

“CRIANZA: UNA CONSTRUCCION EN CONJUNTO”

BENITEZ, Letizia; PINTO F., Maria F.

Unidad Sanitaria Florencio Molina Campos (Juana de Ibarbourou y Portugal. Cuartel V,
Moreno- Buenos Aires) CP: 1744

Tel: 0232046172

Mail: letybenitez@hotmail.com.ar

Relato de experiencia

Categoría temática: Promoción de la salud

Trabajo interdisciplinario en APS, realizada por equipo de psicología y la residencia de medicina general.

El objetivo fue brindar a las familias una perspectiva integral sobre la prevención de trastornos del desarrollo; promover pautas de crianza saludables, orientar a los padres sobre formas de acompañar el desarrollo normal de su hijo, detectar retrasos o desvíos y consultar en el momento oportuno. Se trabajo desde enfoque interpretativo del desarrollo, como producto de factores orgánicos, emocionales y vinculares.

Resultados: Los niños lograron una mejor integración al ámbito escolar, acrecentado la socialización. Se logro dar herramientas a los adultos para estimular el desarrollo de lo niño. Se ha incrementado la comunicación entre las familias. Los adultos comenzaron a cuestionar pensamientos y prácticas que sostenían. Los niños comenzaron a poder desprenderse de la mirada del adulto para poder desarrollar su individualidad y su subjetividad.

Discusión y conclusiones: Se debería tener en cuenta, problemáticas influyentes en el desarrollo, como la pobreza, los vínculos familiares y el contexto emocional. Esto permitiría trabajar interdisciplinariamente en mejorar las posibilidades y capacidad potencial que pudieran alcanzar los niños. A través de decisiones políticas e involucrándonos todos los actores podríamos generar acciones dirigidas a favorecer el desarrollo de los niños con menores recursos.

Palabras claves: Desarrollo infantil, Crianza, padres, escuela.

Soporte técnico: cañón/proyector

“CRIANZA: UNA CONSTRUCCION EN CONJUNTO”

Autores:

BENITEZ, Letizia; Residente de segundo año de Medicina General

PINTO F., María F. Licenciada en Psicología

Unidad Sanitaria Florencio Molina Campos (Juana de Ibarbourou y Portugal. Cuartel V,

Moreno) CP: 1744

Tel: 0232046172

Mail: letybenitez@hotmail.com.ar

Trabajo inédito. Metodología: Relato de experiencia

Categoría: Promoción para la salud. Enero-Agosto 2016

INTRODUCCIÓN

Nuestro objetivo es presentar una experiencia de trabajo interdisciplinario en Atención Primaria de la Salud, realizada en coordinación conjunta entre el equipo de psicología y la residencia de medicina general en la Unidad Sanitaria Molina Campos de Cuartel Quinto, perteneciente al partido de Moreno.

El objetivo del espacio fue brindar a las familias una perspectiva integral de pautas de cuidado, orientada a la prevención de trastornos del desarrollo; promover pautas de crianza saludables; y orientar adecuadamente a los padres sobre la forma de acompañar el desarrollo normal de su hijo, detectar retrasos o desvíos y consultar en el momento oportuno.

Se pensó dicho dispositivo como una forma de trabajo interdisciplinario, para dar una respuesta más abarcativa y satisfactoria a la amplia demanda de tratamiento individual de niños con problemas de conducta, dificultades en el lenguaje, bajo rendimiento escolar y pautas madurativas no acordes a la edad de origen no orgánico. Esta demanda provenía tanto de los padres como de las escuelas de la zona y era detectado como problema en las consultas de los profesionales que compartían el lugar de trabajo.

El proyecto comenzó a gestarse en enero de 2016, dando inicio a la creación de un espacio de participación y construcción conjunta entre los profesionales de la unidad sanitaria y los vecinos del barrio. Esta experiencia se hizo posible gracias al aporte sostenido de los integrantes de los diferentes sectores involucrados, que se identificaron con la necesidad de tener vínculos saludables y abordar la salud de manera integral. Se propuso trabajar desde enfoque interpretativo de las patologías del desarrollo, no desde una visión consecutiva a una causa única, sino como producto de numerosos factores determinantes, incluyendo factores físicos, sociales, culturales y de los momentos históricos.

EL BARRIO

La Unidad Sanitaria Florencio Molina Campos, se ubica en la zona sociosanitaria de Cuartel V, en el partido de Moreno. Éste pertenece a la Provincia de Buenos Aires y se encuentra ubicado a 37 Km al oeste de la Capital Federal.

EL Área Programática, según el censo de 2010 del INDEC¹, cuenta con una población de 20.811 habitantes. Sin embargo, se ha llevado a cabo un relevamiento reciente de los nuevos barrios y se estima que la población alcanzaría aproximadamente a 60.000 habitantes, siendo en su mayoría familias de parejas jóvenes con hijos.

El Área se encuentra dividida en nueve barrios, cada uno con sus características propias. Las calles en general se encuentran en mal estado, siendo difícil el acceso a algunas zonas que suelen inundarse. En los barrios cercanos a la Unidad Sanitaria las casas son de

ladrillo, pero en los barrios más alejados se encuentran casillas de chapa, madera, cartón y cubiertas de nylon.

La mayoría de las viviendas no poseen línea de teléfono fijo, utilizando telefonía celular. En cuanto a la luz eléctrica, la mayoría de las viviendas cuentan con ella, con frecuentes cortes por limitaciones en la red. En lo que se refiere al acceso a gas natural, es escaso en el Área Programática. La mayoría dispone de gas envasado, pero en las zonas precarias, se utiliza carbón o leña, ya sea para cocinar, higienizarse o calefaccionarse.

En lo que se refiere a las redes cloacales, el Área Programática cuenta con una que no se utiliza (está abandonada), lo que genera aguas estancadas, fuertes olores y contaminación. Debido a ello, los pobladores tienen que utilizar otros métodos para la eliminación de sus deposiciones, como pozos en la tierra (sobre todo en los casos de las casillas que se encuentran en los asentamientos), letrinas y pozos ciegos.

Tampoco se cuenta con una red de agua potable, por lo cual en algunos barrios se cuenta con tanques públicos de los cuales los habitantes proveen el agua con baldes o bidones. En otros casos, las viviendas poseen perforaciones de poca profundidad, las cuales en algunos casos se encuentran cercanas a los pozos ciegos, produciéndose de esta manera contaminación en las aguas. El tema de los basurales a cielo abierto y los residuos sólidos urbanos es una problemática que afecta a la zona.

En cuanto a la situación socioeconómica gran parte de la población no cuenta con importantes fuentes ingreso o trabajo formal. Muchos de sus habitantes se ocupan de la cría de animales (chanchos, patos, pavos, gallinas), del cultivo de frutas y verduras en quintas, se emplean como peones de campo, obreros de la construcción, operarios de fábricas o cartoneros.

Las escuelas y los jardines de infantes resultan insuficientes en relación a la creciente población del barrio. Generando grados superpoblados, con una relación de un docente cada cuarenta alumnos; imposibilitando la atención adecuada a cada uno, en el proceso de aprendizaje.

Asimismo vale aclarar que buena parte de la población proviene de zonas rurales de Paraguay y se instalan en terrenos tomados. Con empleos informales, solos, con escasa escolaridad y en algunos casos escapando de situaciones de violencia familiar en su país de origen.

EL PROBLEMA

Desde un tiempo previo a la elaboración del proyecto del Taller pautas de crianza, en la Unidad Sanitaria recibíamos a diario consultas provenientes de madres por problemas de conducta en sus hijos, por bajo rendimiento escolar, por limitaciones para mantener la atención o simplemente por dificultades para poner límites frente a las demandas de los

menores. Otras veces, estas consultas provenían de instituciones escolares de la zona, las cuales solicitaban una evaluación por personal de salud para determinar patología y así poder tomar alguna medida particular en la escuela, siendo muchas veces en estos casos, una problemática no reconocida por la familia. En las entrevistas psicológicas y las consultas para evaluación periódica de salud de niñas y niños realizada por médicos generalistas, surgían en forma frecuente problemáticas similares, cada una con sus particularidades de acuerdo a la vivencia de cada niño y a cómo los adultos responsables asumían su rol en la formación de los mismos.

En el análisis de este emergente, encontramos que muchos de los casos se asociaban a ambientes desfavorecidos y a vínculos problemáticos entre niños y sus cuidadores, los que afectaban el desarrollo normal en la primera infancia, como así también durante la pubertad y la adolescencia. Esta problemática se ponía en evidencia a través de problemas en la socialización, ya fuera por bajo control de los impulsos o por falta de aceptación de los límites y los tiempos de las instituciones educativas, resultando esto en bajo rendimiento escolar, conductas agresivas hacia otros niños, conductas de aislamiento, pautas madurativas descendidas para la edad (sobre todo en el habla y la lectoescritura), entre otros. En muchas ocasiones se sumaba a esto la falta de estímulo e involucramiento en la educación formal por parte de la familia.

También se percibió la tendencia de las familias a subestimar el juego infantil, despreciándolo como forma de aprendizaje y entretenimiento saludable. Otras de las problemáticas que se detectaron fueron las formas de comunicación dentro de la familia, muchas veces violentas y poco tolerantes, no habilitando al niño/a a expresarse ni a hacer comprender sus necesidades, resultando poco adaptativas dentro del contexto familiar y empeorando el problema de interacción en la familia.

Las demandas de atención fueron creciendo a medida que el año escolar avanzaba y se presentaban mayor cantidad de niños derivados desde las escuelas próximas al centro de salud para evaluación médica y psicológica. Simultáneamente, la población circundante a la Unidad Sanitaria fue creciendo debido a nuevos asentamientos y los turnos fueron resultando insuficientes en relación a la demanda de la comunidad. Otro factor agravante fue que el equipo de psicología que trabajaba en la Unidad Sanitaria sufrió una disminución en el personal. Por todo esto y por considerarlo como la metodología más apropiada fue que se propuso abordar estas temáticas bajo un dispositivo grupal e interdisciplinario.

MARCO TEÓRICO

Las pautas de crianza son los conocimientos, actitudes y comportamientos que los padres asumen en relación con la salud, la nutrición, la importancia del ambiente físico y social que proporcionan a sus hijos, las oportunidades de aprendizaje que dan en el hogar,

las habilidades, estrategias y actitudes que deben trabajar los padres en miras de un mejor desarrollo biopsicosocial.

Éstas varían de unos adultos a otros, dependiendo de cada hogar, de la formación y experiencia de aprendizajes que tengan los padres sobre cómo educar a sus hijos de forma conveniente. El contexto al que corresponde cada familia es otro factor. Sin embargo, a pesar de las desigualdades culturales, socioeconómicas, las posibilidades de educación, acceso a servicios; en cuanto a la crianza, existen ciertas conductas como prototipo de socialización en el mundo. En todo hogar independientemente de su cultura se espera que los hijos en cada núcleo familiar, sean independientes, responsables, sociables, que no tengan conductas antisociales, que sean auto controlados y así poder socializar en su medio; se espera que tengan conductas prosociales como compartir, ayudar a otros, ser solidarios.

Por esto los padres y el ambiente familiar en general son, para todo ser humano que viene al mundo, los primeros educadores, no solamente en orden cronológico, sino también en orden de decisión y de importancia.

Hoy la familia es siempre más apoyada, en el cumplimiento de esta tarea fundamental, por otras agencias educativas especializadas en determinados sectores de la educación, como la escuela, los medios de comunicación social y, para los creyentes, la iglesia. Pero la influencia educativa de la familia sigue siendo decisiva. Algunas cualidades profundas de la persona, como los rasgos más importantes de su carácter moral, dependen de la educación familiar de los primeros años de vida.

Hace poco menos de medio siglo atrás, se esperaba formar futuros ciudadanos respetuosos de la ley y que sean productivos económicamente; entonces la infancia era ese momento donde se educaba a los niños para ello, reprimiendo la psicosexualidad infantil. El adulto revestía autoridad y su palabra se respetaba; bastaba con una mirada para que el niño se comporte como “debe”, y si no, se hacía uso del castigo físico. El docente también era respetado. El saber quedaba del lado del adulto, que se mostraba seguro en su rol como tal. Entonces si surgían consultas psicológicas, eran problemas sintomáticos (como fobias, obsesiones, histerias) o deficitarios (debilidad mental).

En cambio, en la actualidad, el contexto es otro. Las diferencias entre adulto y niño parecen desdibujarse. Los niños de hoy saben más de tecnología que los adultos, y éste perdió la autoridad con la que contaba. Los niños ya no le tienen miedo, sino que los adultos les temen a los niños. Vemos a niños vestidos como adultos, casi no hay diferencia en los modos de vestimenta, ni en las palabras que usan... Nos vemos inmersos en avances tecnológicos que acortan las distancias y aceleran los tiempos. La lógica del consumo, la banalización de los sentimientos. La comunicación virtual en primacía sobre la comunicación verbal cara a cara.

Como plantea Juan Vasen¹, *“actualmente constatamos un incremento de otras formas de subjetivación impulsadas por la desorganización, la precariedad y la exigencia de*

eficiencia. Parece que a los tradicionales principios freudianos de placer y realidad habría que agregar otro principio: el de rendimiento. (...) La precocidad de las demandas dispersa o excita, cuando no aplasta o desorganiza.

Este incremento ocurre muchas veces en familias con una inserción social precarizada, en las que las preocupaciones han absorbido la libido parental dejando al niño desinvertido o ubicado en lugares y funciones nocivas.”²

Es así como en los últimos años aparecen, más que niños con síntomas, niños con daños; con funciones inexistentes o que están trastornadas: dificultades en el habla, en el juego, en la escritura, en la autonomía.

A los niños no basta con cuidarlos, con darle las necesidades básicas. Fue Rene Spitz quien comenzó a estudiar los casos de hospitalismo, donde por más bien que estén atendidos los bebés, no recibían trato y contacto humano, “bien manipulados como objetos-organismos, nadie los pensaba como subjetividades, no se vinculaba con ellos afectivamente, dicho de otra manera, nadie jugaba con ellos.”³ Pero si uno observa bebés, puede ver que juegan, desde que nacen, y eso excede su naturaleza de organismo. “El deseo de jugar, la necesidad de jugar, la emergencia espontánea del jugar, no se lo enseñó nadie, es una emergencia incondicionada, impredecible, irreductible. (...) Es a esta emergencia incondicionada, originaria sin origen, que –siguiendo a Winnicott- denominamos espontaneidad.”⁴ En el sentido de que haga algo que no estaba previsto, que no es el deseo del otro.

Con Winnicott aparece el jugar como constitutivo de la subjetividad, como actividad central del bebé y el niño. Ellos emergen a través del juego, se constituyen jugando.

Si bien ciertos logros madurativos se dan a determinado tiempo y no antes, debido a cuestiones biológicas y orgánicas, ¿qué pasa cuando no aparecen dentro de los parámetros “normales”? ¿Cuánto está ayudando el ambiente para facilitar u obstaculizar un desarrollo saludable? Porque puede ser que un bebé con nueve meses no gatee porque se lo tiene todo el tiempo en brazos o en el cochecito, por miedo a dejarlo en el piso y que le pueda pasar algo (se ensucie, se agarre alguna enfermedad, se golpee con algún mueble, etc.), entonces no tiene la posibilidad de deambular. O un niño escolarizado al cual la madre le hace la tarea porque “es una lucha, cada vez que hay que hacerla no quiere saber nada...”.

En tales casos se está interfiriendo con la posibilidad de que el niño tenga una experiencia, en el sentido que plantea Winnicott, que sea hecha de juego y en juego. Dándose algo que antes no estaba allí. Donde surja algo de la singularidad. No como una mera adaptación a lo que se pide que el niño haga o deje de hacer, como si fuera un sometimiento a la autoridad. “En su textualidad (Winnicott) adaptarse antagoniza el crear, y es por este último (gesto, rasgo) por donde pasa toda salida más o menos saludable. Para Winnicott, adaptarse a la realidad obstruye crear la realidad, y de ahí el desplazamiento sutil pero sensible que tiende a colocar la problemática de la adaptación en el corazón de toda

enfermedad mental. Límite, quizá, de las tentativas de curación.”⁵ Un niño, o hasta incluso un adulto, puede ser muy bueno copiando un texto, reproduciendo lo que ya hizo otro; pero incapaz de generar algo por sí mismo, una escritura espontánea.

Ricardo Rodulfo⁶ plantea que en los diversos momentos de estructuración subjetiva se pueden observar diversas variantes, formas en la función del jugar. Si bien Freud había planteado el conocido juego del fort da como el modo de inscribir la partida de la madre, hay otros juegos más tempranos que hacen a la constitución subjetiva.

Un bebé desde que nace y se prende al pecho toma una actitud activa en el sentido que debe producir él que la leche salga del pezón; y hasta por momentos cambie el ritmo del pezón, juega, levanta la mirada e interactúa con la de su madre. A su vez, el niño en un primer momento tiene que autoescribirse como superficie, para que luego pueda haber un adentro-afuera, un interior-exterior. Así, los niños se embadurnan mientras comen, les gusta ensuciarse y estar así un tiempo. El pegoteo lo que hace es cohesionar las partes del cuerpo, para que se pueda ir constituyendo como uno. Las rutinas también hacen a la fabricación de superficies.

En estos primeros momentos, el cuerpo del niño es igual al espacio que lo rodea, no hay interior-exterior, sino que todo lo que el niño hace sobre el espacio, es hecho sobre su propio cuerpo. Es lo que Sami-Ali denomina espacio de inclusiones recíprocas.

En un segundo momento uno puede encontrar a los niños inmersos en juegos que implican continente/contenido. Entonces es cuando comienzan a sacar cosas de la cartera de la mamá, abrir las mesadas, poner y sacar cosas de una caja. En este momento, la relación continente y contenido es totalmente reversible. O sea, la relación pequeño/grande, todavía no está constituida. E así como la segunda función del jugar conduce a la formación de un tuvo, juegos de inclusiones de objetos en otros, en simultáneo con querer sacar cosas del cuerpo de la madre (le tiran del pelo, de los aros, de las cadenas, etc.).

La tercera función del jugar que plantea Rodulfo⁷ es la que Freud consideraba como la primera. Aparecen juegos de escondites, aparecer y desaparecer, taparse y despatarse; situaciones que al niño en vez de provocarle angustia, le provoca risas y pide que se repita. También se puede mencionar el juego de tirar cosas una y otra vez. Al arrojar un objeto, el niño está creando un espacio que no existía, se produce así un afuera. Esto es parte del destete, destetarse de la mirada materna, comienza a inscribirse la separación yo/no yo. Otro de los juegos que se encuadra dentro de esta función es el que suele aparecer a los dos años, con el descubrimiento de las puertas, abrirlas y cerrarlas. También se da la aparición verbal del no, y el niño juega a decir que no.

Pero para que pueda haber separación, primero tuvo que haber una fusión, haber estado muy unido.

A lo largo de la vida, estas funciones del jugar van tomando nuevos modos, y con la pubertad, lo que se había constituido, tiene que volver a hacerlo. Entonces se encuentran estas funciones pero de otras maneras. Es así como el adolescente forma superficie cuando pasa por períodos en los cuales no se quiere bañar, anda con la ropa sucia; la banda corporal ahora es con el grupo de amigos, hasta incluso con la banda de música.

Otra concepción importante a tener en cuenta, que Rodolfo⁸ plantea tomando lo desarrollado por Winnicott, es que la subjetividad en construcción tiende a la integración pero buscando la diferencia, entonces siempre que se desarrolla la integración, es integración de diferencias. Es así como se van integrando la voz de la mamá con su olor, con su mirada. Y el niño busca cosas nuevas, que se generen diferencias. ¿Cuánto lugar le damos a eso? ¿Lo vemos como otro diferente a uno que puede tener iniciativa propia o lo tratamos como si fuera un objeto, indiferenciado de nosotros mismos? En este sentido, el ambiente puede funcionar facilitando u obstaculizando que tales funciones del jugar se den y que surja algo de la creatividad, de lo espontáneo, de una experiencia.

EL PROYECTO

Se procedió a diseñar un proyecto de intervención que pudiera ofrecer una mejor respuesta a las consultas, haciendo foco en las particularidades de cada caso pero principalmente brindando a los adultos responsables pautas de crianza para favorecer un desarrollo saludable en los niños, comprometiéndolos en un rol activo en este proceso.

OBJETIVOS PLATEADOS

- Brindar y transmitir a los adultos los conocimientos apropiados para comprender los procesos de desarrollo normal, los continuos cambios, que vivencian los niños e identificar señales de alerta para consultar oportunamente.
- Generar un espacio de reflexión donde se favorezca que el niño y la niña formen desde los primeros años, un adecuado autoconcepto, una imagen positiva de sí mismos, aumentando su autoestima, ya que es el pilar para crecer, desarrollarse y cumplir metas.
- Empoderar a los adultos como formadores para una nueva generación, responsables y generadores de una parte de la solución frente a los problemas que transitan los niños.
- Implementar con los padres o tutores estrategias efectivas de promoción, prevención y educación para la salud de la maduración integral y óptima cognocitiva, emocional y social, cuya interdependencia es innegable.

El proyecto inicio a pensarse en el mes de enero de 2016, generando una primera evaluación de la cual es resultado este relato a fines de agosto del mismo año. Se plantearon reuniones semanales en conjunto con la psicóloga de la unidad sanitaria y la residente de

medicina general interviniente, para poner en común los conocimientos que cada profesional tenía sobre el concepto y la evolución de desarrollo infantil.

Se realizó una búsqueda de material teórico para establecer formas de abordaje de las diferentes situaciones que pudieran presentarse y se planteó una lista de temas a tratar (límites habilitantes, diferencias entre la crianza de los padres y la de sus hijos actualmente, vínculos problemáticos en la familia, formas de comunicación inadecuada, entre otros) que se eligieron por la frecuencia de aparición en la consulta y en base a ellos se diseñaron actividades. Luego se estableció la comunicación con otros equipos de trabajos interdisciplinario integrados por psicólogos, médicos, trabajadores sociales que trabajaban en la misma zona geográfica y con temáticas similares, en juegotecas y talleres para padres, para intercambiar experiencias, lo cual resultó alentador en el proceso de formación del taller.

Se comunicó al resto de los profesionales de la unidad sanitaria el proyecto y se establecieron los criterios de inclusión y exclusión, para que las madres y los niños sean derivados.

La población a la cual fue destinada el proyecto fue aquellos niños y niñas de entre 3 y 10 años de edad, junto con sus padres y adultos intervinientes en su cuidado, derivados por otros profesionales de la unidad sanitaria (detectados en el control periódico de salud o en las admisiones del equipo de psicología) o por equipos de orientación escolar de la zona.

Los niños y adultos eran previamente entrevistados para identificar aquellos casos con trastornos del desarrollo de causa orgánica y/o psiquiátrica y así orientarlos con los especialistas adecuados, siendo excluidos de la participación del taller. Eran incluidos en el proyecto aquellos niños/as con trastornos del desarrollo de origen vincular y en esa misma entrevista se les explicaba el funcionamiento, los objetivos y características del taller.

En mes de abril comenzaron las entrevistas. Se realizó una selección de seis madres junto a sus hijos para dar comienzo al taller, dando la posibilidad de incorporar nuevas participantes. Los pacientes eran citados una vez por semana por el espacio de noventa minutos en el salón de usos múltiples de la Unidad Sanitaria.

El primer Taller tuvo como objetivo presentar el espacio, dar a conocer la perspectiva de abordaje de la salud, dar a conocer las demandas que las traía al taller y generar un clima de confianza y empatía entre las madres y los niños. Se realizaron breves exposiciones de las situaciones por las que consultaron o eran derivadas y se continuó con trabajos en grupo coordinados por un integrante del equipo de salud. Una vez terminado los trabajos grupales se realizó una puesta en común y se propuso categorizar las problemáticas según la opinión de los participantes, para ser tratadas en encuentros posteriores. El equipo

de salud analizó y se definió las categorías principales por su frecuencia en dificultades en el habla, dificultades en establecer límites saludables y en la adaptación escolar.

Las actividades planificadas fueron orientadas a la participación conjunta de padres e hijos. Los temas a tratar, si bien estaban preestablecidos según lo explicado, se daba la posibilidad de que los adultos hablaran de alguna situación puntual que quisieran resolver y que compartieran sus experiencias en situaciones similares para colaborar en una construcción conjunta de la solución. Mientras esto sucedía, simultáneamente los niños jugaban en un lugar delimitado a la vista de sus madres, con consignas menos establecidas en cuanto a los juegos a desarrollar, y se veía la interacción de estos entre sí y con los adultos. Luego de las actividades había un momento de reflexión sobre los temas tratados y consignas para incorporar en la crianza de los niños y ponerlas en común al grupo, para el siguiente encuentro.

RESULTADOS

Una de las madres acudió al taller derivada desde el gabinete de orientación escolar, quienes advertían que el niño de 7 años, se mostraba retraído y le costaba sociabilizar con el resto de los compañeros de clase, además de presentar dificultades para cumplir con las tareas escolares. Cuando se le preguntó a la madre qué actitudes tenía el niño con ella, la misma relató que su hijo no podía resolver de manera adecuada las tareas por lo cual se sentía frustrado y descargaba esa frustración con actitudes violentas sobre ella. Cuando se sentaban a realizar las actividades escolares, que cada vez eran más, él se impacientaba, respondía con enojos y malos tratos; dificultando la comunicación entre ambos.

Emi Pikler expone que “la relación de una madre con un hijo a veces puede ser tan intensa, que resulte difícil de sobrellevar para algunas madres, debido a un sentimiento de soledad y aislamiento en esta tarea; también al niño le resulta difícil. Estar solo con su hijo todo el día, porque el padre no está presente, puede resultar muy estresante sobre todo si el niño demuestra algún malestar u oposición. Es indispensable tener otras relaciones en casa o fuera para evitar sentirse siempre en soledad frente al niño. El pequeño necesita un espacio y la madre también el suyo propio; para que él no sea el único objeto de su interés”⁹.

Tomando en cuenta esto, se le sugirió que otro integrante de la familia, pasara tiempo con el niño e incluso lo ayudara con las tareas, para disminuir la tensión entre ellos de estar la mayoría del tiempo juntos y solos, ya que el niño no tenía una figura paterna. Una tía del menor se ocupó del niño llevándolo a la escuela y ayudándolo en las tareas. Mientras la madre participaba de un taller donde se planteaban temáticas de género. Luego de varias semanas pudieron sentirse más tranquilos y dialogar de una forma adecuada sobre cómo tratarse, sus necesidades y formas más saludables de expresarlas. El niño sabiendo que las personas que lo rodeaban eran de confianza, sintiéndose en condiciones de seguridad

afectiva y sin una exigencia constante por parte de la madre para realizar las tareas, pudo desarrollar sus capacidades, adquirir gran soltura y autonomía, lo cual posibilita mayor confianza en sí mismo.

Otro de los niños, de 4 años, venía al taller con su madre, una mujer separada que dedicaba varias horas del día a trabajar, dejando a su hijo al cuidado de la abuela y la madrina de éste.

El niño presentaba problemas de conductas en el jardín de infantes donde acudía a diario, por propiciar golpes y mordeduras tanto a compañeros como a las maestras, por lo que decidieron desde la institución escolar, reducirle el horario de clase a solo 1 hora por día; luego la madre o el tutor a cargo debería retirarlo, situación que enfurecía aún más al menor. En la convivencia con los abuelos, las demandas del niño eran satisfechas al instante; resignando los adultos horarios de comidas, de dormir, visitas a familiares y amigos; si eran actividades que el menor desagradaba, siendo muy permisivos con todo lo que pedía.

Para Pikler “cuando uno es demasiado permisivo, el niño tiene la experiencia ilusoria que de que es él quien tiene el poder. Sus pulsiones se ejercerán en todos los sentidos, querrá todo y ya. Pensando que eso es posible, se arriesga a vivir en plena agitación e inestabilidad. El tutor se verá entonces obligado de amonestarlo y no se sentirán bien estando juntos. Con frecuencia los padres dejan hacer todo a sus hijos hasta que ya no soportan más, entonces lo reprenden con dureza o se vuelven muy exigentes. En ese caso al niño le costará crecer con tranquilidad, seguridad y confianza ya que no puede saber con claridad hasta dónde puede llegar”³.

Se trabajó junto con la madre y los abuelos, quienes asistieron al taller, la creación de espacios donde pudieran hablar abiertamente con el pequeño sin gritarle con voz clara y firme, que le estaba pasando y dejar de esta manera que el niño empiece a mediatizarla palabra antes de la acción y pueda expresar sus emociones. La madre se comprometió a tener un momento con él todos los días después del trabajo para hablarle, para esto primero aconsejamos que lo escuche, observarlo, tratar de comprender que le sucede, que busca... Muchos padres no están acostumbrados a escuchar a sus hijos. Hablarle y ponerle palabras a lo que él siente. El niño siente que lo comprendemos que lo respetamos. Ignorar esto da origen a numerosos trastornos de conductas y de inquietudes.

En unos cuantos meses el niño pudo expresar mejor sus emociones e incluso los abuelos pudieron llevar adelante rutina con él. Actualmente se puede quedar 3 horas en el jardín de infantes, gracias a que mejoro su conducta y se lo nota menos agresivo.

Otro de las experiencias presentadas en el taller fue la de un niño de unos 8 años que acudía por problemas en el habla y por haber sufrido maltrato físico por parte de los compañeros del aula. La maestra y los compañeros de grado recalcan la manera

“aniñada” de comportarse, que provocaba que el niño tuviera bajo rendimiento escolar, y sufriera aislamiento en el colegio. La madre trabajaba de feriante en la plaza del barrio, cuando el niño no estaba en la escuela solía acompañarla a vender. Ella notaba que los otros niños de la plaza se burlaban de él, acusándolo de ser un “bebé”, quedando el niño excluido. Cuando se le pidió que contara la rutina diaria del niño, ella relataba que lo levantaba, lo cambiaba, le daba desayuno, el almuerzo alimentándolo ella misma, le realizaba las tareas escolares, satisfacía cada pedido del niño. Se refería a él, como un niño pequeño desde su mirada, su hijo cumplía el rol de ser el “bebe de la casa” ya que era el menor de cuatro hermanos adolescentes. Sus hermanos, el padre y la madre lo trababan de una forma sobreprotectora, y recibía cuidados innecesarios no acordes a su edad.

Se entrevistó a ambos por separados. Al niño se le realizó la PRUNAPE (prueba de pesquisa nacional para detección de trastornos inaparentes del desarrollo) en la cual se evidenciaba que tenía pautas retrasadas para la edad en el área del lenguaje y social. Luego se entrevistó a la madre a solas quien relato su historia. Desde los diez años estuvo en situación de calle sobreviviendo, trabajando, visitando a su familia esporádicamente; hasta la adolescencia, donde conoció a su marido, con quien formo una familia y construyeron una casa muy precaria. Se dedicó a la crianza de sus hijos y a trabajar de vendedora ambulante. Notaba que su esfuerzo en proteger a sus hijos era desmedido en relación a los riesgos a los que estos estaban expuestos. Pero ella tenía una percepción propia exagerada en el cuidado constante de los hijos. Cuando los más grandes empezaron a transitar la adolescencia entraron en conflicto por esta sobreprotección; dirigiendo toda su atención al menor de los hijos.

Se la invito a la madre, reflexionar sobre las actitudes que provienen de su propia historia, educación, de la relación con sus padres, de las ideas de autoridad que ha integrado y los sentimientos de angustia que manifestaba. Se realizaron entrevistas individuales con ella y se los invito a participar en conjunto en el taller. Se le planteo diferentes estrategias para fomentar la independencia y confianza en el niño, como así también se trabajó con él de forma individual y en el taller para aumentar su autoestima, mejorar la dicción del lenguaje.

Poco a poco fue avanzando en realizar tareas cotidianas de manera independiente, como prepararse el desayuno, bañarse, etc. También se notaron pequeños avances en la pronunciación de las palabras y la madre pudo establecerle rutinas en cuanto a las tareas del hogar y sus responsabilidades en la escuela.

La madre dejo de proyectar sus experiencias vividas en su hijo, lo cual mejoro el entendimiento y la comunicación entre ambos, notando ella el desarrollo positivo que tuvo el niño al establecerle límites claros y a su vez dándole espacio para que el experimente y descubra el mundo que lo rodea sin ser interpretado previamente por ella.

Más allá de las adversidades, de las expectativas de los habitantes del área programática que pretenden respuestas rápida frente a los problemas, no pudiendo esperar el proceso que implica trabajar en los mismo, cuando se concluyó el cronograma de actividades, se valoraron los avances que habían hechos los niños, logrando una mejor integración al ámbito escolar, acrecentado la socialización con pares. Se pudo vencer a la tendencia a depositar el problema en el otro y no responsabilizarse. Los adultos que concurren al taller tomaron una actitud activa frente a la resolución de conflictos que se generan con los niños, y se ubicaron como capaces de poder intervenir en tales situaciones para modificarlas de manera positiva. Se lo logro dar herramientas a los adultos para estimular el desarrollo de lo niño a través de pautas generales como establecer límites habilitantes como pautas específicas para cada vínculo entre adultos y niños. Se ha incrementado la comunicación entre los adultos y los niños.

Los adultos comenzaron a cuestionar pensamientos, miedos y prácticas que sostenían, las cuales les impedían (tanto a ellos como a los niños) disfrutar de situaciones de la vida diaria. Los niños comenzaron a poder desprenderse de la mirada del adulto para así poder desarrollar su individualidad y su subjetividad.

DISCUSIÓN

El desarrollo del infante, presenta diferentes procesos durante la etapa de maduración neurológica, que se puede ver afectada en cuatro áreas de funcionamiento relativamente específicas e independientes: motora, lenguaje, social y la coordinación. Siendo de vital importancia, tanto diagnosticar el problema, como también promover el buen desarrollo del infante. En relación con los factores que influyen en el desarrollo de los niños, además factores de riesgo orgánicos y perinatales, en la mayoría de los casos ponderados sobre los factores emocionales y vinculares, se debe tener en cuenta otras problemáticas que atraviesan a toda la población, también influyentes en el desarrollo; como nivel de ingresos de sus familias, la nutrición, acceso a agua potable, conexión a servicios de saneamiento, material de vivienda y número de personas por habitación, asistencia a la escuela y años de escolaridad de los padres y tenencia de radio, televisión o teléfono y acceso a electricidad, cuya privación contribuye a un cuadro de pobreza y exclusión social. Estas causas a menudo no son tenidas en cuenta como factores intervinientes y sobre los cuales se puede trabajar interdisciplinariamente para mejorar las posibilidades y capacidad potencial que pudieran alcanzar los niños.

Por otra parte las escuelas no saben cómo tratar a los chicos que presentan dificultades en el aprendizaje y desarrollo, les reducen el horario como “estrategia pedagógica” o les solicita a los padres; vayan a acompañarlos para “cuidarlos”. No es habitual pero en ocasiones, piden a los adultos que los niños no concurren. En otras oportunidades, los chicos deambulan de una escuela a otra sin encontrar un espacio. En algunas circunstancias son desescolarizados, previa sugerencia de evaluar la derivación a una escuela especial. La escuela responde de la misma forma para niños con diversos trastornos:

les piden un certificado médico, solicitan que ingrese a tratamiento psicológico y psiquiátrico; acompañante terapéutico o maestro integrador. Cuando lo ideal sería que cada niño tenga una evaluación singular. En estas circunstancias se producen grandes perjuicios a los niños y toda su familia.

Los maestros pueden dar un pantallazo de la situación, pero a veces creen que es un diagnóstico, y también hay padres que no quieren ver el problema. No hay recetas para tratar a estos chicos, sólo una mayor dedicación de todas las partes; involucrando también al Estado quien debería brindar una respuesta para garantizar una educación apropiada. Aumentando el número de instituciones escolares buscando mejorar la atención de cada docente sobre sus alumnos, facilitando la incorporación de maestros integradores, en los casos que sean necesarios, generando espacios gratuitos de recreación y juego y en mayor escala subsanar las diferencias en el acceso a los servicios con una intervención estatal directa para garantizar la provisión de servicios de salud y nutrición, acceso a agua potable y saneamiento, y a través de medidas indirectas mediante el aumento de los ingresos del hogar.

Decisiones que lleven a acciones positivas dirigidas a los niños y adolescentes con menores recursos, que pertenecen a grupos sociales particularmente susceptibles a sufrir privaciones, como aquellos de origen indígena, de zonas rurales o zonas más precarias del conurbano bonaerense, son impostergables para no obstaculizar el desarrollo normal y coartar sus potencialidades.

CONCLUSIÓN

Consideramos de importancia dar comienzo a un taller de pautas de crianza, debido a la creciente demanda por parte de los padres y las instituciones escolares; vislumbrando la posibilidad de ejercer un cambio positivo en el desarrollo de los niños, interviniendo a través del trabajo junto a los adultos responsables de sus cuidados.

Es preciso proporcionar a los adultos herramientas que tengan como metas el aprendizaje en solución de problemas, desarrollo de la asertividad, habilidades en comunicación, producir un ambiente favorecedor del desarrollo infantil, establecer límites habilitantes, mediatizar la palabra, con el fin de generar conductas que puedan fortalecer o disminuir algún tipo de comportamiento o vínculo que este impactando en el desarrollo de los niños.

Se pensó como una experiencia interdisciplinaria para generar un abordaje lo más abarcativo posible en cuanto a causas y posibilidades terapéuticas que involucran a los trastornos del desarrollo, su prevención y promoción.

Otras de las ventajas que tiene este proceso realizado de esta manera, es garantizar mayor cobertura de población con problemáticas similares dando respuesta más integral y participando a los adultos y a los niños como autogestores de la solución.

Esta experiencia interdisciplinaria se pensó como la mejor opción de trabajo considerando la importancia de trabajar en equipo, de manera conjunta, siendo este uno de los elementos básicos de Atención Primaria de la Salud. Sabiendo que es una forma de trabajo donde se puede llegar a fortalecer las conexiones de la red de la cual somos parte; junto con la escuela, espacios culturales y deportivos, y la comunidad, que trabajan para promocionar el desarrollo normal de la infancia. Esto supone un mayor esfuerzo ya que requiere varios encuentros en equipo para poder aunar criterios y planificar las diversas actividades, capacitar e incluir a las promotoras de salud de la unidad sanitaria en detectar los factores protectores y favorecedores del desarrollo e incorporarlas en las actividades en otras instituciones.

El desafío de este proyecto fue convertirse en el inicio de otras intervenciones de promoción y prevención de trastornos del desarrollo en la infancia, y lograr en un futuro reproducir esta experiencia, en los jardines de infantes, escuelas y espacios deportivos y culturales que trabajen con niños. Buscando estrategias y adaptando las actividades a cada problemática específica y teniendo en cuenta la población con la que trabajamos, para tratar de prevenir trastornos del desarrollo de causas evitables.

BIBLIOGRAFÍA

1. Censo 2010. www.indec.gov.ar
2. Juan Vasen (2007): La atención que no se presta: el "mal" llamado ADD. Pág. 55.
3. Ricardo Rodulfo (2008): Futuro por venir. Pág. 168.
4. Ricardo Rodulfo (2008): Futuro por venir. Pág. 169.
5. Winnicott, Donald (1971): Realidad y juego, Barcelona, Gedisa.
6. Idem 4.
7. Ricardo Rodulfo (2009): Trabajos de la lectura, lecturas de la violencia. Pág.163.
8. Rodulfo, Ricardo (1989): El niño y el significante, Buenos Aires, Paidós.
9. Pikler Emi, Moverse en libertad, (1985), Narcea.
10. De Truchis Chantal, El despertar al mundo de tu bebe, (2003) Barcelona España.