatisfacción de esas necesidades aumentadas produce estados de carencia y compromete la calidad del embarazo, lactancia, crecimiento, y rendimiento deportivo y laboral en grado proporcional a la magnitud de las deficiencias. Por lo tanto, es importante cuidar la alimentación tanto del bebé como de la madre.

Psicología Vincular

Atendiendo a los diferentes aspectos que conforman la perspectiva de la salud integral, aparece la potencialidad de lo vincular en tanto mirada que incluye al otro como parte de uno, y viceversa (Tortorelli, 2006). La psicología vincular nos brinda herramientas para hacer del Centro Barrial Maternal propuesto un entramado de vínculos en la dimensión del encuentro, dado que "... propone la existencia de múltiples orígenes en cuanto a que cada vínculo significativo produce marcas nuevas, inscripciones que no existían previamente a dicho vínculo y que interjuegan con la historia precedente" (Kleiman, 2015:7).

A continuación, se presenta una serie de herramientas teóricas a partir de las cuales se puede observar la conveniencia de un dispositivo que trabaje desde la mirada de la salud mental integral y de la psicología vincular. La utilización de este espacio potencial determinará las experiencias vitales.

Concepto de Familia

En las sociedades antiguas, no hay una sensibilidad socialmente extendida sobre la necesidad y los cuidados que requiere un/a niño/a. Existe una escasa distinción entre mundo adulto y mundo infantil, y un ingreso temprano del niño/a en el mundo adulto. La crianza es asunto de la comunidad (no de la madre y el padre). En los siglos siguientes, hay un gran cambio acerca del lugar que se le otorga al niño/a en la sociedad y de la visión que se tiene sobre la infancia.

La familia moderna, según Julio Moreno (2004), es considerada la cuna del amor romántico y de la reciprocidad de sentimientos y deseos. Está centrada en la crianza de los hijos/as y en su educación, en la que se cruzan los dispositivos de alianza y de sexualidad.

En la modernidad, se da un hito muy importante: la creación de instituciones especializadas en niñez. Hay una nueva sensibilidad para con la infancia, que pone en cuestión la relación mujer/hombre, adulto/a/niño/a. La imagen social del niño/a es la de un/a niño/a frágil e inocente. Comienza a vislumbrarse que las primeras intervenciones en la infancia son centrales en la construcción de subjetividad. La infancia moderna excluye al niño/a del mundo adulto. La trayectoria infantil típica es de la casa a la escuela y de la

escuela a la casa. Se revalorizan las tareas educativas. Comienza a confeccionarse una serie de obras acerca de la crianza, la educación y la salud de los/as niños/as.

En esta época aparece una relación estrecha entre la madre y el/la médico/a de familia. Esta relación le otorga a la mujer un nuevo poder en la esfera doméstica por la importancia creciente de sus funciones. Hay una promoción de la mujer como madre, como educadora y como auxiliar del médico. Surge una educación mixta familiar y escolar con la que los padres preparan a los/as niños/as para aceptar la disciplina en la escuela y, al mismo tiempo, velan por las buenas condiciones de la educación pública.

Al/A la niño/a moderno/a se lo asume como inocente, no tiene maldad, ni pecado, ni sexualidad. Al niño/a se lo cuida y se lo educa. Es considerado el hombre del mañana, la promesa del futuro. El/La niño/a es tomado/a como completud del adulto; que el/la niño/a sea lo que el adulto no ha podido ser. Se produce una división por edades, y los/as niños/as comienzan a divertirse con juegos asociativos. El/la niño/a solo cuenta como “hombre del mañana”, pero la transformación contemporánea convierte a ese hombre del mañana en un consumidor de hoy o un expulsado de la sociedad.

En las familias contemporáneas (Julio Moreno, 2004), hay un desdibujamiento de las fronteras entre mundo adulto/mundo infantil (familia, educación, tiempo libre). Aparecen nuevas imágenes sociales de la infancia: inocentes/frágiles versus antisociales/violentos y amenazantes. El lenguaje, el modo de decir y de vestir son, en muchas ocasiones, similares en el mundo adulto y en el mundo infantil. Existe menos diferenciación entre las prácticas adultas y las de los/as niños/as. A su vez, se vislumbra menos nitidez entre la responsabilidad de la escuela y la responsabilidad de la familia en torno a su papel para con los/as niños/as.

El dispositivo alianza (el matrimonio) está siendo reformulado y cuestionado, y el de sexualidad se está alejando del seno de la familia. Los/as niños/as están en contacto desde muy temprana edad con fuentes de placer que no surgen exclusivamente del ámbito familiar. Pronto, muchos/as niños/as pasan a tener contacto con otro medio social que no es el de la familia, y más marcas de su subjetividad le vienen de afuera. Muchos/as niños/as pasan a estar cada vez menos protegidos dentro del marco de su hogar (Julio Moreno, 2004).

El/La niño/a actual no es inocente, ni frágil, ni indefenso/a. Se resiste a ser un vacío por llenar con contenidos adultos. El/La niño/a realiza juegos conectivos. Ya no hay una

división entre edades. Ante el agotamiento de la capacidad instituyente, de la escuela y del Estado, tenemos chicos/as y no infancia.

En la infancia actual, en el ámbito institucional, los cuerpos son menos tocados y besados ya que, por ejemplo, realizar una caricia corporal a un/a niño/a en un jardín de infantes constituye un posible riesgo de denuncia por abuso sexual. Se observa, tanto en el ámbito familiar, en los cuidados hogareños por parte de niñeras o empleadas domésticas, como en el ámbito escolar, la excesiva prudencia con la que se manejan para evitar este tipo de denuncias o de sospechas por parte de otros.

A partir de la década de los sesenta, existe un contrato entre cónyuges que no tiene su base en una unión permanente. La atribución de autoridad en la familia comienza a ser cada vez más problemática y la "división de tareas" se desvanece. Existen nuevas formas de parentesco y nuevos acuerdos sexuales que fuerzan a repensar la cultura misma.

Las nociones de parentesco se desvinculan de la presuposición del matrimonio. A su vez, el matrimonio también se separa de las cuestiones de parentesco. Las relaciones de compromiso ya no pueden localizarse en la procreación heterosexual. La familia puede tener origen en un hecho biológico (por ejemplo, lazos que unen a un/a niño/a con su progenitor/a), pero los vínculos están condicionados por la cultura de cada sociedad. Por eso, el concepto de familia, al igual que el de filiación y el de matrimonio, no está atado a "la naturaleza"; depende de las poblaciones, las políticas, las creencias religiosas, los modos de vida, etcétera.

En otras palabras, aunque distintas formas familiares han existido y existen en todos los pueblos y en todas las épocas, el concepto de familia, como el de matrimonio y el de filiación, es una creación "cultural", no "natural" y, por lo tanto, cambiante. Es por esto que no existe un modelo universal e inmutable de familia, sino muy diversos tipos. La caída de la nupcialidad, el ascenso de la tasa de divorcios, las nuevas tecnologías, entre otros, han causado una eclosión de nuevas formas de familia, tales como familias unipersonales (de solteros/as, divorciados/as); monoparentales o matrifocales (madres sin pareja con hijos/as a su cargo, sean solteras o separadas); reconstituidas (parejas de segundas o ulteriores nupcias, a cargo de hijos/as procedentes de uniones anteriores); familias de cohabitantes; uniones informales de parejas sin legalizar, tengan o no hijos/as a su cargo; etcétera.

Por los motivos mencionados, cada vez es más frecuente referirse a "las familias", en plural. Esta posición no implica desvalorizar a la familia tradicional, sino reconocer la multiplicidad de formas familiares, focalizando la atención en la constitución de la "familia" como el primer nivel de integración social del individuo, su primera escuela, un lugar de desarrollo personal, transmisor de cultura y riqueza, que ejerce importantes funciones. Entre estas, destacamos la satisfacción de las necesidades fundamentales de la persona y el acompañamiento en el desarrollo, sin importar su género, cultura ni credo religioso.

Infancia

Así como el concepto de familia se ha ido modificando a lo largo del tiempo, cabe remarcar que el concepto de infancia también varía a través de las épocas. Este proyecto tomará en consideración el postulado de Julio Moreno al respecto.

Julio Moreno (s.f.) afirma que "Infancia es el conjunto de intervenciones institucionales que, actuando sobre el "niño/a real" y su familia, producen lo que cada sociedad llama "niño/a". Eso explica que los/as niños/as de diferentes épocas o en culturas que difieren en su concepto de infancia, son diferentes. Es así como se ve reflejado que lo que piense una sociedad o una familia con respecto a la infancia afecta al niño/a. Esto se debe a que responden de acuerdo al modo en cómo se los/las concibe y a lo que se espera de ellos/as; la subjetividad del niño/a está condicionada por las expectativas familiares. Lo mismo podría decirse en relación a los conceptos "madre" y "padre", de acuerdo a lo que se piensa o espera de ellos/as. De esta manera, qué es un/a "niño/a", o qué es una "madre" o un "padre" dependerá de lo que determine una cultura o una sociedad específica.

Es importante diferenciar el proceso ontológico del proceso imaginario. En lo que respecta al primero, indica que no hay humano si no hay otro, todos requieren de otro. En relación al proceso imaginario, hoy en día, se cree que el otro puede ocupar lugares diferentes o puede no existir; el/la niño/a nace y se cría solo. Hay un imaginario respecto a lo que un adulto debe ofrecerle al/a la niño/a. Antes, el padre era la figura de experiencia, de saber. Actualmente, el legado (como proceso social) no está disponible inmediatamente.

El problema reside en la horizontalidad de la relación adulto- niño/a en el plano de los derechos y de la infancia. Por lo tanto, se debe empezar a pensar en una construcción de la teoría de lo situacional. Sin embargo, se hace difícil pensar cómo implementar esta teoría en las diferentes instituciones (Perla Zelmanovich 2003).

Se pueden observar las disonancias que aparecen en el ideal de los padres de cómo debe ser un/a niño/a, cómo debe ser el parto, cómo deben ser ellos como padres/madres en ese contexto de nacimiento, de apertura y de recibimiento. El modo de nombrar las categorías prefijadas de cada posición dentro de una estructura familiar, como madre, padre, hijo/a, muestra lugares estancos, fijos, sin movilidad posible.

Sin embargo, es importante pensar la infancia y la niñez desde el movimiento, desde el ir siendo, desde un movimiento de nacimiento, apertura y recibimiento, en el cual, a partir de la interacción, se van conformando las distintas subjetividades. Es a partir de este “entre” que se da la constitución subjetiva. Se piensa el nacimiento del bebé como un doble movimiento, en el cual el bebé también recibe a esos padres (Moreno, 2002).

A partir de lo anterior, podemos afirmar que, para pensar la infancia, es necesario des-suponer la infancia y postular que hay chicos/as; no pensar a los/as chicos/as como “hombres del mañana” sino como “chicos/as de hoy”. En la era de la fluidez, hay chicos/as frágiles con adultos/as frágiles. Es necesario forjar cohesión en un medio fluido.

Julio Moreno (s.f.) postula que “el vínculo parento-filial está reglamentado por un discurso -un conjunto de prácticas y reglas con efecto suavizante sobre sus participantes- que he llamado *discurso infantil*”. Por eso, es necesario que los padres tengan una cierta ignorancia con respecto al hijo/a, es decir, que no conozcan ni desconozcan, que no acepten ni rechacen las suposiciones que el/la niño/a tiene sobre ellos. Sobre esta extraña actitud parental, Julio Moreno plantea que es necesario que los padres posean un genuino interés en el/la hijo/a y, a su vez, mantengan cierta ignorancia respecto de su desenvolvimiento. De esta manera, el/la niño/a puede comenzar a constituirse de forma más autónoma e independiente. A partir de esto, solo existe el individuo, uno/a mismo/a como el responsable de ser lo que es, no hay lugares dados de antemano en los que uno/a simplemente se ubica.

Perla Zelmanovich (2003) nos invita a pensar en los/as niños/as como subjetividades en vías de constitución, las cuales surgen en el discurso de los/as adultos/as. Los/as niños/as requieren de alguien que les acerque la lengua, la cultura, y necesitan espacios protegidos para su aprehensión. Por lo tanto, es importante cuestionar el discurso de los adultos cuando se refieren a estos niños/as; cuestionar las etiquetas que muchas veces colocan de manera rígida en los preconceptos y juicios deterministas e irreversibles, ya que, de este modo, crean subjetividades en los niños/as, quienes muchas veces, sin

preguntarse demasiado, internalizan, sostienen y justifican lo que los adultos piensan de ellos/as y se muestran imposibilitados de correrse de estas etiquetas.

Actualmente, se puede plantear una constante búsqueda de pensar/se sin considerar como única posibilidad lo dado, lo establecido. Se exploran nuevos modos de ser, de pensar, de sentir, de experimentar; se vive en un estado de cuestionamiento y búsqueda continúa. La creencia de que los/as niños/as deben llegar a un ideal, a una categoría bajo un determinado formato, haciéndoles pensar y creer que ya están completos, que no hay más, que eso es lo que se espera de ellos es antigua e irreal. Se piensa en un permanente movimiento sin la búsqueda de completud final alguna; se crean otros lugares, por lo que existen numerosas maneras de ser y se amplía el conjunto de posibilidades y de elecciones.

Como herramienta de experimentar Julio Moreno (2014) afirma que “el juego transforma estructuras en acontecimientos, disuelve lo evocado y el tiempo como referencia cronológica de los eventos. Sin embargo, algo de lo original de todos modos persiste escondido detrás de los modos del juego y las formas del juguete.” El juego suele nacer de la relación con la madre y con otros adultos que acompañan en los primeros años de vida. El sentido de esos juegos es el nacimiento de las bases de la “subjetividad”.

Una característica del juego es que el tiempo del juego es circular y en él todo puede ser diferente y volver a empezar cada vez igual. El juego crea la ilusión de que el tiempo puede revertirse. Una catástrofe se revierte y genera un “de nuevo” como si nada hubiese pasado. Los/as niños/as se divierten una y otra vez jugando al mismo juego, ya que todo nuevo comienzo genera una nueva historia.

Otra de las características que se puede destacar es lo profanatorio del juego. Julio Moreno (2014) explica que profanar es “liberar objetos o prácticas de un uso oficial o institucionalmente admitido para cualquier otro fin que no es necesariamente el que tenían antes de ser liberados.” Es decir, se separa al objeto en cuestión de su uso reglamentado u oficial y se le da otro, propio del nuevo juego.

Estas características del juego deben tenerse en cuenta en las actividades que se realicen en el C.B.M para poder hacer una elección, así como una evaluación pertinente sobre el significado de los mismos. Asimismo, el juego con los/las niños/as, entre ellos o entre ellos y los adultos responsables permitirá sentar las bases de la subjetividad.

Vínculo

El vínculo es fundamental para el surgimiento de la subjetividad, pues suspende la certeza de la creencia de uno mismo; hay una dislocación del yo (Kleiman, 2015). Cada nuevo vínculo es productor de nuevas marcas y de nuevas inscripciones que no existían previamente a dicho vínculo. Hay que desconocerse para devenir otro. El vínculo es desapropiación, ex-perimentar la existencia, salir del orden del conocer/reconocer al orden del ex-sistir (estar fuera).

Sonia Kleiman (2015) menciona que, en el vínculo, algo del otro se resiste, no se puede incorporar; y, aún en lo semejante y lo diferente, una parte no puede inscribirse como propia, permanece no conocida: es lo “ajeno” y es inherente a la presencia del otro. Esto evidencia el problema de la alteridad y la ajenidad dentro de la parental-filiación. Lo vincular es perturbación, es acceder a esa zona de ajenidad que embate creencias.

Janine Puget (2007) expresa que “el sujeto necesita pensarse sobre una base de certezas y la ilusión de que constituye vínculos sólidos, ello deja poco lugar a lo imprevisible y a lo que debido a la potencialidad vincular va sucediendo en cada momento”. Las personas necesitan sentirse en equilibrio y seguras, les asusta lo desconocido y quieren tener todo bajo control; lo inesperado las desequilibra.

Sin embargo, en la vida, lo que siempre está presente es caos y derrumbe. Sobre esas fuerzas de derrumbe y con esas fuerzas se debe construir. Los sufrimientos se curan en vínculo. Isidoro Berenstein (2004) hace reflexionar al respecto cuando menciona que “estamos comenzando en todo momento,” en constante movimiento. Marcelo Percia (2011) también ayuda a reflexionar sobre estas fuerzas al exponer que, para salir del plácido cautiverio de la costumbre, se requiere coraje, creatividad, y valentía para transformar las formas de vivir y pensar.

Simmel, G. (2012), en su texto “El extranjero”, refiere que un elemento que caracteriza todos los vínculos en diferentes graduaciones es “el modo en que la relación incluye, al mismo tiempo, lo lejano y lo cercano”, ya que hay elementos que los individuos que forman parte del vínculo comparten, y elementos que los diferencian y pueden incidir en el vínculo o mantenerse por fuera de este.

La incidencia está, asimismo, determinada por la generalidad o la particularidad de estos elementos: en la medida en que sean solo compartidos por los miembros de un grupo,

constituyen un elemento característico de este; si son compartidos también por miembros extranjeros al grupo, la especificidad de su ser común en tanto elemento de vinculación y cohesión se va difuminando.

En el vínculo entre el equipo interdisciplinario de profesionales del C.B.M., los/las niños/as, sus familias y demás participantes aparecerá “lo extranjero” y e influirá en los mismos.

En cuanto a la subjetivación, el psicoanálisis dedicó gran parte de su especificidad y de su prestigio a una sola instancia: la instancia de lo familiar. En ella se toma a la familia como el eje de la subjetivación, y, más específicamente, el Complejo de Edipo se toma como eje central.

Actualmente, la psicología se plantea si la instancia familiar como único eje de subjetivación alcanza o si habría que suplementarlo con otras instancias. Se puede pensar, también, que, si bien lo familiar es muy importante, no es lo único; y tampoco se reduce, únicamente, a lo edípico. Así, Rodulfo (2013) plantea la hipótesis de cinco instancias de subjetivación: la familia, la escuela, los pares, la pantalla y todo el campo de lo ficcional.

Introducir otras instancias de subjetivación permite pensar acerca de hechos actuales que ponen en cuestionamiento la primacía de lo edípico como posición nuclear en la subjetivación. Dentro de los hechos actuales, Rodulfo (2013) ubica tres acontecimientos o factores nuevos que entran en juego en la construcción de la subjetividad: las nuevas técnicas de reproducción; las transformaciones en cuanto a las políticas de género; y la variedad de tipos de familia con los que nos encontramos hoy en día, fenómeno que, en algunos casos, se resume con el nombre de “familias ensambladas”.

Lo mencionado es importante, ya que se comienza a pensar en una ontología de la vincularidad, la cual trae una manera de pensar el orden del mundo distinta a la forma de pensar en individuos e, incluso, en grupos. La deconstrucción de las estructuras binarias del psicoanálisis se realiza a partir de una lógica intersubjetiva, relacional, en la cual el psiquismo se constituye a partir de la interrelación de lo pulsional, lo intrapsíquico, lo cultural y lo intersubjetivo.

En este sentido, se comienza a pensar los procesos de subjetivación desde una perspectiva de movimiento constante que da la posibilidad de volver a preguntarse a sí

mismo y al otro. Los procesos de subjetivación se entienden en términos de transformación, de devenir, contrariamente a la quietud y a la fijeza. Precisamente, es a partir del desencuentro que se inicia el trabajo de vincularse. Por eso, se piensa el desencuentro como motor de lo vincular, a partir de la aparición de lo nuevo, de lo imprevisto, que abre a la posibilidad de alterarse.

Los procesos de subjetivación son singulares y epocales. Hay algo común en el proceso de subjetivación por pertenecer epocalmente. Cada época tiene una cosmovisión, una manera de ver, de conocer, una manera de entender la familia, el amor y la visión de uno; cada época presenta una idea de tiempo y posee una determinada tecnología. A su vez, cada modelo de maternidad y paternidad nace como un acontecimiento, una forma de dar respuesta a un paradigma de la época.

Un Acontecimiento es la

“dimensión portadora de la generación de lo nuevo, lo que no está previsto, lo emergente, que excede la dimensión de lo parental y lo que antecede. Tener en cuenta esta dimensión afecta cómo pensar lo originario, ya no como un punto fijo en la historia, sino como un estado potencial originante de puntos de partida posibles a lo largo de la vida” (Grandal, L., 2013, p. 3).

Sonia Kleiman (2015) establece que “lo vincular propone la existencia de múltiples orígenes en cuanto a que cada vínculo significativo produce marcas nuevas, inscripciones que no existían previamente a dicho vínculo y que interjuegan con la historia precedente”.

Liliana Grandal (2013) afirma que “los lazos de infancia es preciso que se deshagan y simultáneamente se dispongan de otra forma, sin que se fracturen.” Y agrega lo siguiente: “Lo esperado por padres e hijos, será tramitado con mejores condiciones de salud si hay mayor movilidad para alojar lo inesperado, lo no pautado, ubicando en esto lo situacional, aquello que emerge y que no está enmarcado previamente, como podrían ser funciones, roles o lugares (...).” (p.4)

En la actualidad, el concepto de familia es amplio, por lo que al C.B.M. podrán concurrir, no solo los niños/as y sus padres, sino también otras personas involucradas en la crianza que serán, también, productoras de múltiples orígenes y de subjetividades.

Por lo tanto, es importante la mirada de la psicología vincular ya que no se nace individual, se nace en un colectivo, en una multitud. Si se pertenece a esos muchos, con

suerte, se individua. Tiene que haber una construcción para individuarse, diferenciarse, construirse individuales; es un proceso que no termina nunca. Lo colectivo potencia la individuación; estar-juntos/as implicaría compartir la potencialidad de lo pre-individual, ya que el individuo proviene de un pre-individual indiferenciado (lo que precede a la individuación), de ese infinito de posibilidades de la proveniencia y del espaciamento anónimo donde puede acontecer un ser-singular-plural, en términos de Jean Luc Nancy (2003).

Los encuentros actualizan otras líneas, otros sentidos en el proceso que potencia la singularidad. Los encuentros son un estar-juntos en tanto se comparte una realidad que es realidad de lo posible y que antecede a la emergencia de una singularidad. Las subjetividades son parte de agenciamientos colectivos y, a la vez, emergen de estos.

Nancy (2003) plantea la posibilidad de diferenciarse, subjetivarse, individualizarse gracias a la posibilidad de compartir la potencialidad de lo pre-individual, del “ser con” y en relación a “lo otro”. Lo otro, el otro, es el que permite la posibilidad de ser otro, de construirse en ese constante círculo de retroalimentación. Por lo tanto, de acuerdo al modo de estar con el otro, de ser con el otro, se da la posibilidad de ser con uno y de estar con uno: se brinda la posibilidad de ir construyéndose y de potenciarse de acuerdo a los encuentros que vayan teniendo desde la infancia.

Es importante destacar, como menciona Janine Puget (2007) en su texto “Cada vez nos conocemos menos”, que las relaciones entre dos o más personas engendran conflictos, que establecer una relación conlleva riesgos y que, además, exige un trabajo permanente, el cual, con mucha frecuencia, suele ser evitado. Es una exigencia tener que escuchar al otro, dado que necesariamente habrá de alterar las propias creencias y certezas. El otro en tanto otro nos resulta insoportable porque nos hace sentirnos ajenos.

“Sólo hay experiencia en la medida que no hay conocimiento” y en la importancia de pensarnos “abiertos a potencias que buscan abrirse paso a una vida” (Percia, 2011). Hay que experimentar la existencia, ya que la libertad es experimentar. Cabe recordar que las convicciones, como representaciones a priori, son impedimentos para habitar las situaciones.

Sonia Kleiman (2012) diferencia ocupar y habitar. “Ocupar un lugar en términos de parentesco remite a una matriz estructural en la cual ya está adscripto y prescripto como cumplir una función. Habitar, por el contrario, requiere de una experiencia, inventar un

posicionamiento desde una producción vincular conjunta”. Es necesario trabajar con una familia en la adopción de un cierto “nomadismo” que les permita construir nuevos territorios, generar nuevos puntos de partida, dando paso a la incertidumbre que requiere el poder habitar sucesos imprevistos sin el temor a destituirse (Kleiman, 2012). A su vez, hay que tener en cuenta que el ocupar y el habitar son movimientos que van jugando en diferido y produciendo efectos diferentes.

El Dr. Federico R. Urman (2011) hace pensar en el desafío de generar nuevas maneras de habitar los espacios a partir de la posibilidad de transformar la vincularidad espontánea del conjunto, como la posibilidad de generar discontinuidades y nuevas configuraciones familiares. La idea no es ocupar lugares, sino habitarlos. Lo importante es poder posicionarse dentro de una situación, de manera que se genere algo diferente; poder devenir otro con el otro.

Cabe hacer referencia a las palabras de Sonia Kleiman respecto de las representaciones que suelen circular dentro de las familias, acerca de cómo tendría que ser cada miembro, advirtiendo contra estas en tanto derivan comúnmente en acusaciones, culpa y sentimientos de fracaso, convirtiéndose en fuentes de sufrimiento y generando climas de intenso estancamiento (Kleiman, 2012).

Hay que remarcar la diferencia entre la producción de pensar “en”, a partir de un capital de representaciones, imágenes y sensaciones propias; y la de pensar “con”, que se origina con el capital siempre en actividad del potencial vinculante, relacionado al juego coercitivo de presencias.

Este último modo de pensar, “pensar con” (Puget, J., s.f.), surge de la interrupción de relaciones existentes que parecían fijadas. Así, se crean los vacíos necesarios para la constitución del espacio inter, en donde se engendran nuevas ideas que, eventualmente, constituirán un saber. Este pensar produce algo que no pudo ser pensado con anterioridad ni pudo ser pensado por un solo sujeto. A su vez, de este “pensar con” nacen ideas que van desde la reflexión hacia la toma de decisión.

Es así que las experiencias compartidas en el C.B.M. serán parte de este “pensar con” y servirán para reflexionar, no solo sobre la crianza, sino también sobre el propio accionar del C.B.M. Asimismo, son estos encuentros en el C.B.M. los que permitirán una producción vincular.

La siguiente cita de Alejandra Tortorelli para hablar de borde permite dar cuenta de la potencialidad de lo vincular, lo que genera pensar desde una mirada que incluye al otro como parte de uno, y viceversa:

“Desde este “entre” donde el desde se presenta fundamental no hay oposición de opuestos plenos sino un borde doble -todo borde es indefectiblemente doble- capaz de abrir simultáneamente lo uno y lo otro, lo propio y lo ajeno, sin supremacía de uno sobre otro y sin resolución de uno por otro. Desde este “entre” como punto de partida partido y no desde lo propio como punto de partida pleno, lo que se manifiesta lo hace dibujando sus bordes en su mismo trazo.” (Tortorelli, 2002 en el texto “Frontera entre lo individual y lo vincular” de Isidoro Berenstein, 2002, pág. 6)

Alejandra Tortorelli explica al “entre” como lo que deja indecible qué es del otro y qué es de uno, deja indecible el adentro y el afuera (Tortorelli, A., 2006). Se considera al “entre” como la apertura misma. Lo vincular como producción “entre” los constituye destituyéndolos. No se puede separar al sujeto del vínculo; si se piensa vincularmente, ya no hay sujeto, no hay identidad de un sujeto. La identidad es un manojito de vínculos. Liliana Grandal (2013) agrega que “el sujeto que se constituye es siempre en situación de encuentro con más de un otro”.

Por su parte, en su texto “Frontera entre lo individual y lo vincular”, Isidoro Berenstein (2002) diferencia el término “frontera” como aquel que define un límite, un borde, un confín, una línea que marca la diferencia entre distintos territorios, delimitando el adentro y el afuera, diferenciando el interior del exterior. Berenstein define al concepto de “frontera entre” como aquel en el que se fluye de un lado al otro, con una doble direccionalidad, y en el que no hay zonas propias ni ajenas.

Todo esto invita a pensar en la importancia de desarraigarse de la idea de borde como límite, como línea divisoria, para animarse a pensarlo como aquello que abre pasaje a lo diferente, a las diferentes ideas, pensamientos, cuerpos, intereses, permitiendo ver las diferencias como bordes que abren puertas dando lugar a la acogida del otro.

Mediante la mirada puesta en lo vincular, el C.B.M., se propone ser un centro de hospitalidad para que las familias y los niños/as se sientan, a la vez, invitados/as y partícipes.

Sonia Kleiman (2004) define la hospitalidad como “ese gesto de invitación que implica ser huésped y anfitrión al mismo tiempo, es decir, en simultáneo. Esta simultaneidad permite hacer un corrimiento de los conceptos de asimetría”.

Al respecto, Sonia Kleiman (2004) plantea en el texto “El vínculo parento-filial en perspectiva de hospitalidad” que “la hospitalidad no pertenece ni al anfitrión, ni al invitado, sino al gesto mediante el cual se dan la acogida” (pág. 6). No es una persona que aloja, que ampara, que recibe a otra que arriba, que está desamparada; sino que, situando la dimensión de simultaneidad, el gesto de invitación implica ser huésped y anfitrión al mismo tiempo.

En lo impredecible es que se produce una doble acogida donde el anfitrión deviene huésped del huésped; donde quien recibe es tan arribante como aquel que se supone que llega. La hospitalidad es lo arribante que acontece a ambos instituyéndolos y destituyéndolos en la pretensión de ser uno mismo, de ser el anfitrión, el dueño de casa. (Derrida J., 2000).

Lo vincular será el punto focal para el correcto funcionamiento del C. B.M. y para alcanzar su cometido: el desarrollo integral de los niños/as, las familias y demás integrantes de la red de cuidados.

ANÁLISIS DE LA SITUACIÓN

Análisis sobre intervenciones comunitarias

Diversos profesionales e investigadores han abordado la temática de las intervenciones comunitarias para el logro de la salud integral en la primera infancia.

Cavalleris *et al* (2011) presentan una investigación realizada a través de varios encuentros de madres en situación de pobreza con el fin de aumentar los procesos de simbolización temprana y trabajar en el vínculo madre-bebé, lo que puso en evidencia que las preocupaciones de las madres de niños/as pequeños se focalizaban en el vínculo que consolidaban con sus hijos/as y no tanto en la situación socioeconómica. La participación en los encuentros propició un intercambio sobre la crianza recibida por las madres y sobre las situaciones placenteras y dolorosas en la crianza de sus niños/as.

Bang y Corín (2017) describen y analizan la experiencia de un Centro de salud de Villa Soldatti que planificó y llevó adelante una semana de actividades recreativas de

prevención y promoción de la salud. Las actividades, conjuntamente planificadas por vecinos/as del barrio, profesionales y diferentes organizaciones, visibilizaron la importancia de la creación de dispositivos vinculares y afectivos en los que los procesos de subjetivación permitan el sostenimiento de procesos participativos.

Albino y Monckeberg (2004) considerando la importancia de la problemática de la desnutrición, crearon la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN), que toma en cuenta las necesidades nutricionales de cada niño/a, evalúa y estimula el desarrollo psicomotor, y contribuye a un buen vínculo socio-afectivo entre la madre y el bebé. CONIN surge en Chile pero, se replicó en Argentina y atiende a familias en situación de vulnerabilidad social.

Otra institución que afecta e interviene sobre la primera infancia es el Jardín Maternal. Sobre esto, Aubone (2016) apuntó cómo los/as niños/as que asistieron al jardín maternal muestran mayor cooperación, capacidad de interacción e independencia que aquellos/as niños/as que no asisten.

Si bien lo recuperado señala diferencias, también aparecen puntos en común en relación a la importancia de los dispositivos comunitarios en la primera infancia. En vista de ello, la intervención aquí propuesta persigue incidir en la salud integral.

Dispositivos de primera infancia en Latinoamérica

En este apartado se plantean algunos dispositivos con atención integral y enfoque de derechos en el contexto latinoamericano como antecedentes del proyecto de intervención planteado en este trabajo. Asimismo, se visibiliza las diferencias entre algunos dispositivos y la importancia de trabajar con los niños/as y sus familias desde sus primeros años.

Dentro de la atención integral de la primera infancia, los procesos educativos son un factor determinante. Esto atañe no solo a la educación formal, sino, también, a los diferentes procesos que pueden generar aprendizajes en los niños y las niñas. La Unesco (2010) señala que el aprendizaje comienza desde el nacimiento. El componente educativo durante la primera infancia es fundamental, dado su efecto preventivo y compensador de las dificultades de aprendizaje y desarrollo, así como de las desigualdades educativas y sociales

El concepto de educación inicial se encuentra desarrollado desde finales del siglo XIX (Artiles, 2011), y se “comienza a extender en el marco de la educación de la niñez en general” (UNESCO, 2010, pág. 26).

En Colombia, las normas y leyes protegen los derechos de los niños y las niñas fundamentados en la Declaración de los Derechos propuesta por la ONU. El Ministerio De Educación Nacional, en la Política Pública Estrategia de Atención Integral a la Primera Infancia Fundamentos Políticos, Técnicos y de Gestión, define a los niños y las niñas como ciudadanos sujetos de derechos, seres sociales y singulares, e inmensamente diversos. “Ser sujeto de derechos desde la primera infancia es afirmar que el carácter de ser social es inherente al ser humano desde los comienzos de su vida” (Ministerio de Educación Nacional de Colombia, 2013, pág. 100).

En este país se considera a los niños y a las niñas desde los 0 a los 6 años como seres sociales, ya que “desde el momento del nacimiento pasan a formar parte de una familia inmersa en un contexto social y cultural” (Ministerio de Educación Nacional de Colombia, 2013, pág. 101) donde pueden desarrollar sus capacidades.

Las modalidades en la Educación Inicial deben garantizar el derecho a la atención integral desde la gestación hasta el ingreso al nivel educativo. El acceso a una enseñanza de calidad garantiza el fortalecimiento continuo de las habilidades en la edad inicial y los años posteriores.

La modalidad institucional se brinda en Centros de Desarrollo infantil (CDI) que promueven el desarrollo integral. En estos Centros son responsables la familia, el Estado y la educación. Las acciones están relacionadas con la nutrición, la salud y la formación de los/as niños/as de 0 a 5 años. A su vez, en esta modalidad se encuentran los Hogares Infantiles para niños/as de 6 meses a 2 años que no cuenten con un adulto responsable que los cuide; el tiempo de atención debe corresponder a la jornada laboral de los padres o adulto responsable de su protección y afecto.

La Modalidad de Educación Inicial Familiar es flexible; se brinda desde el nacimiento hasta antes de cumplir los 6 años. En esta modalidad las familias acompañan el desarrollo de los niños y las niñas. Se realizan a través de Encuentros Educativos Grupales una vez a la semana con las mujeres gestantes, los lactantes, los/as niños/as y sus cuidadores. Asimismo, se llevan a cabo encuentros educativos en el hogar al menos una vez por mes con cada familia. (Ministerio de educación Nacional de Colombia, 2016).

Por su parte, el servicio para la familia, la mujer y la infancia se denomina FAMI. Se apoya a grupos de entre 12 y 15 familias con niños/as de hasta 2 años de edad para mejorar las relaciones intrafamiliares y fortalecer los vínculos afectivos. De esta manera, se acompaña el desarrollo integral del niño/a desde su gestación y se vincula a otros adultos para que participen en la crianza.

En Guatemala, la atención de educación está “contemplada desde la Constitución de la República partiendo del Nivel Inicial, en donde priva la modalidad no formal, como la Pre - primaria la cual implica el traslado al nivel formal” (Gobierno de la República de Guatemala, 2010-2020, pág. 26).

Dentro de la atención educativa infantil y familiar, se encuentra el Proyecto de Atención Integral a la Niñez menor de 6 años, conocido como PAIN. El PAIN es una modalidad para la atención integral al niño y a la niña menor de seis años en comunidades urbano marginales y áreas rurales del país en contexto de pobreza; promueve la participación comunitaria y de la familia para mejorar la calidad educativa de hijos e hijas.

Las acciones del PAIN involucran promover el desarrollo integral de los niños y las niñas; orientar a la población adulta y joven para que pueda ejecutar programas de salud, nutrición y educación inicial que propicien el mejoramiento de vida del niño y la niña; Favorecer la relación del niño/a con su contexto familiar y socio-cultural.

A los niños y las niñas de 0 a 3 años y 11 meses se los atiende en forma personalizada junto con la madre y el coordinador docente para promover la estimulación. Se trabaja sobre las siguientes áreas: Destrezas de Aprendizaje, Comunicación y Lenguaje, Conocimiento de su mundo, Estimulación Artística y Motricidad. Los niños y las niñas de 4 a 6 años son atendidos en forma colectiva por un docente coordinador; se trabajan áreas específicas para el desarrollo: Destrezas de Aprendizaje, Comunicación y Lenguaje, Medio Social y Natural, Expresión Artística y Educación Física.

A las madres embarazadas se las orienta sobre la salud preventiva, la higiene, la importancia del cuidado en el embarazo, y el cuidado y desarrollo del niño y la niña. Las madres lactantes son atendidas por el coordinador docente; se las orienta acerca de la higiene y la importancia de la lactancia materna, y el proceso de estimulación, cuidado y desarrollo del niño y la niña.

Los padres y madres de familia de los niños y las niñas que asisten a los Centros PAIN se involucran en el desarrollo del proceso educativo en forma activa y directa. La atención a los grupos de madres se ejecuta en coordinación con el Ministerio de Salud Pública y con la Comisión Nacional para la Lactancia Materna. (Gobierno de la República de Guatemala, 2010-2020).

En Paraguay, la educación inicial tiene un enfoque de desarrollo integral mediante la asistencia, protección y promoción de los derechos de niños y niñas; se atiende a la madre desde el embarazo y en su entorno familiar.

Se ofrece un espacio de atención formal y no formal. En el primer ciclo de Educación Escolar Básica, la atención formal se da en tres etapas. El Jardín maternal atiende a niños/as de 0 a 2 años. El Jardín de Infantes está dirigido a niños/as de 3 a 4 años. El Preescolar atiende a niños/as de 5 años y es de carácter obligatorio. La modalidad no formal se ocupa de atender a los/as niños/as de 3 a 5 años que no tienen acceso a la educación inicial formal (Ministerio de Educación y Cultura de Paraguay, 2015).

La educación inicial es atendida desde subgrupos donde hay promoción y protección social y donde se brindan pautas de crianza a los padres y la familia, y acceso a servicios maternales y jardines. De 0 a 1 año se realizan controles a las mujeres embarazadas; se atiende el parto; se brinda atención de salud, alimentación y nutrición al recién nacido; y se promueve la estimulación infantil. De 2 a 4 años se brinda cuidados a la salud y nutrición infantil, se atiende a la higiene y las vacunaciones. De 5 a 8 años se brindan cuidados a la salud, se promueve la alimentación, la nutrición y la higiene. Se dan pautas de seguridad sobre riesgos de accidente en el hogar, los centros educativos, la calle, y los espacios públicos. (Ministerio de Educación y Cultura de Paraguay, 2011).

Por su parte, a diferencia de varios países latinoamericanos, la Argentina comprende, en el período de primera infancia, a los niños y las niñas desde los 45 días hasta los 5 años de edad, inclusive. Por ello, promueve el aprendizaje y desarrollo de los niños y las niñas que son “sujetos de derechos y partícipes activos/as de un proceso de formación integral, miembros de una familia y de una comunidad” (Congreso de la Nación de Argentina, 2006).

Las escuelas del Nivel Inicial brindan servicio educativo a la población infantil desde los 45 días de vida hasta los 5 años, promoviendo el desarrollo psíquico, atendiendo las necesidades asistenciales y biológicas de los/as niños/as y favoreciendo el proceso de socialización. Cumplen una función pedagógica en la que guían el proceso de aprendizaje

del niño/a; estimulan mecanismos de participación y trabajo conjunto entre las familias y la escuela.

Aubone (2016) realizó una investigación en la que se compara un grupo de niños/as que asistió al Jardín Maternal con otro que no lo hizo. Aplicó a ambos grupos la Escala de comportamiento Preescolar y Jardín Infantil (Merrell, 2003; adaptado por Reyna y Brussino, 2009): los/as niños/as que habían asistido a Jardín Maternal obtuvieron un puntaje mayor en cooperación, interacción social e independencia social.

Los Centros de Desarrollo Infantil son lugares donde se atiende en forma integral a los/as niños/as entre los 45 días y los 4 años de edad, inclusive. Se abordan diferentes aspectos de la vida, como la alimentación, el afecto y la educación. Asimismo, se trabaja para que las familias y la comunidad protejan los derechos de los/as niños/as y se fortalezcan su crianza y desarrollo.

Es importante que en estos centros se actúe de forma conjunta con las familias y la comunidad, se tengan en cuenta las características de cada uno/a de los/as niños/as y se les brinde estimulación temprana para favorecer el desarrollo, se integre a niños/as con discapacidad y se respeten la igualdad y la diversidad cultural. Los Centros deben trabajar, asimismo, en pos de lograr el desarrollo de hábitos de solidaridad y cooperación para la convivencia en una sociedad democrática.

Los Centros podrán interactuar con servicios educativos o sanitarios, o articular con otras instituciones y servicios del espacio local actividades culturales, educativas, sanitarias y toda otra actividad que resulte necesaria para la formación integral de los/as niños/as.

A partir de la realización de una revisión sistemática de intervenciones de calidad en la primera infancia para niños/as de contextos pobres de países en desarrollo, algunos expuestos en este apartado, Engle y otros (2007) arribaron a las siguientes conclusiones: las intervenciones más efectivas son aquellas que se introducen en los primeros años de vida, proveen experiencias directas de aprendizaje tanto a los/as niños/as como a sus familias, están focalizadas en niños/as más pequeños y de contextos pobres, tienen una duración prolongada, son de alta calidad e intensidad, es decir, se dan varios días a la semana, y están integradas a servicios más amplios de apoyo familiar, salud, nutrición y/o educación. Por lo tanto, es el Centro Barrial Maternal propuesto en este proyecto debe considerar a la primera infancia desde la concepción del niño/a y comprender la importancia de trabajar con una red de cuidados para el niño/a.

Partido de Vicente López

Vicente López es uno de los 135 partidos de la Provincia de Buenos Aires; se halla a 19 km del centro de la ciudad de Buenos Aires. Los niveles socioeconómicos de su población son muy heterogéneos. Según el censo de 2010, realizado por el INDEC, el partido de Vicente López tenía, en ese entonces, 274082 habitantes sobre su superficie de 33,77 Km².

Se estima que el 5,4 % no tiene gas de red; el 5% de la población está bajo la línea de pobreza e indigencia; aproximadamente el 3% no cuenta con agua procedente de red pública o sus baños no están conectados a la red cloacal. Los barrios que tienen más asentamientos precarios son Las Flores, La Loma, Habana y El Ceibo.

Instituciones para la primera infancia

La Secretaría de Cultura de Vicente López tiene varias opciones de talleres recreativos para niños/as y jóvenes a partir de los 4 años. Todas las actividades tienen una edad mínima requerida, y un día y horario asignado. Asimismo, dentro del Partido, se encuentra una sede de la Corporación para la Nutrición Infantil (CONIN), localizada en el barrio Las Flores. Lamentablemente su ubicación hace difícil el acceso para la población de otros barrios debido al gasto económico en el que se verían involucrados para realizar el viaje y al tiempo que les insumiría llegar hasta allí. Tampoco sería posible que brindaran atención para todos los/as niños/as del Partido.

Puntualmente, el barrio La Loma cuenta con cuatro jardines maternales para niños/as de 45 días a 2 años, y tres jardines de infantes municipales para niños/as de 3 a 5 años, los que resultan insuficientes para la cantidad de vacantes que demanda su población.

Queda en absoluta evidencia que la comunidad del barrio La Loma no cuenta con ningún espacio ni taller para madres embarazadas ni para los/as niños/as recién nacidos. Esta situación requiere de la creación de un espacio comunitario en el cual se pueda trabajar en red interinstitucional, promover vínculos, articulación intersectorial y participación comunitaria, y en el que se pueda lograr el sostenimiento de espacios de alegría compartidos colectivamente mediante la configuración de redes barriales y comunitarias, todos elementos de la Atención Primaria de la Salud Integral (Bang, 2018).

Debido a la importancia de lo expuesto, se propone la creación de un Centro Barrial Maternar (C.B.M.) en el barrio La Loma.

DISEÑO DE LA PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

Objetivo General

- Diseñar un espacio de intervención comunitaria destinado a embarazadas y a la primera infancia para el logro de la salud integral, denominado Centro Barrial Maternar (C.B.M.)

Objetivos específicos:

- Diseñar un espacio de cuidados durante el embarazo y la crianza que incluya la perspectiva de derechos
- Trabajar en el C.B.M. desde la perspectiva de género para incluir a otros/as en el cuidado del niño/a por venir.
- Fomentar el vínculo entre la familia, los profesionales y diversas instituciones.
- Fortalecer las competencias cognitivas, emocionales y sociales de niños/as y sus padres/madres en condiciones de vulneración de derechos.
- Promocionar y proveer una alimentación saludable y cuidados de salud.

Centro Barrial “Maternar” (C.B.M.)

La razón por la que se ha denominado al Centro Barrial como “Maternar”, es porque este verbo justamente da cuenta que la importancia se encuentra en la acción, más allá de quién la realiza. “Maternar” acoge así a todo/a adulto/a responsable que sea una figura importante para formar parte de la red de cuidados del niño/a.

Para el funcionamiento del Centro Barrial Maternar que esta tesista considera necesario crear, se proponen los siguientes módulos, basados fundamentalmente en la teoría de Urie Bronfenbrenner antes mencionada:

1. “Acompañamiento individual a las familias”.
2. “Nutrición y salud, sala de lactancia y comedor”.
3. “Estimulación temprana”.
4. “Competencias sociales y vinculares con pares y adultos; autorregulación cognitiva y emocional”.

Para cada módulo, se organizarán actividades y dinámicas diferentes que se llevarán a cabo, a través de un equipo interdisciplinario, en el lugar donde se establezca el C.B.M. Las actividades y dinámicas estarán diseñadas por profesionales que tendrán en cuenta el contexto y los/las participantes, y serán supervisados/as por un/a coordinador/a. Los/as profesionales que conformarán el equipo interdisciplinario serán un/a trabajador/a social, un/a psicólogo/a, un/a especialista en estimulación temprana, un/a especialista en puericultura, un/a docente de nivel inicial, un/a nutricionista y un/a cocinero con dos ayudantes de cocina.

El C.B.M. trabajará a partir de la lógica de redes y de la participación comunitaria con una mirada en lo vincular y un abordaje de perspectiva de derecho en salud integral y de perspectiva de género. Este Centro tendrá en cuenta las características y dinámicas que se utilizan en educación inicial con enfoque en un desarrollo integral en otros países latinoamericanos, como Colombia y Uruguay. Ambos países subrayan la importancia de atender a la primera infancia desde la gestación del niño/a, acompañar a las mujeres embarazadas e incorporar a otros adultos responsables en el cuidado de redes del niño/a. A su vez, teniendo en cuenta la causalidad compleja de las problemáticas de las familias, en el C.B.M. se realizarán articulaciones con instituciones del barrio y con otras instituciones adecuadas para la restitución de los derechos de sus habitantes.

Las redes comunitarias que se construyan permitirán que cada integrante se sienta sujeto y objeto de participación. En este sentido, se valora tanto la posibilidad de cada uno de participar de la red como de promover la participación de otros/as. Uno de los objetivos de sumar la participación de otros/as es que se impliquen en la crianza del niño/a por venir y que se genere, así, una red de cuidados.

Se mantendrán relaciones directas con los Centros de Atención Primaria de la Salud (CAPS), hospitales, jardines maternos y otras instituciones a las que asistan o con las que tengan relación las familias que participen del C.B.M.. Esto permitirá trabajar en conjunto, abordar a la familia de forma interdisciplinaria y realizar reuniones o derivaciones en caso de ser necesario.

Bang (2014) establece que las prácticas/acciones de promoción de salud mental comunitaria son aquellas que favorecen la transformación de vínculos solidarios y la constitución de la propia comunidad como sujeto activo de transformación de sus realidades al poder tomar decisiones autónomas y conjuntas sobre el propio proceso de salud-enfermedad-cuidados. En relación a esto, establece la importancia de volver al

componente de la participación protagónica y responsable de la comunidad como forma de identificar sus demandas y necesidades para responderlas pertinentemente.

Siguiendo esas líneas de trabajo, en el C.B.M., se realizará una encuesta individual en la que se interrogará sobre los intereses de los/as participantes. Esto es importante para generar un diagnóstico participativo con la población del barrio y para poder trabajar a partir de este. Se debe tener en cuenta que las necesidades pueden ser diversas e ir cambiando con el tiempo, por lo que el diagnóstico deberá ser periódico.

Es necesario tener en cuenta que las problemáticas psicosociales complejas vislumbradas en la población del barrio La Loma requieren de estrategias de intervención múltiples. Estas acciones se irán generando a partir de las necesidades, recursos y características de cada población. “El trabajo con los niños suele ser una buena puerta de entrada para conocer a las familias y sus problemáticas” (Bang, 2014, p. 117).

Las actividades planificadas deben sustentarse en el derecho de los niños y las niñas a jugar y a participar en actividades recreativas, lo que favorecerá el desarrollo de su salud en forma integral, pues permitirá ir cubriendo sus necesidades sociales, culturales, emocionales y psicológicas. Asimismo, las actividades deberán permitir la apertura de espacios subjetivantes y de expresión para los niños/as que, a su vez, estimulen el vínculo con los padres y con otros adultos referentes.

Las familias participantes del programa contarán con un acompañamiento individual (Módulo 1) a cargo de profesionales del equipo. El/la psicólogo/a, el/la trabajador/a social, el/la docente de nivel inicial y el/la especialista en estimulación temprana trabajarán en duplas pedagógicas para propiciar la interdisciplina. El acompañamiento se realizará a través de encuentros en la sede y mediante visitas domiciliarias. Este acompañamiento promoverá un acercamiento hacia los/as participantes y la creación de un vínculo de confianza que permita trabajar las dificultades individuales de cada familia en encuentros pactados. Se realizará un seguimiento individual y semanal de manera de poder conocer las necesidades que vayan surgiendo en cada familia y realizar derivaciones en caso de ser necesarias. Para esto, el C.B.M. contará con una red interinstitucional con las instituciones relacionadas con la salud, la educación y la justicia.

A fin de aprovechar la potencia multiplicadora que tiene la dinámica de grupos, los módulos 2, 3 y 4 serán realizados de manera grupal. Con relación a lo mencionado, Marcela Pereira (Pereira, M. et al., 2011, p.102) afirma que “En el grupo, la forma de elaboración de los contenidos se da en la intersubjetividad y la pluralidad del discurso. Se

produce una polifonía, donde la pluralidad de voces permite que el sujeto reconstruya, vuelva a fundar y apuntale su propia posibilidad de pensar.”

Los últimos tres módulos mencionados tendrán la dinámica de taller y serán dirigidos a los/as adultos/as responsables y a quienes formen parte de la red de cuidados del niño/a. Las actividades serán planeadas y dictadas por el/la nutricionista, el/la especialista en puericultura, el/la especialista en estimulación temprana y/o el/la psicólogo/a; tendrán días y horarios estipulados previamente. La finalidad de las actividades es favorecer un aprendizaje continuo sobre la crianza, así como proveer un espacio que brinde oportunidades de crecimiento y desarrollo saludable.

En relación a los módulos 3 y 4, se generarán diversas actividades recreativas y dinámicas que involucren la capacidad cognitiva y emocional y, a su vez, estimulen el vínculo del niño/a con sus pares y con el/la adulto/a responsable. Estas actividades también tendrán días y horarios estipulados previamente y serán dictadas por un/a profesional idóneo/a. Estarán involucrados/as el/la psicólogo/a, el/la trabajador/a social, el/la docente de nivel inicial y el/la estimulador/a temprano.

En caso de que una actividad no se pudiera llevar a cabo por algún motivo en particular, el/la profesional a cargo evaluará la posibilidad de suspenderla o posponerla. Si el motivo fuera que el profesional a cargo de la actividad no pudiera realizarla, se valorará la posibilidad de que algún otro miembro del equipo se haga cargo. En ambas ocasiones, se les dará aviso a todos/as los/as participantes.

El C.B.M. brindará, además, un espacio de comedor para que las mujeres embarazadas y sus hijos/as de hasta 3 años puedan desayunar, almorzar y merendar. La implementación del menú estará a cargo de un nutricionista, quien verificará las necesidades nutricionales, tanto de las madres como de los/as niños/as. Un/a cocinero/a con dos ayudantes de cocina preparan los alimentos según las indicaciones de la nutricionista.

Asimismo, habrá una sala de lactancia a cargo de un/una especialista en puericultura, cuya función será la de instruir a las madres para un correcto amamantamiento, así como para lograr un vínculo amoroso y de cuidado entre madre-hijo/a. La sala contará con los elementos adecuados para que las madres que lo necesiten puedan extraerse leche.

Las intervenciones que se llevaran a cabo en el C.B.M. podrían generar estrés en las madres si consideraran que no están criando a su hijo/a de forma correcta o si se

sintieran abrumadas por tanta información. El/la psicólogo/a tendrá un rol fundamental para paliar estas problemáticas. Será competencia del expertise del profesional ayudar a las madres a lidiar con esta sobrecarga y a trabajar sobre la tolerancia a la frustración. Deberá posicionarse de manera tal que las familias no se vean avasalladas o intimidadas, ni sientan que se invade su privacidad.

Para llevar a cabo el proyecto propuesto, se deberá alquilar o comprar una vivienda, cuya infraestructura permita el funcionamiento del C.B.M. Para ello se requiere que la vivienda cuente con una sala para oficina, una para entrevistas o reuniones, una para talleres, una para lactancia, una para juegos recreativos, tres baños (uno de ellos adaptado para niños/as), un salón para cocina y uno para comedor.

Los materiales necesarios para el proyecto son los siguientes: tres computadoras, una impresora, cartuchos, resmas de papel, un proyector, pisos de goma espuma para la sala de juegos recreativos, juegos y juguetes didácticas y recreativos, dos pizarras, marcadores para pizarra, cuadernos, lápices negros y de colores, biromes, afiches, cartulinas, libros. Asimismo, se requerirá de alimentos diarios para el desayuno, el almuerzo y la merienda para 60 personas; y elementos de limpieza.

A su vez, se necesitará el equipamiento adecuado para cada sala, de acuerdo al siguiente detalle:

- Oficina: 2 escritorios con 1 silla cada uno.
- Sala para reuniones: 1 mesa con 6 sillas.
- Sala para talleres: 30 sillas y 5 mesas.
- Sala de lactancia: 10 sillones, 5 sacaleches, 2 esterilizadores de mamaderas y de sacaleches, 10 mantitas recibidoras, 5 cunas, 10 juegos de sábanas para cuna, 5 frazadas para cuna, 5 almohadas para cuna.
- Cocina: alacenas, cocina, horno, microondas, pileta para lavar, batería de cocina, platos, vasos y cubiertos para 60 personas.
- Comedor: mesas y sillas para 60 personas.

Actores involucrados

El Centro Barrial Maternar propuesto y los que se creen posteriormente tienen como destinatarios a mujeres embarazadas y familias con niños/as de hasta 3 años que viven en situación de vulneración de derechos en el Partido de Vicente López. Asimismo, se

incentivará la participación de otros adultos referentes para generar una red de cuidados de esos niños/as.

Dirección General de Centros Barriales

La Dirección General de Centros Barriales funciona a partir de 2019 y se inscribe en el marco de la Secretaría de Desarrollo Social de la Municipalidad de Vicente López, en la gestión del Intendente Jorge Macri. Los “Centros Barriales de la Juventud” (C.B.J.) funcionan desde el 2015 y los “Centros Barriales de Infancia” (C.B.I.) se implementan desde el año 2016.

Los Centros Barriales de Infancia, a los que asisten niños/as de 3 a 12 años, articulan su funcionamiento con los Centros Barriales de Juventud, a los que asisten jóvenes de 12 a 21 años. Se generan acciones conjuntas y de transición de las trayectorias de los/as niños/as y jóvenes. Los asistentes a los C.B.I. encontrarán un acompañamiento en su pasaje al programa C.B.J., y podrán completar su desarrollo hacia la inclusión social.

Centro Barrial de Infancia (C.B.I.)

El Centro Barrial de Infancia es un programa creado para generar las condiciones de crianza y crecimiento adecuadas en la población de niños/as de 3 a 12 años en situación de vulneración de derechos que concurre a sus sedes. La primera sede se creó en el barrio La Loma; posteriormente, se sumaron El Ceibo, La Habana y Las Flores. En las sedes se desarrolla la tarea social de profesionales cuya principal perspectiva técnica consiste en velar por los derechos de los/as niños/as y las necesidades de sus referentes parentales. Asimismo, los C.B.I. se ajustan al marco legal de las normas dictadas por la Comisión Internacional de Derechos del Niño (CIDN), que en nuestro país se implementan mediante la ley 13.298 de Promoción y Protección de Derechos del Niño, Niña y el Adolescente.

El C.B.I. interviene en salud, educación, situación psicosocial y competencias del ámbito socio familiar. El objetivo del C.B.I. es generar contextos de oportunidades, haciendo hincapié en el crecimiento y desarrollo integral de niños/as. Se trabaja desde las áreas de Familia, Educación, Salud y Expresión.

Los/as niños/as asisten a la sede para realizar talleres recreativos que se dictan a contraturno de la escuela. Los talleres están relacionados con el movimiento corporal, la tecnología, la recreación y el arte. A su vez, cada sede cuenta con maestra de apoyo

escolar para que los/as niños/as puedan realizar la tarea o estudiar algún tema en particular.

Centro Barrial de Juventud (C.B.J.)

El Centro Barrial de Juventud es un programa cuyo objetivo es generar contextos de oportunidades para jóvenes de 12 a 21 años en situación de vulneración de derechos, con el fin de que permanezcan en el sistema educativo y, a su vez, aprendan un oficio. Además, se procura un espacio de afecto y contención por parte de profesionales. Las sedes en funcionamiento son Munro, La Loma y Las Flores.

Los Centros Barriales de Juventud reciben a jóvenes que asisten en el horario en que no están en la escuela; aquellos que ya finalizaron la escuela van en el horario que corresponda según el taller al que asistan. Se proporcionan diferentes talleres deportivos, recreativos y culturales, entre ellos, el de apoyo escolar. A su vez, se implementan cursos de capacitación y prácticas laborales para brindarles herramientas que les faciliten la inserción en el mercado laboral y en la vida social.

RESULTADOS ESPERADOS

El escenario, tanto en las familias de los/as niños/as que acuden al C.B.I. como en la mencionada Villa Soldati (Bang, C. y Corin, M., 2017) o en cualquier espacio comunitario, es muy variable, pero tiene algunas características similares: pobreza, violencia verbal y/o física como modalidad de vinculación, exclusión social, precarización laboral. Todo esto influye en la compleja situación que atraviesa el proceso de salud/enfermedad en los barrios carenciados.

El estrés y la incertidumbre generados por las condiciones de vulneración de derechos aumentan la posibilidad de padecer estados emocionales negativos, tales como la ira, la ansiedad y la depresión. Estas emociones pueden traer como consecuencia un mayor uso de estrategias de control parental negativas, menor sensibilidad emocional hacia los/as niños/as y, por lo tanto, pueden dificultar la adquisición de prácticas autorregulatorias adecuadas. Por su parte, las prácticas de crianza apropiadas pueden ser un factor protector del desarrollo infantil e influir positivamente en los sistemas de autorregulación, el establecimiento de vínculos sociales adecuados y una correcta regulación emocional.

La alimentación materna durante el embarazo y la del niño/a desde el nacimiento son esenciales para incorporar el tipo y la cantidad de nutrientes adecuados y prevenir

eventuales trastornos neurales y autorregulatorios que, en algunos casos, podrían extenderse hasta la vida adulta. Es de suma importancia tener en cuenta el déficit de hierro, ya que este se asocia con alteraciones en los procesos autorregulatorios, como, por ejemplo, la velocidad de procesamiento, el control emocional y las competencias de memoria y aprendizaje.

Disponer de alternativas ambientales de estimulación durante etapas tempranas de desarrollo es un factor decisivo en condiciones de crianza empobrecidas material y simbólicamente, ya que, ante determinadas carencias ambientales, es posible ofrecer oportunidades para aprender una conducta.

Este proyecto de intervención busca ayudar a las familias a satisfacer las necesidades materiales, emocionales y simbólicas básicas para asegurarles a los/as niños/as una vida digna. Para alcanzar este objetivo, es necesario construir un espacio de escucha y de trabajar en conjunto sobre prácticas de crianza apropiadas a través de la conformación de un vínculo de apego seguro. A su vez, la inclusión de otros participantes importantes para cada familia serán determinantes en la medida en que se impliquen en el cuidado del niño/a, para generar una red de cuidados.

Por un lado, se espera desarrollar una conciencia acerca de la importancia de una buena nutrición durante el embarazo y los primeros años de vida. Por el otro, generar actividades que favorezcan el desarrollo integral de los/as niños/as, y que las madres y otros adultos responsables puedan acompañar dichas actividades para replicarlas en sus hogares. De esta forma, los/as adultos/as responsables se podrán dar cuenta de la importancia de la estimulación temprana, ya que verán reflejados los beneficios en sus hijos/as. Estos beneficios permitirán a los/as niños/as tener un mejor futuro, lo que se será de provecho para la sociedad toda. En este sentido, los/as niños/as que asistan al C.B.M. contarán con un mejor desarrollo integral para el momento de empezar a concurrir al C.B.I..

El C.B.M. también podrá ser un espacio que actúe desde la perspectiva de Atención Primaria de la Salud Integral. Desde las diferentes áreas en las que se trabaje, los/as niños/as y sus familias irán armando o creando nuevas producciones subjetivas que los correrán del lugar de vulnerabilidad en el que viven cotidianamente. El trabajo creativo colectivo resultante tendrá una gran potencia en la promoción de la salud como producción de subjetividad alternativa al modelo primario de atención. Los niños/as y niñas participarán de actividades recreativas que favorecerán el desarrollo de su salud en forma integral, teniendo en cuenta las necesidades sociales, culturales, emocionales y

psicológicas. Las actividades realizadas deberán ser entendidas como espacios subjetivantes y de expresión para los/as niños/as al estimular vínculos entre pares.

La lógica de redes, mencionada anteriormente, permite pensar en las potencialidades del C.B.M. Cabe remarcar la incuestionable necesidad de pensar el atravesamiento de múltiples determinantes y entrecruzamientos. Desde allí, se puede subrayar la predisposición y el armado vincular y multicéntrico que entre los profesionales de los distintos ámbitos y de diversas disciplinas se puede generar.

Por lo tanto, es necesario trabajar en pos de la creación de una red interinstitucional y comunitaria en donde se determinen metas específicas de esta comunidad en particular, y que en esta red estén presentes vecinos/as del barrio que quieran involucrarse en el trabajo para con su comunidad, de manera de lograr una mejor calidad de vida para el entorno. Es preciso formar una comunidad “organizada” a través de la constitución de organizaciones de la sociedad civil articuladas en forma de red. Para ello, es importante ampliar lo que actualmente se denomina “Red La Loma”, con un fuerte compromiso de todas las partes. La “Red La Loma” es un dispositivo que aglomera diversas instituciones del barrio La Loma en la que se trabaja de manera articulada sobre las diferentes problemáticas que atañen al barrio.

La red será un espacio donde lo vincular, las relaciones solidarias y horizontales serán lo primordial, recuperando y revalorizando la dimensión subjetiva de la interacción humana (Bang, 2018). Con la ampliación de la “Red La Loma”, se conseguirá que la comunidad pueda pensarse como actor social, que cada vecino se piense como un sujeto activo de transformación de sus realidades y de sus situaciones generadoras de malestar. El fin último será lograr una capacidad colectiva de lidiar con los condicionantes de la salud y la vida: capacidad de acción, de creatividad y de encontrar soluciones.

La existencia del C.B.M. como centro comunitario y sus intervenciones serán de gran ayuda para las familias en las cuales el contexto y la interioridad están siendo vulnerados. En los inicios del proyecto, se espera una concurrencia al espacio del 10% de las familias con niños/as de hasta 3 años del barrio La Loma, de Vicente López. Con el tiempo, este porcentaje se irá incrementando debido a la transmisión oral del programa, la entrega de folletos, las derivaciones realizadas por instituciones del Partido y el fomento de los organismos gubernamentales. Se espera alcanzar una convocatoria del 75% de la población meta a un año de iniciado el programa.

“En los países donde se logran mayores niveles de equidad social desde antes del nacimiento, las acciones tendientes a cuidar a las familias cuando reciben nuevos integrantes suelen incluir los tiempos y recursos necesarios para que los intercambios materiales y simbólicos sean adecuados.” (Lipina, 2016)

BIBLIOGRAFÍA

- Agudelo, R. F., y Forero Martinez, L. (2002). *La Salud Pública Hoy: Enfoques y Dilemas Contemporáneos en Salud Pública*. Bogotá, Universidad Nacional de Colombia, p. 555-584.
- Albino, A. y Monckeberg, F. (2004). *Desnutrición, el mal oculto*. Mendoza, Argentina: Caviar Bleu S.A.
- Ardila-Gómez, S., Michalewicz, A. y Pierri, C. (2014). *Del proceso de salud/enfermedad/atención al proceso de salud/enfermedad/cuidado: elementos para su conceptualización*. Publicado en: Anuario en investigaciones. Volumen XXI. Tomo I. pp. 217-224. Facultad de Psicología, Universidad de Buenos Aires.
- Aubone M. S. (2016). *Habilidades sociales en niños y su relación con el jardín maternal* (Tesis de pregrado). Universidad Abierta Interamericana: Buenos Aires, Argentina.
- Augsburger, A. C. (2002). "De la epidemiología psiquiátrica a la epidemiología en salud mental: el sufrimiento psíquico como categoría clave". *Cuaderno médico sociales* 81: 61-75.
- Bang, C. (2010). *La estrategia de promoción de salud mental comunitaria: Una aproximación conceptual desde el paradigma de la complejidad*. Facultad de Psicología UBA (Ed.), Memorias II Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología (Tomo 3) (pp. 242-245). Buenos Aires: Facultad de Psicología UBA.
- Bang, C. & Stolkiner, A. (2013). Aportes para pensar la participación comunitaria en salud desde la perspectiva de redes. *Ciencia, Docencia y Tecnología*, 46, 123-143.
- Bang, C. (2014) Estrategias comunitarias en promoción de salud mental: Construyendo una trama conceptual para el abordaje de problemáticas psicosociales complejas. *Revista Psicoperspectivas: Individuo y sociedad*, 13(2), 109-120. Valparaíso, Chile.
- Bang, C. & Corín, M. (2017). Analizando prácticas participativas en salud: la "Semana de Las Crianzas en Villa Soldati". *Saude em debate*, 14(114), 768-785, Rio de Janeiro.
- Bang, C. (2018). "Promoción de salud mental y prácticas participativas de arte, creatividad y juego: Un estudio de caso". *Revista Salud Mental y Comunidad*, 5(5): 36- 54. Universidad Nacional de Lanús.
- Barker, D. (1999). *Fetal and infant origins of adult disease: The womb may be more important than the home*. *British Medical journal*, 149:s2 –s6.

- Benedetti, E. (2015) *¿Interdisciplina en la intervención clínica?* 3ra jornada de salud mental y adicciones. Ediciones Licenciada Laura Bonaparte. Buenos Aires.
- Berenstein I. (2002). *Fronteras entre lo individual y lo vincular*. APDEBA Panel martes 29 de octubre de 2002.
- Berenstein I. (2004). *Devenir con otro. Ajenidad, presencias, interferencia*. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Bockel, J. J. (2015). *Programa de Seguimiento y Evaluación de los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Recuperado de: <http://www.dpn.gob.ar/documentos/PSEODS-CIC.pdf>
- Bowlby, J. (1998). *El Apego y la Pérdida*. Barcelona, España: Paidós.
- Bradley, R. H. y Corwyn, R. F. (2002). *Socioeconomic status and child development*, Annual Review of Psychology, 53: 371-399.
- Burchinal, M. R., J. E. Roberts, L. A. Nabors, y D. M. Bryant. (1996). *Quality of Center Child Care and Infant Cognitive and Language Development*. Child Development 67: 606–620.
- Cavalleris, S., Di Scala, M., Meza, A., Pereira, M. y Schlemenson S. (2011). *El placer de criar, la riqueza de pensar. Una experiencia con madres para el desarrollo infantil temprano*, Buenos Aires, Argentina: Novedades Educativas.
- Derrida, J. (2000). *La Hospitalidad*. Ediciones de la Flor. Buenos Aires.
- Di Scala, M (2011). Amamantamiento: placer, alimentación y lenguaje. En... (Ed): *El placer de criar, la riqueza de pensar. Una experiencia con madres para el desarrollo infantil temprano* (pp. 1-141). Novedades Educativas.
- Fanlo, Luis García. (2011). *¿Qué es un dispositivo? Foucault, Deleuze, Agamben*. A parte rei. Revista de filosofía.
- Faur, E. (2017). *Mujeres y varones en la Argentina de hoy. Géneros en movimiento*. Buenos Aires, Argentina: Siglo veintiuno.
- Fernández, A.M. (2015). Amores diversos: Saberes, poderes y placeres. En: Gonzalvez Torralbo, H. (Comp.). *Diversidad familiar, cuidados y migración. Nuevos enfoques y viejos dilemas*. Santiago de Chile. Ed. Universidad Alberto Hurtado.
- Grandal, L. (2013). *La generación del vínculo entre padres e hijos. Adolescencia. Filiación y afiliación*. Revista Actualidad Psicológica 2013 (junio) N°419.
- Hertzman, C. (2000). *The Case of an early child strategy*. Insuma: Canadian Journal of Policy research; vol 1(2), pp. 11-18.

- Holloway, S. D., y M. Reichhart-Erickson. (1988). *The Relationship of Day Care Quality to Children's Free Play Behavior and Social Problem-Solving Skills*. *Early Childhood Research Quarterly* 3: 39–53.
- Irwin, L. G., Siddiqi, A., Hertzman, C. (2007). *Desarrollo de la primera infancia. Un potente equalizador*. Informe Final para la Comisión sobre los Determinantes Sociales de la Salud de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de:
https://www.who.int/social_determinants/publications/early_child_dev_ecdkn_es.pdf
- INDEC. (2010). *Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas*.
- INDEC (2014). Tercer trimestre de 2013. Encuesta sobre trabajo no remunerado y uso del tiempo. Disponible en:
http://www.indec.mecon.ar/uploads/informesdeprensa/tnr_07_14.pdf
- J. A. F. Tresguerres. (2005). *Fisiología humana*. 3er ed. España: McGraw-Hill Interamericana.
- Kleiman, S. (2015). *Los vínculos como espacio de producción entre otros*. Trabajo presentado en Conferencia Regional Europea de Psicoanálisis de Pareja y Familia AIPPF, Noviembre, Londres.
- Kleiman, S. (2012). *Ocupar y habitar: diferentes operaciones vinculares*. *Revista internacional de psicoanálisis de pareja y familia*. ISSN 2105-1038 N° 11-2012/1 - <https://aipcf.net/revue/wp-content/uploads/2017/07/Ocupar-y-habitar-diferentes-operaciones-vinculares-1.pdf>
- Kleiman, S. (2004). *El vínculo parento filial en perspectiva de Hospitalidad*. *Revista APdeBA* 2004;vol IV:51-66
- Lamb, M. E. (1998). *Nonparental Child Care: Context, Quality, Correlates, and Consequences*. In *Handbook of Child Psychology, Vol. 4: Child Psychology in Practice*, edited by W. Damon, I. E. Sigel, and K. A. Renninger. New York: John Wiley.
- Lebovici, S. (1988). *El lactante, su madre y el psicoanalista*, Bs.As, Argentina:Amorrortu
- Ley 25.630, *Anemias y Malformaciones del tubo neural*, publicada en el Boletín Oficial de la República Argentina (2002), Ciudad Autónoma de Bs. As., Argentina, 23 de agosto de 2002.
- Lipina, S. (2016). *Pobre cerebro. Los efectos de la pobreza sobre el desarrollo cognitivo y emocional, y lo que la neurociencia puede hacer para prevenirlos*. Buenos Aires, Argentina: Siglo Veintiuno Editores.

- Merrel, K. W. (2003). *Preschool and Kindergarten Behavior Scales*, second edition: Spanish language version. Austin, TX: PRO-ED.
- Meza, A., (2011). Del límite al padre. En Schlemenson, S. et al: *El placer de criar, la riqueza de pensar. Una experiencia con madres para el desarrollo infantil temprano* (pp. 1- 141). Novedades Educativas
- Moreno, J. (2004). *Sexualidad y Posmodernidad*. Simposio inaugural de la SPPA, Porto Alegre.
- Moreno, J. (2014). *La infancia y sus bordes*. Editorial Paidós. Buenos Aires
- Moreno, J. (s.f.). *El vínculo entre padres e hijos*. Ficha de Cátedra del Seminario perspectivas teóricas acerca de la infancia, adolescencia y familias contemporáneas. Maestría en Vínculos, Familia y Diversidad Sociocultural, cursada 2018, Instituto Universitario Hospital Italiano.
- Municipalidad de Vicente López, Fundación SIDOM. (2016). *Censo de población, hogares y viviendas en villas y asentamientos en VL*.
- Nancy J.L. (2003). *"Ser Singular Plural"*. Editora Nacional. Madrid.
- Organización Mundial de la Salud /UNICEF (1978). Conferencia internacional sobre atención primaria de salud. Declaración de Alma-Ata. Recuperado de <http://whqlibdoc.who.int/publications/9243541358.pdf>
- Organización Mundial de la Salud. (1986). *Carta de Ottawa para la promoción de la salud*. Ottawa: OMS.
- Organización Mundial de la Salud. (2003). *Global strategy for infant and young child feeding*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- Percia, M. (2011). *La Modorra del Monstruo: Cosas de la vida en la universidad pública*. Lecturas de la Cátedra II de Teoría y Técnica de Grupos, Facultad de Psicología. Universidad de Buenos Aires.
- Pereira, M. (2011). Cantos y Cuentos. En Schlemenson, S. et al: *El placer de criar, la riqueza de pensar. Una experiencia con madres para el desarrollo infantil temprano*. (pp. 1-141). Novedades Educativas.
- Puget, J. (2007). *Cada vez nos conocemos menos*. Trabajo presentado en el Panel de Pareja de FEPAL Perspectiva Psicoanalítica sobre los vínculos de familia y pareja, Septiembre, Buenos Aires.
- Puget, J. (s.f.). *Pensar solo o pensar con otro*. Ficha de Cátedra del Seminario los conflictos vinculares en el ámbito de la salud. Maestría en Vínculos, Familia y Diversidad Sociocultural, cursada 2019, Instituto Universitario Hospital Italiano.

- Reyna, C. y Brussino S. (2009). Propiedades Psicométricas de la escala de comportamiento Preescolar y Jardín en una muestra de Niños Argentinos de 3 a 7 años. *Psyche*, 18, 127-140
- Rodolfo, R. (2013). *Andamios del Psicoanálisis*. Bs. As: Paidós.
- Rovere, M. (1999) *Redes En Salud; Un Nuevo Paradigma para el abordaje de las organizaciones y la comunidad*, Ed. Secretaría de Salud Pública/AMR, Instituto Lazarte (reimpresión). Rosario.
- Ruopp, R., J. Travers, F. Glantz, y C. Coelen. (1979). *Children at the Center: Final Report of the National Day Care Study*. Cambridge, MA: Abt Associates.
- Satyarthi Kailash. (2016). *¿Qué estamos esperando? Las sociedades sostenibles comienzan por los niños*, Informe UNICEF sobre Estado mundial de la infancia.
- Schlemenson S. (2011). El placer de criar, la riqueza de pensar. Una experiencia con madres de niños pequeños. En Schlemenson, S. et al: *El placer de criar, la riqueza de pensar. Una experiencia con madres para el desarrollo infantil temprano*. (pp. 1-141). Novedades Educativas.
- Simmel, G. (2012). *El extranjero. Sociología del extraño*. Editorial Sequitur. Madrid.
- Spicker, P., Leguizamón A., Gordon, D. (2009). *Pobreza un glosario internacional*, Buenos Aires, Argentina: Clacso.
- Stern, D. (1978). *La Primera Relación Madre e hijo*, Madrid, España: Morata. S.A.
- Stolkiner, A. (1988). *Prevención en salud mental: Normativización o desanudamiento de situaciones problema*. Ponencia presentada en el IV Congreso Metropolitano de Psicología. Buenos Aires, Argentina.
- Stolkiner, A. y Gómez, S. A. (2012) Conceptualizando la salud mental en las prácticas: consideraciones desde el pensamiento de la medicina social/salud colectiva latinoamericanas. Vertex, *Revista Argentina de Psiquiatría* (en prensa)
- Stolkiner, A. (2015) Derechos humanos y salud desde el pensamiento médico social/salud colectiva latinoamericano en el libro *La enfermedad de los sistemas de salud: miradas críticas y alternativas*, Ed. Dr. Jaima Llambías-Wolff, Ril editores. Chile.
- Tortorelli, M.A. (2006). "Entre". *Revista de la Asociación Argentina de Psicología y Psicoterapia de Grupo*, "Subjetividad y Psiquismo", Vol. I, T. XXIX. Buenos Aires.
- UNICEF. (2011). *La desnutrición infantil: Causas, consecuencias y estrategias para su prevención y tratamiento*. Recuperado de: <https://goo.gl/Vvw4H3>
- Urman, F. (2011). *Familias severamente perturbadas con niños y adolescentes*. Trabajo presentado en el seminario "Perturbaciones severas en la infancia y adolescencia. Incidencia de y en la familia", IUHI

- Vandell, D. y White, B. (2000). *Child care quality: does it matter?* Madison, University of Wisconsin Institute for Research of Poverty
- Vasco Uribe, A. (1987). *Estructura y Proceso en la conceptualización de la enfermedad*. Taller Latinoamericano de Medicina Social, Medellín, Colombia.
- Vernon-Feagans, L., D. C. Emanuel, y I. Blood. (1997). *The Effect of Otitis Media and Quality Daycare on Children's Language Development*. *Journal of Applied Developmental Psychology* 18: 395–409.
- Yoshikawa, H, Aber, J. L. y Beardslee W. R. (2012). *The effect of poverty on the mental, emotional and behavioral health of children and youth*. *American Psychologist*, 67.
- Zelmanovich, P. (2003). *Contra el desamparo*. Artículo publicado en Enseñar Hoy. Una Introducción a la Educación en tiempos de crisis. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires.