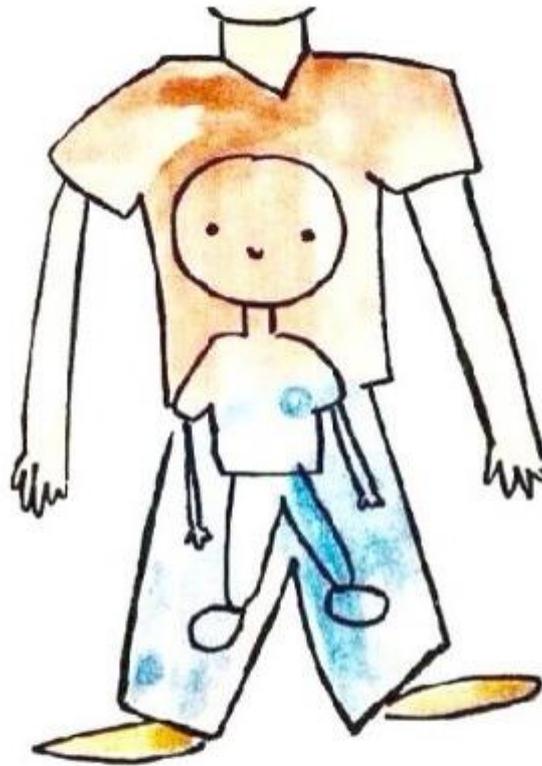




UNCUYO
UNIVERSIDAD
NACIONAL DE CUYO

FACULTAD DE
EDUCACIÓN



Todos llevamos un
adulto afuera.



TRABAJO FINAL
ESPECIALIZACIÓN EN DESARROLLO
INFANTIL TEMPRANO

DOCENTE GUÍA: LIC. MARÍA LUZ YÁÑEZ

DIRECTORA: DRA. MYRTHA HEBE CHOKLER

ALUMNO: RODRIGO INTI VEGA JONES

Agradecimientos

A mi madre y a mi padre, quienes me siguen enseñando aún desde su ausencia

A mis hijos, que me enseñan día a día a ser padre

A mi familia

A quienes me cuidan y me enseñan a cuidar

INDICE

| | |
|--|----|
| INTRODUCCIÓN | 5 |
| JUSTIFICACIÓN | 6 |
| Descripción Institucional | 7 |
| Algunos elementos de la estructura y funcionamiento administrativo de la atención de niños y niñas a nivel comunal | 7 |
| La comuna de El Bosque, Provincia de Santiago, Región Metropolitana, Chile. | 10 |
| Principios orientadores de la Atención Integral de la Población Infantil El Bosque 2023 | 14 |
| SITUACIÓN 1: | 15 |
| La consulta médica | 15 |
| 2018: Antes de la pandemia y antes de llegar a la comuna de El Bosque | 16 |
| SITUACIÓN 2: | 27 |
| Programa Chile Crece Contigo | 27 |
| Descripción del encuadre de trabajo del Subsistema de Protección Integral a la infancia “Chile Crece Contigo” y mi función en relación a él | 28 |
| Descripción Programa de Apoyo al Desarrollo Psicosocial | 29 |
| Mi relación con el encuadre de trabajo del Sistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo | 33 |
| La Sala de Estimulación | 34 |
| SITUACIÓN 3: | 39 |
| Consultoría de Salud Mental | 39 |
| REFLEXIONES PANDÉMICAS | 45 |
| Funcionamiento de la institución durante la Pandemia de SARS-COV2 | 46 |
| Línea de Tiempo | 47 |
| Semiótica de la Pandemia | 48 |
| | 51 |
| Lo que vino después: un trayecto hacia otro lugar no muy distinto | 52 |
| Algunas observaciones de los espacios de trabajo en relación a los Organizadores del Desarrollo Psicomotor y la Pandemia | 58 |
| Testimonios | 62 |
| Sandra Álvarez, Educadora de Párvulos encargada de la Sala de Estimulación del Centro de Salud Familiar “Cóncores de Chile” de la comuna de El Bosque | 62 |
| Mariana Martí, Psicóloga Centro de Salud Familiar “Dr. Julio Acuña Pinzón” de la comuna de Lo Espejo | 64 |
| CONCLUSIONES | 68 |
| BIBLIOGRAFÍA | 71 |

"Solo existe un fracaso: dejar de ser
niño".

("De lágrimas y santos" / Emil Cioran)

LA CASA DE LA FICCIÓN

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo hago un relato de mi trayectoria antes, durante y después de empaparme de los conceptos, aprendizajes, experiencias e intercambios con los contenidos teóricos, formaciones corporales, profesoras y compañeras de la Especialización en Desarrollo Infantil Temprano (EDIT) de la Facultad de Educación de la Universidad Nacional de Cuyo en Mendoza, Argentina.

De forma esquemática y tratando de agrietar las rigideces de mi espacio laboral, cuento mi proceso de transformación, el cual tiene momentos discursivos, de exploración, de apreciación crítica de mi rol profesional, de la dinámica de trabajo en equipo, de los propósitos institucionales, pero, sobre todo, de la ayuda que ofrezco y de mi compromiso con los niños y niñas (y sus familias) que acuden día a día a nuestros Centros de Salud en busca de alivio a sus malestares.

El impacto que ha tenido en mi experiencia personal y profesional la formación en esta Especialización la expreso en esta narración eligiendo (al menos) tres situaciones de atención profesional en las cuáles me propongo confrontar las tensiones procedimentales y conceptuales con el fin de poder generar aperturas por donde sea posible fraguar el malestar por fuera del encuadre biomédico. Sin pretender acometer un emprendimiento quijotesco, asumí el punto de no retorno de posicionarme desde la perspectiva de la neuropsicosociología del desarrollo infantil, incorporando la determinación social de la salud para comprender y dimensionar mi trabajo profesional enfocado no solamente en la gestión preventivista de los riesgos sino en la producción activa del cuidado y del bienestar teniendo a la vista las inequidades y las desigualdades en las cuales los niños y niñas se van desarrollando y construyendo como sujetos.

Finalizo con una necesaria reflexión del gran evento de crisis sanitaria de los últimos tiempos, de escala planetaria, que a mí personalmente me tocó vivir de forma activa y de cuyas secuelas poco se habla debido a la irrefrenable pulsión que constato de “volver a la normalidad”. La normalidad como alienación es a la que asumo el deber de sustraerme, aunque sea en la medida de lo posible. La indiferencia es un lugar imposible luego de cursar la EDIT.

JUSTIFICACIÓN

Antes de entrar en detalle respecto de las situaciones que más adelante relataré, creo necesario partir por la descripción de lo que particularmente a mí me fue pasando con el “lugar” en donde me ha tocado trabajar, percibiendo lo rígido del espacio, del tiempo y de las personas. Rigideces que, por supuesto pude ir localizando en mí, en mi forma de ver las cosas y en cómo ejecutaba mi trabajo. Percepciones que fueron aflorando con el aprendizaje hecho en la Especialización en Desarrollo Infantil Temprano. A medida que fui avanzando en el aprendizaje y en el conocimiento, específicamente con el enfoque transdisciplinario y también con el pensamiento dialéctico, pude darme cuenta de que a pesar de lo rígido había chances de salirse de la imposición de esquemas. Parto entonces con una descripción de lo rígido del *no-lugar*¹ llamado Centro de Salud Familiar.

Descripción Institucional

En este apartado haré una descripción general del funcionamiento institucional en el ámbito administrativo burocrático tomando como referencias las orientaciones técnicas dispuestas en el **Programa Nacional de Salud de la Infancia** y el **Plan de Salud Municipal** de la Comuna de El Bosque, para proporcionar el encuadre de trabajo en donde desarrollé mis observaciones. Posteriormente, en otro apartado haré la descripción de mis vivencias a partir de tres situaciones.

Algunos elementos de la estructura y funcionamiento administrativo de la atención de niños y niñas a nivel comunal

La observación del ámbito del Desarrollo Infantil Temprano en función de cómo se disponen los cuidados (entendidos estos como el conjunto de acciones dispuestas para atender los requerimientos propios de dicho período del desarrollo del ser humano) requiere en primer lugar entender y tomar posición respecto del rol institucional en el cual esta tarea se despliega. En el presente trabajo indagaré en las labores profesionales de personas y equipos ligados al cuidado de los niños y las niñas, desde un enfoque de derechos y en un recorrido que se inicia en el campo de la salud y que se extiende hacia el campo educativo, específicamente dentro de las actividades asistenciales de los equipos de salud de Centros de Salud Familiar (Atención Primaria de Salud) y en instituciones educativas (jardines infantiles y escuelas primarias).

¹ Augé, M. (2020). *Los no lugares*. Editorial Gedisa.

Para iniciar este recorrido me parece necesario señalar dos puntos muy importantes. En primer lugar es necesario recalcar que a medida que fueron mejorando las condiciones de salud pública que hicieron disminuir las tasas de mortalidad infantil en Chile a partir de la segunda mitad del siglo XX² fue quedando en evidencia que los problemas de déficit de desarrollo psicomotor eran atribuibles principalmente a la falta de estimulación sensorial y motora.³ En segundo lugar es preciso comprender que lo que se denomina como “enfoque de derechos” tiene que ver con una especial disposición y consideración respecto de todo lo que concierne con los derechos humanos de los niños y niñas (personas menores de 18 años): el énfasis en que los niños y niñas tienen los mismos derechos que los adultos considerando además la incorporación de la protección de todos aquellos aspectos derivados de su condición de seres humanos en desarrollo los cuales requieren una especial atención.

En síntesis, un hito importante lo constituye la firma del tratado internacional conocido como Convención sobre los Derechos del Niño (1990) cuya ratificación por los distintos países, estados y gobiernos genera la obligación de garantizar y cautelar los derechos de los niños y niñas en función de un compromiso adoptado para cumplir con la provisión de cuidados, alimentación, educación, protección y recursos necesarios para lograr el desarrollo pleno de sus potencialidades. Esta ratificación, que deviene en obligación, se materializa en toda una estructura (material e inmaterial) que se instala desde el punto de vista jurídico, legislativo hacia los espacios administrativos. Dicha estructura constituye la expresión del compromiso señalado anteriormente con respecto a la Convención sobre los Derechos del Niño, la cual busca garantizar el cumplimiento de lo dispuesto en ella, teniendo en cuenta las diversas particularidades de las comunidades y territorios.

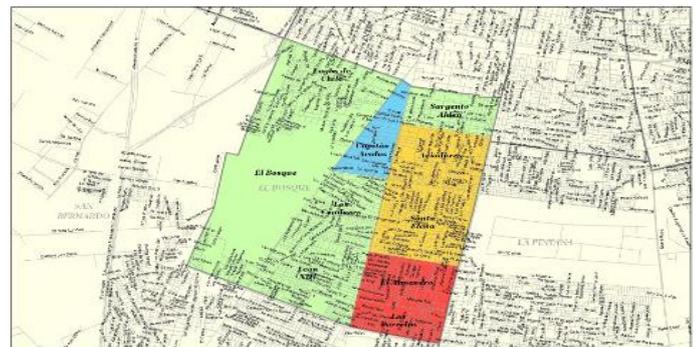
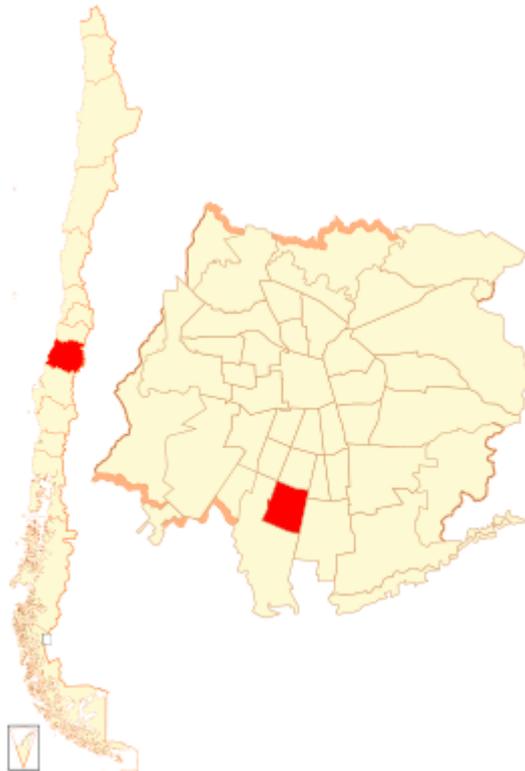
Para comprender el despliegue procedimental -dentro de los espacios burocráticos administrativos- del compromiso adoptado por el Estado chileno de proveer cuidados específicos a la primera infancia, resulta crucial el tener una idea global de la organización administrativa del territorio chileno. En este sentido y para efectos del presente trabajo, me centraré en la *comuna*, que es la unidad administrativa básica y que tiene a su cargo un territorio específico. Esta unidad administrativa es netamente local y puede tener un carácter

² Kaempffer R Ana, Medina L Ernesto. Mortalidad infantil reciente en Chile: Éxitos y desafíos. Rev. niño. pediatra. [Internet]. 2006 octubre [citado 2023 ago 28] ; 77(5): 492-500. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0370-41062006000500007&lng=es
<http://dx.doi.org/10.4067/S0370-41062006000500007>.

³ Rodríguez S, Lira M. I, , Montenegro H. Programa de estimulación precoz para niños de nivel socioeconómico bajo, entre 0 y 2 años. Plano piloto. Revista Latinoamericana de Psicología [Internet]. 1975;7(2):327 - 332. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80570212>

urbano o rural. Un conjunto de comunas conforma una provincia y un conjunto de provincias conforman una región. El territorio nacional chileno comprende 16 regiones. ¿Por qué es necesario hacer este hincapié en lo administrativo? Porque la organización administrativa comunal presenta singularidades propias (identidades y sentido de pertenencia asociados a procesos sociales e históricos) de la relación entre las comunidades que habitan en un territorio y el aparato administrativo local, lo que da cuenta de una diversidad cultural y geográfica. Estas singularidades propias del territorio y de las comunidades que habitan en él son las que le dan la particularidad al tema del Desarrollo Infantil Temprano, puesto que, como mostraré más adelante, todas las ordenanzas, normativas y metas sanitarias son dictámenes que provienen de un nivel central las cuales no necesariamente tienen en cuenta estas singularidades y particularidades propias de las comunidades que habitan en un territorio. Asumiendo este punto de vista, variables como el envejecimiento poblacional, el índice de masculinidad o la migración son variables que pueden correlacionarse en este análisis (y que sin duda lo podrían enriquecer mediante su complejidad), pero para efectos de las consignas pertinentes a este trabajo, elegí situarme dentro del campo de interpretación de las variables propias del desarrollo infantil temprano que correlacionan el campo de la salud y el campo de la educación.

La comuna de El Bosque, Provincia de Santiago, Región Metropolitana, Chile.



La comuna de El Bosque, al igual que todas las demás comunas del territorio nacional, define y especifica sus acciones sanitarias mediante un instrumento denominado **Plan de Salud Municipal**⁴, el cual a su vez se encuentra dentro del marco dispuesto por el **Plan de Desarrollo Comunal (PLADECO)**, “en concordancia con la misión y visión institucional, regulado por las orientaciones técnicas y normativas establecidas por la autoridad sanitaria según señala el Estatuto de Atención Primaria Ley 19.378. La Municipalidad de la comuna de

⁴ Documento técnico que se elabora año a año y del cual extraje lo concerniente al trabajo con niños y niñas en relación al cumplimiento del Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral (2013)

El Bosque, por intermedio de su Dirección de Salud, elabora dicho Plan de Salud Municipal, recogiendo los elementos fundamentales de la participación de la comunidad, acogiendo a las directrices del **Modelo de Atención Integral de Salud con Enfoque Familiar y Comunitario** el cual centra su quehacer en el cuidado integral de las familias y orienta el fomento de los estilos de vida saludable, la acción intersectorial y la responsabilidad familiar y comunitaria, en el cuidado de la salud.”⁵

El trabajo con niños, niñas y adolescentes en la red de prestadores de salud de la comuna de El Bosque ha puesto su énfasis en el ámbito de la Promoción de la Salud, cuyas estrategias han contemplado un trabajo intersectorial articulado al campo de Educación, en donde el trabajo consistió en vincular los Centros de Salud Familiar, los Jardines Infantiles (tanto de la JUNJI -Junta Nacional de Jardines Infantiles- como de la Fundación INTEGRA) y los establecimientos de Educación Básica de los respectivos territorios -así como también las Direcciones de Salud y Educación- mediante talleres educativos y prácticos, cuyo propósito fundamental era el potenciar la formación de hábitos saludables y vida activa desde la infancia, en los niveles medio menor y nivel medio mayor, en los niños, sus cuidadores y los funcionarios, los cuáles básicamente consisten en la entrega de herramientas conceptuales y recomendaciones prácticas, en un espacio de conversación donde se reúnen integrantes de la familia, cuidadores, apoderados y profesionales de la educación y de la salud para abordar temas relacionados básicamente con alimentación y actividad física, en donde se privilegia la utilización de metodologías participativas, las cuáles centran el aprendizaje mediante dinámicas grupales, contemplando la expresión de emociones y el intercambio de experiencias entre pares.⁶

Respecto de este trabajo de articulación y en lo concerniente al ámbito del Desarrollo Infantil Temprano y la Promoción de la Salud en la Atención Primaria de Salud, el Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral (2013) dispone de un conjunto de procedimientos de detección y seguimiento (que describiré más adelante) de toda la población infantil bajo control con el fin de poder intervenir oportunamente en aquellos casos en donde se manifieste un rezago en el desarrollo infantil. Junto a esto, la Promoción de Salud abarca temas referentes a la estimulación⁷, la alimentación y la recreación. En distintas conversaciones

⁵ Plan de Salud Municipal 2023. Dirección de Salud Municipal El Bosque, pág. 5

⁶ Si bien estas actividades están agendadas y descritas dentro de la planificación no fueron parte de mi exploración.

⁷ “Por estimulación entendemos todas las acciones que van dirigidas a que tu hijo(a) pueda dominar de manera gradual habilidades cognitivas, motoras, socio-emocionales y de lenguaje. Esto significa entregarle experiencias que le permitan explorar el mundo que lo rodea (personas, objetos, espacios de movimiento, etc.), de acuerdo a **su propio ritmo de desarrollo** y sus **características**

(informales, aleatorias, exploratorias) con compañeras de trabajo, me pude percatar que si bien, existe un marco de referencia del trabajo con la palabra “promoción” esta no tiene que ver con lo descrito e intencionado en la “Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud” (1986), es decir, a lo concerniente a “proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma”⁸ sino más bien a entrever dicha “promoción” de salud como una actitud de cuidado con enfoque patogénico. Percibí de esa forma el cómo, en la práctica, muchos de los temas del Desarrollo Infantil Temprano son objeto de una operación de medicalización⁹ en función de un ánimo preventivista, es decir, de una actitud positiva y manifiesta hacia la detección y conjuración de riesgos eventuales que pudieran afectar negativamente el desarrollo infantil. Esto, por supuesto, abarca y subsume la mirada del campo educativo a la mirada médica.

- Control de salud del niño sano
- Evaluación del desarrollo psicomotor.
- Control de malnutrición.
- Control de lactancia materna.
- Educación a grupos de riesgo.
- Consulta nutricional.
- Consulta de morbilidad.
- Control de enfermedades crónicas.
- Consulta por déficit del desarrollo psicomotor.
- Consulta kinésica.
- Consulta y consejería de salud mental.
- Vacunación.
- Programa Nacional de Alimentación Complementaria.
- Atención a domicilio.
- Actividades comunitarias en salud mental con profesores de establecimientos educacionales.
- Examen de salud odontológico
- Educación grupal odontológica
- Consulta Odontológica preventiva (incluye: barniz de flúor, educación individual con instrucción de higiene, pulido coronario, sellantes)
- Consulta tratamiento odontológico (incluye: obturaciones, pulpotomías)
- Consulta urgencia odontológica (incluye: Exodoncia)
- Radiografías odontológicas

Figura 1

individuales. ¡No es necesario hacer cosas complicadas o utilizar juguetes caros o especiales!” Chile Crece Contigo <https://www.crececontigo.gob.cl/tema/estimulacion/>

⁸ World Health Organization. (2002). Carta de Ottawa.

⁹ Proceso de convertir situaciones que han sido siempre normales en cuadros patológicos y pretender resolver, mediante la medicina, situaciones que no son médicas, sino sociales, profesionales o de las relaciones interpersonales.

Hablando específicamente de todo lo concerniente a la atención de los niños y niñas en la red de prestadores de salud de la comuna de El Bosque -específicamente de los Centros de Salud Familiar- la cartera de prestaciones es variada y amplia (Figura 1).

Dentro de lo dispuesto en el Plan de Salud Municipal, la red de dispositivos prestadores de salud de la comuna de El Bosque contempla el conjunto de actividades antes enumerada - que forman parte de la atención en salud- y que están enfocadas exclusivamente en la población infantil. Dichas actividades tienen como propósito (tal como ya se ha señalado) la promoción de la salud, la adquisición de hábitos de vida saludables (tanto en alimentación como en alimentación) y, además, en los casos en los cuales se presente una situación de malestar, otorgar un fácil y oportuno acceso al abordaje y tratamiento de diversos problemas que afecten la salud de los niños y niñas junto con brindar apoyo y acompañamiento a sus familias.

En mi caso particular, dentro de mi rol profesional y función del cargo como médico de Atención Primaria de Salud, mi labor abarca algunas prestaciones específicas como la **consulta por morbilidad** (donde los niños y niñas son traídos por sus padres o cuidadores para resolver un motivo de consulta específico relacionado la mayoría de las veces con una patología frecuente y de “baja complejidad”¹⁰), el **control de las enfermedades crónicas** (en niños diagnosticados en el nivel secundario y que reciben un seguimiento en el nivel primario por parte del equipo de salud) y la **consulta por déficit del desarrollo psicomotor** (la cual se recude básicamente a solicitar una evaluación por un médico especialista (neurólogo) a nivel secundario. Dentro del ámbito de la crianza, la educación en salud resulta fundamental para intervenir con acciones preventivas respecto de enfermedades propias de algunas etapas del ciclo vital en el período infantil, la prevención de accidentes domésticos, además de poder prevenir e intervenir a tiempo en situaciones relacionadas con factores psicosociales que puedan alterar el normal desarrollo de los niños y niñas (sobre todo en la primera infancia). Especial atención reciben las situaciones de maltrato para cuyo caso se constituyen diversos equipos de profesionales que a su vez se articulan en instancias intersectoriales. Todas las actividades están enfocadas en el desarrollo integral de los niños y niñas, en la pertinencia cultural y en los determinantes sociales de la salud.

¹⁰ Expresión propia del enfoque biomédico en donde la complejidad se entiende en términos biologicistas.

Principios orientadores de la Atención Integral de la Población Infantil El Bosque 2023

- ✓ *El niño y la niña son sujetos de derechos.*
- ✓ *La atención es un proceso continuo.*
 - ✓ *Cada familia y persona es única.*
- ✓ *El niño y la niña son parte de una familia.*
- ✓ *El niño o la niña son parte de un contexto social.*
- ✓ *El desarrollo infantil temprano es determinante en el bienestar biopsicosocial futuro de cada persona.*
- ✓ *La mayor responsabilidad del cuidado es de cada persona y su familia.*
- ✓ *La atención debe ser diferenciada según los problemas detectados.*
- ✓ *Privilegiar un enfoque anticipatorio, promocional y preventivo.*
 - ✓ *Cada control de salud es una oportunidad.*



Lo en verdad revolucionario no es la propaganda ideológica que aquí y allá nos incita a acciones claramente irrealizables y se deshace a la primera reflexión, al salir del teatro. Lo en verdad revolucionario es la señal secreta de lo venidero que se expresa en el gesto de la infancia.

Programa de un teatro infantil proletario. Walter Benjamín

SITUACIÓN 1:
La consulta médica

2018: Antes de la pandemia y antes de llegar a la comuna de El Bosque

Cuando decidí hacer la EDIT yo ya había descubierto la disciplina llamada Psicomotricidad, disciplina que no se imparte en Chile y que me fascinó debido a que me permitía trabajar con herramientas que dentro de la labor de un médico clínico en Atención Primaria de Salud no están contempladas: el juego, el cuerpo y la emoción. La organización del trabajo en un equipo de salud en un Centro de Salud Familiar precisa de fragmentar y de tabicar las prestaciones de cada uno de los profesionales para optimizar eficiencia y eficacia. La palabra “integralidad” parecía para mí algo dicho como un adjetivo calificativo que le daba cierto aire distinto al trabajo, pero nada más. En lo concreto yo estaba ahí para resolver motivos de consultas relacionados a procesos de enfermedad, a patologías. La atención de los niños y niñas en este contexto, en función de mi rol (de lo que se espera de mí como médico) tenía que ver con hacer diagnósticos y dar tratamientos básicamente farmacológicos. Esto lo hacía en el Centro de Salud Familiar, CESFAM Dr. Julio Acuña Pinzón de la comuna de Lo Espejo (un año antes de cambiarme de trabajo a la comuna de El Bosque).

La Psicomotricidad me había conectado con todo un campo de conocimiento que pareciera haber sido desterrado de estos espacios clínicos altamente medicalizados. Esto tiene que ver también a mi entender con una realidad cultural y con procesos histórico-sociales que hacen de que, en Chile, a diferencia de Argentina, la influencia del psicoanálisis no sea tan pregnante. Cada vez que tuve la oportunidad de contar el estado de avance de mi proceso de aprendizaje en la EDIT, a mis compañeros y compañeras de trabajo, me daba la impresión de que estaba haciendo el relato de un conocimiento situado en el mundo académico el cual, para ser traducido a la práctica, es decir, para que tuviera alguna cercanía con la realidad asistencial del día a día, tenía que pasar por un proceso de operativización reduccionista un procedimiento ejecutable y en definitiva, protocolizable. *¿Y eso para qué te sirve en la pega¹¹?* era una pregunta que me interpelaba directamente en mi función como médico. Más allá de que el estudio de los Organizadores del Desarrollo Psicomotor (como diré más adelante) haya sido crucial para mí, para poder adentrarme en la comprensión de algunas situaciones familiares, al final del día lo que daba cuenta de mi trabajo (de lo “bien hecho” de mi trabajo) era mi nivel de productividad.

¹¹ Pega: Laburo

La mayoría de las prestaciones en este ámbito deben funcionar dando cuenta de la buena utilización de los recursos, lo cual es un sello implícito del modelo biomédico. Los procedimientos deben dar cuenta de su efectividad y de su eficacia. Al conversar con compañeras (la mayoría mujeres) profesionales (enfermera, psicóloga, educadora) cada una desde su rol y desde su puesto de trabajo, respecto de lo interesante que es el poder mirar cada una de nuestras prestaciones en este continuo que es el Desarrollo Infantil Temprano y como éste aparece señalado claramente como uno de los más importantes Determinantes Sociales de la Salud (Marmot, 2000), no produjo el efecto convocante que buscaba, es decir, no logré instalar la reflexión acerca de la importancia de cada una de nuestras prestaciones y de nuestras intervenciones desde una mirada integradora, es decir, cómo nuestros afanes confluyen en el bienestar de los niños, niñas y sus familias.

La agenda profesional, marcada por los tiempos de atención y los tipos de consulta, no da espacio para salirse de un esquema que acepta solo una forma de aproximarse al motivo de consulta. Eso corre para todos los profesionales de la salud. Comunicar y reflexionar sobre estos temas no fue posible debido a que los esfuerzos están dirigidos a medir y cuantificar cuántos niños se atienden y qué diagnósticos presentan. No hay tiempo para contemplar el proceso integrando perspectivas y reflexiones. En medio de las atenciones y en algún tiempo libre, comentando el caso de algún niño o niña, yo hacía uso de los conocimientos adquiridos en la EDIT sobre como el desarrollo infantil “implica un proceso de organización progresiva y de complejización creciente de las funciones biológicas y psicosociales.” (Chokler, 2018) el cual implica a la persona de manera total y a lo largo de su vida, pudiendo apreciar dicho proceso siempre en permanente ejecución (incluso desde la mirada de un adulto que vuelve a recorrer su infancia).

Nuestro trabajo y nuestro rol está definido y determinado por la lógica asistencialista del nivel primario de atención, en donde todos nuestros esfuerzos se ven reflejados en alcanzar objetivos que son visualizados como metas sanitarias, las cuales se expresan en números y porcentajes. Detrás de cada uno de ellos sabemos que hay historias, de niños y niñas y de sus familias que no son valorizadas o tenidas en cuenta. Sin embargo, aquello no fue desalentador, puesto que desde mi rol de médico, pude acertadamente visualizar y valorar, algunos esfuerzos individuales de cada una de mis compañeras, como por ejemplo, tiempos de reflexión en el equipo de salud de forma pertinente según el caso; relectura de las evoluciones escritas en ficha clínica y la complementación (dentro de la ficha) de nuevos antecedentes clínicos de cada caso incorporando tópicos o conceptos referentes a los Organizadores del Desarrollo Psicomotor (la comunicación y sus lenguajes, la exploración y

el conocimiento del mundo y la seguridad postural y la disponibilidad corporal); pero sobre todo proponer una forma de interpretar o de aproximarse, al relato clínico y a los datos (que son en definitiva una forma de relato), tomando posición desde la neuropsicosociología del desarrollo- para la familia, para los padres, para los cuidadores y cuidadoras que permite descargar el monto de culpa o de obligación que muchas veces son las verdaderas motivaciones ocultas detrás de las acciones que se ejecutan en el nombre del bienestar de los niños y niñas. Todo lo anterior ejecutado muchas veces al margen de lo mínimo exigido por su función y por la presión asistencial, un *plus* añadido a cada una de sus prestaciones, quizás proveniente de un conocimiento intuitivo, empático, que se producía en el ámbito intersubjetivo.

Fue así que pude instalar la reflexión en las atenciones de Ingreso al Programa de Salud Mental Infantil, en donde pudimos resistirnos a la tendencia medicalizante de tener que clasificar la vivencia y la solicitud de ayuda que nos hacían las personas que nos consultaban en relación a sus niños y niñas. La prestación llamada “Ingreso al Programa de Salud Mental Infantil” consta con más minutos (30) que una prestación común y corriente (15 min) - denominada de “morbilidad general”-. En el “Ingreso” somos tres profesionales participando al mismo tiempo en la consulta. Cuando me hice cargo de asumir el rol de “Médico del Programa de Salud Mental Infantil” lo hice poniendo en evidencia un malestar proveniente de que se me suponía, respecto de mi rol de médico, la función de solamente diagnosticar e indicar medicamentos. Esa suposición, para mi gran sorpresa, no provenía solamente de mis compañeras de trabajo sino especialmente de quienes consultaban y pedían ayuda. Fue complicado para mí asumir que, en principio, iba tener que partir por arrancarme de ese estigma que tenía adherido, sin quererlo, por el hecho de ser médico. Muchas veces me preguntaron si acaso yo era psicólogo, por el hecho de hacer preguntas que exploraban, por ejemplo, los vínculos que tenían mamás, papás e hijos. Yo estaba ahí para darle nombre al malestar y conjurarlo, para diagnosticar y tratar. En esa época recuerdo vívidamente cómo me alenté con un texto escrito por Myrtha Chokler (el cual conocía de antes de hacer la EDIT) llamado “Atención temprana en la prevención del Síndrome de Hiperactividad y los Trastornos Atencionales” en donde la Dra Chokler afirma: “Durante muchos años el abordaje de niños con necesidades especiales estuvo influido por una concepción mecanicista de funciones a reparar, por ideas ortopédicas, reeducativas ligadas a un cierto desempeño.” Se esperaba de mí el poder hacer una indicación (siempre farmacológica en principio) que pudiera “mejorar” al niño o niña y que de esta forma su situación se “normalizara”. En lo expuesto en las clases con la Dra. Chokler y en la lectura de sus textos encontré fundamentos (y palabras) para mi propio malestar en la práctica profesional en esos espacios. Me di cuenta de que -de forma similar a las prácticas de crianza y/o de educación- en mi prestación como médico también

“subyacen respuestas implícitas, más o menos conscientes” a las cuestiones acerca de “¿Qué persona, y por lo tanto qué niño queremos ayudar a ser y a crecer? ¿Un sujeto autónomo, libre, con confianza en sí mismo y en su entorno, en sus propias competencias para pensar y elaborar estrategias para la resolución de problemas y conflictos, un ser abierto y sensible, comunicado y solidario? ¿O un ser sometido, obediente, dependiente de la autoridad y del reconocimiento permanente del otro, temeroso al castigo y anhelante del premio, un ser competitivo, exitista, desconfiado de sí y de los otros, rivalizando para ser el primero?”

En el planteamiento de esta interrogante me fui jugando muchas cosas puesto que me puse a contracorriente de lo que se esperaba de mí: que resolviera rápidamente la “hiperactividad” del niño indicándole un medicamento, ya que tanto los padres como los profesores estaban de acuerdo en que eso era lo que había que hacer. Muchas veces me debatí entre lo que era correcto y lo que querían que hiciera.

Muchas veces también, en el nombre del bienestar del niño que consultaba, me dispuse a atravesar el conflicto y el mal rato que producía el no satisfacer las expectativas de los padres y profesores. Asumí la interrogante de “¿Cuál es el rol del adulto, de la sociedad, de los profesionales para salvaguardar el respeto por la persona desde la niñez más temprana y su derecho a ser reconocida en su singularidad, como quien es, tal como es, más allá de la diferencia o de la discapacidad?” (Chokler, 2018)

En algún momento presté atención a sugerencias hechas por personas cercanas de buscar otros espacios, más permeables a estas propuestas de trabajo y con gente más disponible. Sin embargo, el desafío para mí era poder sortear efectivamente todos los obstáculos que tenía delante de los niños y niñas que atendía, partiendo por mi propia seguridad, es decir, para mí fue esencial el poder sentirme seguro poniendo en palabras todo aquello que yo sentía que no funcionaba bien, por mucho que mis compañeras me dijeran que terminamos a tiempo, que atendimos a todos los pacientes, que terminamos todos los informes, que emitimos todos los certificados y que indicamos correctamente todas las recetas.

Yo sabía que algo de todo eso no andaba bien y fue justamente eso que no andaba bien, algo de ese malestar permanente que yo percibía en los niños y niñas que tenía al frente y que sin embargo no hablaban (por que hablaba su mamá y hablábamos nosotros los profesionales) que quedaba sin resolver y que a medida que pasaba el tiempo se iba tornando “siniestro” (en palabras de la Dra Chokler) porque el alejamiento de la norma, sobre todo en los niños y niñas, genera angustias en los padres cuya proyección narcisista en los niños,

aplasta el deseo de los niños y además se transmite en forma de ansiedad hacia los profesionales de la salud cuyo deber supuesto es ayudar a corregir esos defectos.

Yo tenía ese “deseo insoslayable” (inoslayable) de “transformar mi mirada” y de “reencontrar lo maravilloso escondido en lo siniestro” y no iba a permitir que los obstáculos me vencieran. A medida que fui leyendo, estudiando y entendiendo -de a poco- la complejidad del Desarrollo Infantil Temprano, en las clases de la EDIT (complementadas con las maravillosas jornadas de formación corporal (en particular en aquellas en donde aprendimos que para sostener hay que permitir ser sostenido a partir de la confección de una situación de dependencia) y remontándose hacia mi propia historia, fui adquiriendo competencias relacionales que me permitieron abordar de mejor manera las conversaciones cotidianas que tenía con mis compañeras de trabajo y trascender el malestar de la alienación laboral hacia lo radicalmente importante de la disponibilidad, del acompañamiento y del cuidado. A medida que avancé en el aprendizaje en la EDIT, partiendo de la comprensión de la interrelación de los Organizadores del Desarrollo Psicomotor, con un enfoque en el proceso, adentrándose en su complejidad, pude hacer varios contrapuntos con observaciones parciales que habían mis compañeras respecto de algunas “alteraciones” parciales y aisladas en “áreas” del desarrollo psicomotor (lenguaje, motor, social). De esa manera logré que en las consultas que hacíamos en conjunto nos diéramos un breve tiempo de intercambio de impresiones sobre los casos que atendíamos. Fuimos capaces de poner atención en la movilidad de nuestro enfoque, unas veces en lo asistencial y otras veces en lo relacional vincular.

Ese intercambio promovía la reflexión y la reflexión retroalimentaba una disponibilidad distinta para atender, escuchar e integrar elementos que hasta ese momento no estaban siendo considerados y que tienen que ver con lo planteado por la Dra Chokler respecto de las prioridades de nuestro ejercicio profesional, el cual nos hace ver al niño como un fin, como una persona, como un ser humano, fin en si mismo.

Dentro de las prestaciones del Programa de Salud Infantil y en lo que tenía que ver estrictamente con mi labor como médico a cargo del Programa de Salud Infantil, mi articulación profesional la hacía principalmente con la enfermera a cargo de la evaluación del desarrollo psicomotor en el Control de Niño Sano quien me derivaba pacientes, generalmente con una sospecha instalada acerca de alguna patología con el fin de que dicha sospecha fuera validada y posteriormente derivada a un especialista (nótese cómo redacto y cómo pongo al paciente en la categoría de “sospechoso”).

En algunas ocasiones, dependiendo de la atención que pusiera la profesional a su propia intuición (más allá del procedimiento propio de su prestación profesional, es decir, anamnesis, examen físico y aplicación de pautas de evaluación del desarrollo psicomotor) y también, otras veces por la insistencia de la madre de manifestar su inquietud respecto de algo de su bebé, hacíamos intercambios de percepciones y conjeturas respecto de una cierta excesiva quietud de un bebé o de su “poco interés” en su entorno y lográbamos acordar en un plan de seguimiento, acompañamiento y de profundización de dicha primera entrevista, rompiendo el rigidez de la mirada medicalizante y resistiéndonos al influjo patologizante que nos hacía sentir obligados a invocar la intervención de un médico especialista del hospital. Antes de que existieran las Salas de Estimulación del Programa Chile Crece Contigo, no era raro ver cómo algunos niños eran derivados a un especialista (neurólogo) para “descartar” de que tuviera “algo”. Esa extrañeza, la imposibilidad de saber a “ciencia cierta” de que un niño presentaba una variación de la normalidad (no algo patológico, sino una *variación de la normalidad*) hacía que se le derivara al médico especialista “por si acaso”, produciendo una estigmatización del niño, angustia en los padres e incremento en las listas de espera.

Darse el tiempo de hacer una buena historia clínica, de tener tiempo de conversar, ver y mirar (incluso de hacer visitas domiciliarias) proporcionan elementos para poder hacer una lectura diferente y de acompañar y cuidar a ciertos bebés o preescolares y sus familias, sacándolos de esta forma de producción de diagnósticos que tienen estos procedimientos de pesquisa. A esas alturas yo ya estaba comprometido con que mis atenciones estuvieran enfocadas en la protección y fomento de la autonomía del niño o niña que era traído por sus padres. Recuerdo claramente cómo se manifestó el efecto de las palabras del equipo de salud en una joven madre que, sin saber qué hacer con su pequeña hija de casi 3 años la cual no podía estarse quieta en el jardín -a veces agrediendo a las maestras y a sus compañeritos-, se sintió incompetente y obligada a consultar al médico para dilucidar “que tenía” su hija. En vez de aplacar su ansiedad, nos fuimos a observar su entorno vincular, con quienes vivían, su trabajo, sus ocupaciones diarias, si recibe ayuda o no, etc. En la visita domiciliaria, apreciar el espacio estrecho (e inseguro según si la niña no contaba con supervisión) y hacinado, nos completó la visión panorámica del entorno en la cual esta niña “inquieta” luchaba por hacerse lugar. No abocamos entonces a impedir cualquier tipo de interpretación patologizante de facto antes de problematizar todo lo que teníamos para contemplar. Una de mis herramientas conceptuales aquí fueron las metáforas del “nido” y de las “capas de cebolla” aportadas por el Dr Miguel Hoffmann en “El comienzo de la vida de relación”. Aunque dije textual la frase de “Los árboles no crecen tirando de las hojas” no estoy seguro si logré hacerme entender.

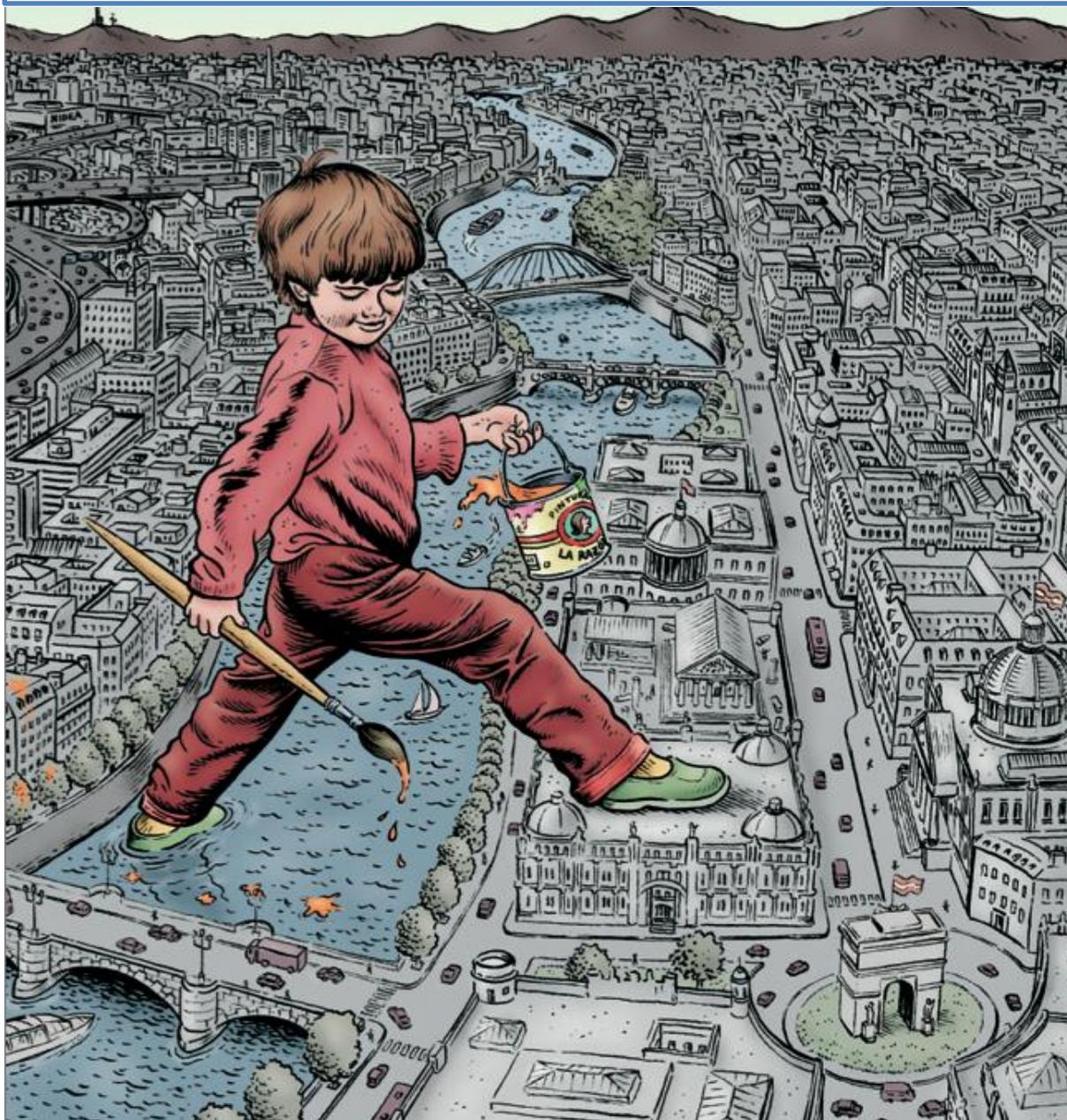
Otras profesionales con las que me relacionaba era con la Trabajadora Social y con la Psicóloga, dentro del ámbito de la prestación denominada “Ingreso a Programa de Salud Mental”. Lo enriquecedor de aquella experiencia era poder acompañarse mutuamente y ofrecer a los niños, niñas y sus familias, un espacio que ponía énfasis en el *proceso de acompañamiento* más que en el producto de la consulta (diagnóstico, indicaciones, tratamiento, derivación). Aquí me refiero específicamente a resistirse a “resolver” a “ser resolutivo”. En un caso de un niño preescolar, que asiste a su salita, con problemas de atención y de dificultad del aprendizaje, en vez de asumir la perspectiva e interpretación dado por los padres y el colegio, sobre una presunta patología (fundada en una “sospecha”) nuestro posicionamiento era partir por observar la estructuración del “ser en construcción” (Hoffmann, 2018) teniendo a la vista el trayecto, el proceso, más que la “foto” (el estado, lo estático). El enfoque familiar y comunitario, lo fui enriqueciendo -en la medida de lo posible y de acuerdo a la pertinencia de la consulta- con los aprendizajes hechos en la EDIT.

En este espacio yo pude apreciar con claridad que, a medida que nos afianzábamos como equipo, los afanes medicalizantes y psicologizantes de las solicitudes de ayuda que recibíamos (que en nuestra jerga se llama “motivo de consulta”) iban quedando a la sombra de una interpretación colectiva del relato del malestar que traían aquellas madres, padres, abuelas, abuelos, tios, tias y hermanos y hermanas mayores respecto de los niños y niñas que pedían hora con nosotras. También apareció con mucha claridad lo aprendido y discutido en clases respecto del cómo va emergiendo la vida psíquica determinada por un contexto histórico-social, en referencia a lo planteado por Enrique Pichón-Rivière acerca de la psicología social y su relación con el psicoanálisis. Aterrizando lo teórico a nuestra realidad asistencial cotidiana, pudimos tener noción de y apreciar el fenómeno de la determinación social de la salud desde el terreno de lo relacional y de lo intersubjetivo, pero ya no como algo sobre lo que no es posible intervenir (que era la posición que asumíamos anteriormente, como algo inmodificable) sino que justamente entendiendo que la realidad además de interpretable, es comprensible y modificable, y que eso es una construcción que se juega en el campo de lo relacional en donde el foco se pone en el cuidado.

La producción de la vida psíquica de los niños y niñas y sus familias nos comprometía en tanto teníamos a la vista (e incorporábamos) su propia realidad material, es decir, el contexto histórico-social que tenía efectos de determinación en la emergencia de dicha vida psíquica, de nuestra propia realidad y de nuestra propia producción de vida psíquica. La instancia de consulta dejó de hacerse en referencia única y exclusivamente a un Manual de Diagnóstico (CIE10, DSM-V, Guías Clínicas, Protocolos de Atención, etc.) sino que incluyó toda una serie de posibilidades de producción de realidad a partir de la producción mutua de “vida psíquica”.

El poder entender algunas manifestaciones de los niños y niñas en un contexto familiar, determinado por ciertos procesos que responden a un contexto de histórico-social determinado por las condiciones materiales de existencia, nos permitió poner en orden nuestras opciones de intervención en función de la particularidad de cada situación y de las singularidades subjetivas que se iban produciendo. Nos asumimos también desde nuestra propia subjetividad y fuimos percibiendo el más allá de la causalidad, adentrándonos en esa alternancia propia de lo dialéctico e internalizando que nuestra propia práctica profesional también se jugaba ahí donde se hacía lugar a la incertidumbre en resistencia a la obturación que provoca el diagnóstico médico.

Somos cualquiera. Venimos a decirles que somos mayores y que no los necesitamos. ¿Vamos juntas?



En la EDIT encontré la posibilidad de formular afirmaciones que fueran pertinentes dentro de un ámbito de trabajo caracterizado por tener una impronta eminentemente biomédica, una forma de abordaje inspirada en el pensamiento analítico la cual se traduce en acciones parciales y altamente asistencialistas.

Si bien los equipos de salud que atienden niños, niñas y sus familias, tienen como interés el que ellos y ellas alcancen un *excelente nivel de salud y de desarrollo*, personalmente me llama la atención la descripción que se hace acerca del desarrollo infantil como un “conjunto de habilidades que van apareciendo progresivamente especialmente a lo largo del primer año de vida, en una secuencia determinada y producto de la maduración del sistema nervioso central y de la interacción con las personas y el ambiente.” Este planteamiento habilita entonces lo que a continuación se declara como la acción fundamental del equipo de salud: el vigilar. Vigilar, según la RAE, es, nada menos y nada más que: “Observar a algo o a alguien atenta y cuidadosamente”.

Lo cuidadoso referido en la definición de “vigilar”, puesto en el contexto del ámbito de la atención de salud de pesquisa preventivista, nos hace inclinarnos hacia un significante del “vigilar” cuyo significado tiene que ver más con sinónimos como inspeccionar, examinar, supervisar, custodiar. En dicho despliegue signifiante encuentra sentido la aplicación de Test EEDP a los 8 meses, 18 meses y TEPSI a los 3 años de vida. Junto con esto “se realiza una Evaluación de la presencia de sintomatología ansioso-depresiva en la madre (Pauta de Edimburgo para la detección precoz de depresión post parto) a los 2 y 6 meses.” Todo lo anterior responde a un enfoque de detección de riesgos, que, aunque es básico y fundamental, no basta para expandirse integralmente hacia la complejidad implicada en el desarrollo infantil.

Por otra parte, en la EDIT aprendí el concepto de Desarrollo desde la Neuropsicosociología, el cual “implica un proceso de organización progresiva y de complejización creciente de las funciones biológicas y psicosociales” (más allá de un “conjunto de habilidades”). Dicho proceso contempla al bebé como un ser en relación y, por ende, en acción (posicionamiento ético y epistemológico que hice mío en mi práctica profesional). Conservo el recuerdo de lo fascinante que fue escuchar a la Dra. Chokler explicando desde el enfoque dialéctico cómo el proceso de Desarrollo va desplegándose mediante una sucesión de metamorfosis organizacionales en donde el apogeo de un punto del proceso marca también su ocaso y el advenimiento de la siguiente fase organizacional. En otras palabras y parafraseando a la Dra. Chokler diré que, cuando un momento del proceso de organización alcanza un punto de plenitud, esta plenitud marca el fin de dicho momento de organización y en la medida que finaliza, adviene la transformación que inaugura un siguiente momento del proceso de desarrollo a otra escala, es decir, con un incremento de complejidad y de interrelación de estructura sujeto-ambiente, es decir, que la transformación cualitativa implica mucho más que un aumento cuantitativo, todo dentro de un complejo proceso de interrelación en donde lo nuevo madura (y caduca) y produce partir de

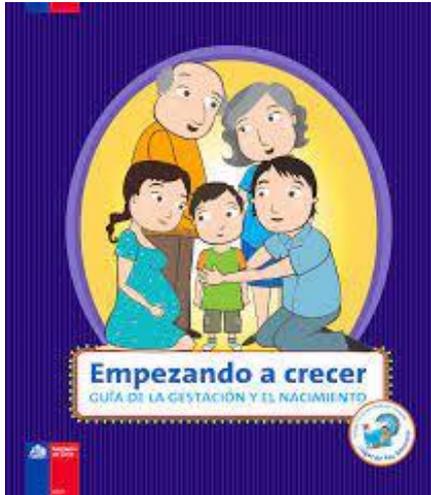
ahí otro nivel de organización compleja que conlleva en sí mismo aquello que caducó y que fue nuevo también en su momento. Un proceso de reciprocidad y de retroalimentación.

A partir del cursado en la EDIT, en mi rol de médico atendiendo a niños, niñas y sus familias, pude ampliar mi entendimiento del proceso de Desarrollo Psicomotor y a partir de ahí poder articularme efectivamente con otros profesionales del equipo de salud en el momento en que intencionalmente cambié el foco desde la pesquisa preventivista hacia los elementos que organizan, determinan, posibilitan el desarrollo del sujeto humano en su vida cotidiana.

SITUACIÓN 2:

Programa Chile Crece Contigo

Descripción del encuadre de trabajo del Subsistema de Protección Integral a la infancia “Chile Crece Contigo” y mi función en relación a él



Otra de las profesionales que forma parte del equipo de salud pero que proviene del campo de la educación es la Educadora de Párvulos, la cual está a cargo de la “Sala de Estimulación” que es un dispositivo creado a desde el sistema de Protección Integral a la Infancia Chile Crece Contigo.

Dicho sistema está compuesto de un conjunto de intervenciones sociales integradas, como programas, prestaciones y servicios, los cuales son coordinados por el Ministerio de Desarrollo Social y Familia. Dichas intervenciones pretenden ser adecuadas a las necesidades de cada niño, niña, familia y comunidad.

El sistema está integrado por acciones que consideran el aporte de diversos organismos públicos como los Ministerios de Salud y de Educación, la Junta Nacional de Auxilio Escolar y Becas, la Junta Nacional de Jardines Infantiles y la Fundación Integra. El componente de **salud** del subsistema, tiene como misión acompañar, proteger y apoyar a todos los niños, niñas y sus familias, a través de un sistema integrado de intervenciones sociales de carácter universal y otras prestaciones diferenciadas para menores en situación de vulnerabilidad¹². El ingreso al subsistema es a través del primer control de embarazo en un centro de salud público, y lo realiza la matrona mediante la entrega de la Guía de Gestación y el Nacimiento. Este acompañamiento se extiende hasta el primer ciclo de enseñanza básica y está a cargo de distintos profesionales del equipo de salud.

¹² Por ejemplo, el Programa de Apoyo a la Salud Mental Infantil (PASMI), las Ayudas Técnicas gratuitas para niños y niñas en situación de discapacidad entre los 0 y 9 años de edad y que pertenecen a los hogares del 60% de menos recursos de acuerdo al Registro Social de Hogares, la ayuda para gestantes y niños y niñas en situación de migración entre otras.

Descripción Programa de Apoyo al Desarrollo Psicosocial

El Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADBP) es el programa eje o puerta de entrada de la atención al Ciclo Vital Infantil. Forma parte del Sistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo”. Su objetivo es articular y desplegar el seguimiento a la trayectoria de desarrollo de los niños y niñas en su primera infancia, con el fin de que alcancen su máximo potencial de desarrollo. Dicho seguimiento se estructura en base a una serie de acciones y prestaciones en salud con sus respectivos indicadores y metas de cumplimiento. Las acciones y prestaciones en salud de dicho Programa están enumeradas en la Figura 2.

- Promedio de Visitas Domiciliarias Integrales realizadas a familias con gestantes en situación de riesgo psicosocial según la Pauta de Riesgo Psicosocial (EPsA) (Fig. 1) que presentan al menos 3 riesgos psicosociales.
- Porcentaje de gestantes que ingresan a educación grupal.
- Porcentaje de controles de salud realizados en presencia de pareja, familiar u otra figura significativa de la gestante.
- Porcentaje de controles de salud entregados a díadas dentro de los 10 días de vida del o la Recién Nacida.
- Porcentaje de controles de salud entregados a niños y niñas menores de 4 años en el que participa el padre.
- Porcentaje de niños, niñas menores de 5 años cuyas madres, padres o cuidadores, cuidadoras que ingresan a talleres Nadie es Perfecto.
- Promedio de talleres nadie es perfecto iniciados por facilitadores vigentes a la fecha de corte.
- Porcentaje de niños, niñas menores de 1 año cuyas madres, padres o cuidadores, cuidadoras ingresan a talleres de promoción del desarrollo: motor y lenguaje.

Figura 2

Pauta de Riesgo Psicosocial

Evaluación Psicosocial Abreviada (EPsA)



Nombre

Fecha de nacimiento de la gestante

día mes año

Edad gestacional al ingreso

semanas / días

Fecha control de ingreso

día mes año

Fecha control 3° trimestre

día mes año

1. Ingreso a control prenatal posterior a las 20 semanas

sí no

2. Escolaridad menor a sexto básico

3. Edad menor a 17 años

INGRESO

3° TRIMESTRE

4. Conflictos con la maternidad

¿Pensó en algún momento interrumpir su embarazo?

¿Preferiría no estar embarazada?

Marque sí, si contesta positivamente a una o ambas preguntas.

sí no

sí no

5. Insuficiente apoyo social o familiar

¿Siente que no cuenta con todo el apoyo que necesita de su pareja y/o familia desde que está embarazada?

Marque sí, si siente que no cuenta con el apoyo necesario.

6. Síntomas depresivos

a. ¿Se ha sentido triste, deprimida o pesimista casi todos los días?

b. ¿Ha sentido que no disfruta o ha perdido interés por cosas o actividades que antes le resultaban agradables o entretenidas?

Marque sí, si una o más respuestas son afirmativas.

7. Uso o abuso de sustancias

¿Ha consumido alguna de estas sustancias durante el último mes?

a. Cigarrillos _____

b. Cerveza, vino, trago fuerte u otras bebidas con alcohol _____

c. Marihuana, coca, pasta base, anfetaminas u otra droga _____

d. Tranquilizantes sin receta médica _____

Marque sí, si ha consumido cualquiera de estas sustancias y subraye la o las que ha usado durante la última semana. Registre la cantidad que ha consumido en la línea que sigue a cada opción.

8. Violencia de género

a. ¿Su pareja, ex pareja u otro hombre la ha insultado, humillado o amenazado? ¿Le ha dicho que no debería estar embarazada? ¿Controla con quién conversa o el dinero que gasta? (Violencia psicológica)

b. ¿Su pareja, ex pareja u otro hombre la ha golpeado o empujado? (Violencia física)

c. ¿Este embarazo es consecuencia de una relación sexual no consentida? (Violencia sexual)

Marque sí, si ha sido víctima de cualquiera de estas manifestaciones de violencia y subraye el tipo de violencia al que ha sido sometida.

9. ¿Existe algún otro factor de riesgo que deba ser considerado?

Nombre evaluador/a

Firma evaluador/a

Figura 3

La protección integral a la infancia desde esta óptica, se ejecuta en el nombre de un bien mayor, el cual es el bienestar de niños y niñas, en el momento presente, al incidir en la gestión de todos los factores de riesgo conocidos que puedan alterar su normal desarrollo y al mismo tiempo, con perspectivas futuras, sabiendo en base a la evidencia que cualquier acción beneficiosa en términos del bienestar de niños y niñas, es una inversión a futuro para el bienestar de la sociedad. (Figura 3)

Es por esto que el acompañamiento de las gestantes se realiza como un procedimiento de rutina, el cual incluye ir a visitar la casa del futuro bebé y a su familia, con el fin de ir identificando y modificando cualquier elemento que pudiera interferir con el normal desarrollo. Como ya se dijo, la actividad preventivista se despliega en talleres de lactancia y alimentación y prevención de enfermedades y accidentes, entre otros. La presencialidad paterna es algo que no pasa más allá de un dato numérico en función de una meta porcentual que hay que cumplir, y dicho número no necesariamente está expresando un cambio cultural en cómo los varones asumen la responsabilidad parental que les compete.

Lo que mejor funciona es el proceso de aplicación de pautas de desarrollo psicomotor para la detección e intervención oportuna de rezagos en el desarrollo psicomotor de los bebés. Estas se aplican a los 3, 18 y 36 meses. Si mediante la aplicación de estas pautas, se detecta algún rezago en algún Centro de Salud Familiar, los niños y niñas son derivados a una Sala de Estimulación¹³ (ubicada en el mismo recinto asistencial), en donde son atendidos por una profesional que trabaja en la ejecución de planes de trabajo enfocados en la recuperación de los rezagos.

Respecto del Apoyo en estimulación para el período de 2 a 4 años, el Sistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo, contempla Modalidades de Apoyo al Desarrollo Infantil, las cuales corresponden a Salas de Estimulación, Servicios Itinerantes de Estimulación, Atención Domiciliaria de Estimulación y Ludotecas¹⁴. Los niños y niñas acceden a estos dispositivos luego de que la vigilancia se torna efectiva, es decir, luego de que se detecta de manera temprana algún rezago y/o riesgo para el desarrollo, mediante la aplicación de pruebas específicas (EEDP- TEPSI) aplicadas por los profesionales de la salud durante el control de salud en la red de atención pública (principalmente enfermeras). Con esto se busca lograr el objetivo de derivar de manera oportuna a tratamiento y/o a alguna modalidad de estimulación de Chile Crece Contigo.

¹³ Será descrita más adelante.

¹⁴ Moraga, C. Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, guía para los equipos locales.[Folleto] Chile Crece Contigo; 2012.

Una red comunal del Sistema Chile Crece Contigo, tiene a su cargo el cumplimiento de tres tipos de funciones:

1. Función Principal: Gestionar en forma sistemática la incorporación de todos los niños y niñas atendidos en el sistema público de salud, desde el primer control prenatal de sus madres o en el primer control del niño sano al que asista. Garantizar las derivaciones necesarias de las niñas y niños en condición de vulnerabilidad y asegurar la entrega de prestaciones universales y diferenciadas.
2. Función de Soporte: se definen dos tipos de funciones de soporte a la función principal, a saber, *gestión para la articulación*, que consiste en aplicar los protocolos de derivación y tiempos de respuesta, instrumentos de gestión, entre otros; y *gestión de la información*, que consiste en la acción concreta a realizar con la información disponible.
3. Función Complementaria: consiste en la gestión de las prácticas y el conocimiento creado a partir de la interacción entre los diferentes componentes de la red. Su objetivo es generar, identificar, sistematizar y difundir sus prácticas entre los integrantes al momento de llevar adelante su trabajo.

Para facilitar la gestión de la red comunal ChCC cuenta con los siguientes instrumentos de gestión:

- Sistema de Registro Derivación y Monitoreo (SRDM)
- Mapa de Oportunidades
- Plan de Trabajo
- Formación de Competencias o capacitación

“La gestión de casos es vista de forma amplia como un mecanismo dirigido a vincular y coordinar segmentos de un sistema de provisión de servicios.”

Mi relación con el encuadre de trabajo del Sistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo

Más allá de esta descripción esquemática y general de las Salas de Estimulación Chile Crece Contigo y adentrándonos en las particularidades subjetivas de los niños, niñas, familias y profesionales que trabajan en dicho espacio, me encontré también con un malestar que en principio logré localizar en la dinámica asistencialista propia del Centro de Salud Familiar y de la cual no escapa la Sala de Estimulación.

Al respecto de mi trabajo como médico y en relación al encuadre de trabajo del Sistema de Protección a la Infancia Chile Crece Contigo (antes de la pandemia y antes de mi cambio de lugar de trabajo a la comuna de El Bosque), tuve la oportunidad de interactuar y trabajar junto a la educadora de párvulos en el CESFAM Dr. Julio Acuña Pinzón en los años 2018 y 2019 a cargo de la Sala de Estimulación de dicho recinto asistencial. En aquella época, luego del impacto generado por la apertura de la Sala de Psicomotricidad en la comuna en el año 2016 (proyecto generado por mí pero acompañado por un grupo de profesionales comprometidos con instalar otras formas de intervención para las infancias, más allá del modelo biomédico) es que comenzamos a dialogar con la educadora de párvulos respecto de las formas de atención para niños y niñas derivados a su Sala de Estimulación para resolver situaciones de rezago del desarrollo psicomotor¹⁵, detectados a través de los sistemas de pesquisa implementados en los controles de niño sano, prestaciones otorgadas por las enfermeras para todos los niños y niñas que forman parte de la población inscrita en el CESFAM bajo control. Básicamente para ella era evidente que los problemas pesquisados tenían que ver con un asunto interpretativo y de acordar puntos de vista entre la enfermera y los adultos cuidadores. Las pautas de evaluación del desarrollo psicomotor (EEDP y TEPSI), si bien cumplen su función de realizar pesquisas, son instrumentos estandarizados de tamizaje que “fueron creadas en base a población chilena, lo que ofrece una ventaja, sin embargo, fueron diseñados en los años setenta y ochenta, no han tenido una actualización, y no han sido validados frente a un gold estándar. Esto hace cuestionarse en relación a su adecuación a los tiempos actuales.”¹⁶

¹⁵ “El Rezagado se entiende como un estado en el cual el niño o niña no presenta todas las habilidades o hitos del desarrollo esperables para su rango de edad actual o para el rango anterior, aunque su puntaje total de la evaluación caiga dentro del rango de normalidad. El rezago es un factor de riesgo, que de no tratarse puede conducir a un déficit en el desarrollo, por lo que es indispensable generar alerta ante el estado de rezago, realizar una evaluación, atención precoz y preventiva. La detección del rezago se realiza a través de las mediciones del desarrollo psicomotor EDDP y TEPSI.”

<https://www.crececontigo.gob.cl/faqs/que-se-entiende-por-rezagado-y-vulnerabilidad/>

¹⁶ Tamizaje de alteraciones del desarrollo psicomotor en Chile, disponible en <https://medicina.uc.cl/publicacion/tamizaje-de-alteraciones-del-desarrollo-psicomotor-en-chile/>

La Sala de Estimulación

La Sala de Estimulación del CESFAM es una de las modalidades de apoyo al desarrollo infantil (MADI) que son “servicios de apoyo al desarrollo infantil que se desarrollan con determinadas especificaciones y metodología.”¹⁷

La Sala de Estimulación es un lugar muy particular si consideramos el entorno en donde está. Los boxes de atención de pacientes, con escritorios, lavamanos, camillas, elementos de protección personal e instrumental clínico, nada tienen que ver con un lugar lleno de colorido, de libros, de mesas y sillas pequeñas, algunos juguetes y elemento de facilitación de la exploración, todo pensado para niños y niñas. Me gustaba mucho ir a ese lugar.

Cuando la educadora me pedía conversar sobre la situación de algún niño o de alguna niña, yo exigía que fuera en su “oficina”. Como relataba anteriormente, en mi rol de médico yo no tenía relación directa con la educadora ni con la Sala de Estimulación. Esta relación surge y se desarrolla a partir de mi iniciativa de impulsar el proyecto de la creación de una Sala de Psicomotricidad para los niños y niñas de la comuna (2016), luego de mi incorporación como médico del Programa de Salud Mental Infantil (2016) y ya posteriormente cursando la EDIT (2018-2019).

Mi rol de médico se amplió en la medida en que acompañé las dudas que surgían respecto a los resultados de las pesquisas hechas por las profesionales de enfermería y por la apreciación que ella tenía de los casos de niños y niñas que atendía. En base al entendimiento aportado por la EDIT dialogamos acerca de los casos de niños y niñas a quienes, digamos así, se le “imputaba” un rezago, ya que en la interacción y observación en la Sala de Estimulación, los niños y niñas que tenía algún tipo de alteración lo manifestaban en el despliegue de su globalidad, es decir, no era solamente que los niños presentaban un rezago en el área de lenguaje (que era uno de los mayores motivos de derivación) si no que era posible apreciar -aún en un formato de observación de tiempo limitado y en un espacio como la Sala de Estimulación- cómo aquello que se denominaba rezago correspondía a un proceso que ponía en evidencia la complejidad del desarrollo psicomotor y que el análisis por áreas del desarrollo permite pesquisar alteraciones gruesas que de no ser abordadas pueden acarrear consecuencias serias más adelante en la vida de esos niños, pero pareciera que

¹⁷ Las otras MADI son el Servicio Itinerante, la Sala de Estimulación en sede de la comunidad, la Atención Domiciliaria y la Ludoteca. Moraga, C. (2012). *Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil: Guía para los equipos locales*. Santiago: Unidad Chile Crece Contigo (pág. 43).

deja fuera algunas sutilezas que no necesariamente caen dentro de lo podríamos denominar “anómalo”.

En “Los orígenes del carácter en el niño. Los preludios del sentimiento de personalidad.”, Henri Wallon (citado en uno de los textos entregados en la EDIT) hace alusión a la *sensibilidad protopática* y a la *sensibilidad epicrítica*, conceptos que se relacionan a los Organizadores del Desarrollo Psicomotor en tanto permiten comprender este proceso como un “intercambio entre lo interno y lo externo” de “adaptación activa”. Lo *protopático* (sensibilidad profunda, confusa, difusa, visceral, ligada siempre a un carácter afectivo) y lo *epicrítico* (sensibilidad predominantemente ligada a la exteroceptividad) permiten explicar, en su compleja interrelación, el fundamento dialéctico de diferenciación-integración, cuya progresión desde lo biológico hacia la constitución del psiquismo por la concreción de relaciones sociales y culturales de extrema complejidad mediante la influencia del medio. Me impactó mucho el conocer y aprender el concepto de lo *tónico-emocional*, que invariablemente no conduce a remontarnos hacia un tiempo perdido del cual solo tenemos algunas huellas en el presente. (Chokler, 2018)

En los espacios biomédicos del CESFAM cuesta entender cómo es eso de que las palabras se aprenden con el cuerpo, de que las emociones acompañan al movimiento y que el movimiento produce lenguaje, que todo está interrelacionado y que en los ritmos y alternancias está el paso de la fragmentación a la integración, a la humanización y al ingreso a la vida social. Acompañando en la evaluación y observación de algunos niños y niñas que llegaban a la Sala de Estimulación, fue la propia educadora la que tuvo un espacio de diálogo y de intercambio respecto de impresiones intuitivas y subjetivas, por fuera de los dictámenes de los test y de los protocolos de derivación.

Efectivamente había algo en aquellos niños y niñas que nos exigía alargar los tiempos, indagar más con sus familias, permitir interrogarse respecto de los roles y de las pautas de crianza, abrir espacios de diálogos con mamás que padecían dichos rezagos como una interpelación a su “calidad” de mamá y la “calidad” de su maternaje, inculpación atávica basada en una reminiscencia sobre la crianza como “infanticidio encubierto” en el siglo XVIII (Badinter, 1981). En la interacción e intercambio respecto de apreciaciones de los niños y niñas que acudían a la Sala de Estimulación pudimos dilucidar que el hecho de centrar el foco en un área rezagada del desarrollo psicomotor (interviniendo y estimulando para lograr un buen puntaje más adelante en la aplicación del test) nos hacía perder de vista la globalidad compleja del desarrollo psicomotor.

Nunca dejó de llamarme la atención la relación entre medio y fin, es decir, a cómo lo detectado en los test de pesquisas de alteraciones del desarrollo psicomotor se transformaba en objeto de intervención y en definitiva en un fin en sí mismo. Intervenir la alteración detectada mediante el test de pesquisa, en alguna área del desarrollo psicomotor, era un objetivo reduccionista. En el libro "Mirar al Niño" de Judit Falk, se hace mención a cómo el trabajo se dispone hacia la preparación de los niños y niñas "para integrarse, con una personalidad sana, pronta a establecer relaciones y abierto hacia el mundo (...) queremos que se conviertan en personas maduras desde el punto de vista afectivo, social y moral; que puedan luchar con perseverancia por los objetivos que se propongan; que sean capaces de reflexionar de manera independiente, que sepan querer y decidir en su universo con responsabilidad, pero que puedan adaptarse al mismo tiempo a los intereses de los otros y a las exigencias reales y comprensibles de la sociedad".

El concepto de "Organizadores del Desarrollo Psicomotor" favorece la comprensión de la transformación evolutiva del sujeto humano, que en palabras de la Dra Myrtha Chokler es una "persona que desde el nacimiento es comprendida como un ser completo, constructor activo, aquí y ahora, de sus relaciones en cada uno de sus estadios y no sólo un proyecto futuro a devenir, a construir o a destruir." (Chokler, 2018). Sabiendo que no podíamos cambiar la estructura de flujogramas de derivaciones ni los protocolos de derivación, hicimos un pacto basado en la complicidad de saber que habían niños y niñas que, respetando su particularidad subjetiva, dándole más tiempo (y más chances) y acompañando en la inquietud e incertidumbre a la mamá, iban a lograr sortear con éxito un test que producía efectos secundarios -quizás no estudiados hasta el momento- indeseables evidenciados en por un lado, asignarle al niño, niña una condición de alteración respecto de un imperativo de normalidad y, por otro lado, de hacer responsable a la madre (acercándonos sigilosamente al sentimiento de culpa) de hacerse cargo de esa especie de "falla".

Hablar sobre el apego desde el materialismo dialéctico sentí que fue -paradójicamente- una especie de abrelatas conceptual que me conducía a una aporía, a un callejón sin salida, pero del cuál se sale entendiendo que nos constituimos en base a los ritmos y las alternancias y que el apego, por ejemplo, mientras es más seguro brinda más posibilidades de "desapegarse".

Estas reflexiones pueden traducirse claramente en palabras más simples y ser comunicadas a las mamás que se ven obligadas a calificar adecuadamente respecto de las expectativas puestas sobre ellas (vividas como exigencias de ser una buena madre) y a encastrar a sus bebés en el anonimato de la normalidad. Las conversaciones con la educadora también

fueron perdiendo el foco, es decir, ya no fue sobre un paciente en particular, sino de cómo se vive la atención en una especie de línea de montaje y cómo en esas circunstancias se puede ir apreciando la concatenación de los Organizadores, más allá de la corrección de un rezago en un área en particular.

Las reflexiones nos permitieron apreciar satisfactoriamente que ciertas indicaciones, superadoras del mecanicismo corrector -correlato de la pesquisa preventivista-, fueron bien recepcionadas por las madres (ya cuestionadas y de cierta manera culpabilizadas, temerosas de que su niño, niña, tuviera alguna “falla”) haciendo lugar a lo que Winnicott denominó la madre “suficientemente buena”, es decir, aquella adaptada a las necesidades de su hijo, hija y no necesariamente en relación a un patrón de normalidad. Así además fuimos reflexionando sobre las conductas de exploración de los niños y niñas, de cómo se explora con los sonidos, con las palabras, con las palabras del otro, con el cuerpo del otro, de cómo eso tiene que ver también con la comunicación, cuyo origen también se remonta a la vida intrauterina en cuanto a lo tónico-postural vivenciado dentro de la panza de la mamá.

De cómo todo eso se va tejiendo en un avance sostenido de este proceso conocido como desarrollo psicomotor, retroalimentándose en cada experiencia cotidiana, permitiendo la expresión de aquella realidad material inscripta en la biología y en los genes y que requiere de un entorno facilitador de seguridad para que los bebés vayan “tomando posición”. Esta visualización global del proceso del desarrollo psicomotor a través de un diálogo interdisciplinario en torno a los Organizadores del Desarrollo Psicomotor nos fue permitiendo ser mucho más asertivos a la hora de acompañar a las mamás y sus hijos, respetando las particularidades subjetivas y sus tiempos y también al mismo tiempo, derivando oportunamente a los niños y niñas en quienes se sospechaba efectivamente la presencia de alguna alteración que debía ser evaluada y diagnosticada desde el punto de vista médico especializado, por ejemplo al detectar una anomalía y solicitar una evaluación neurológica.



SITUACIÓN 3:
Consultoría de Salud Mental

Como consecuencia de mi demostrado interés de colaborar con otras profesionales en la interpretación de las situaciones en que se encontraban los niños, niñas y sus familias, aportando reflexiones a partir de los conceptos aprendidos en la EDIT, fue que llegué a participar de espacios de toma de decisiones como las Consultorías en Salud Mental, en donde un equipo multidisciplinario, conformado por psicólogas, trabajadoras sociales, terapeutas ocupacionales, fonoaudiólogas, educadoras, médicos generales y psiquiatras, abordaban casos de salud mental de notoria complejidad, en los cuales confluían diversas variables, cada una de significancia y de importancia relativa.

Mi experiencia de trabajo en la Consultoría la asumí de manera resueltamente contrahegemónica. Esto quiere decir que siempre que tuve la oportunidad hice acotaciones a la interpretación biomédica de las situaciones relatadas, es decir, la presentación de la situación familiar mediante la enumeración de patologías psiquiátricas y a la forma de representación de la situación asociada a ello, o sea, basado en un enfoque patogénico cuyo cauce derivaba en el tratamiento farmacológico de las patologías.

En aquellos espacios siempre intenté instalar la perspectiva de la determinación social de la salud y de la producción del malestar psíquico en estrecha relación con las condiciones materiales de existencia, perspectiva que permitía apreciar la intervención médica psiquiátrica farmacológica como una forma de neuropaliativo psicotrópico cuyo propósito era coadyuvar a tolerar “adecuadamente” el malestar vital. Siempre me llamó mucho la atención que para todo el mundo estaba claro que “no era nuestro problema” las condiciones materiales de existencia y su determinación social de la salud, porque era algo sobre lo cual no podíamos intervenir ni mucho menos cambiar.

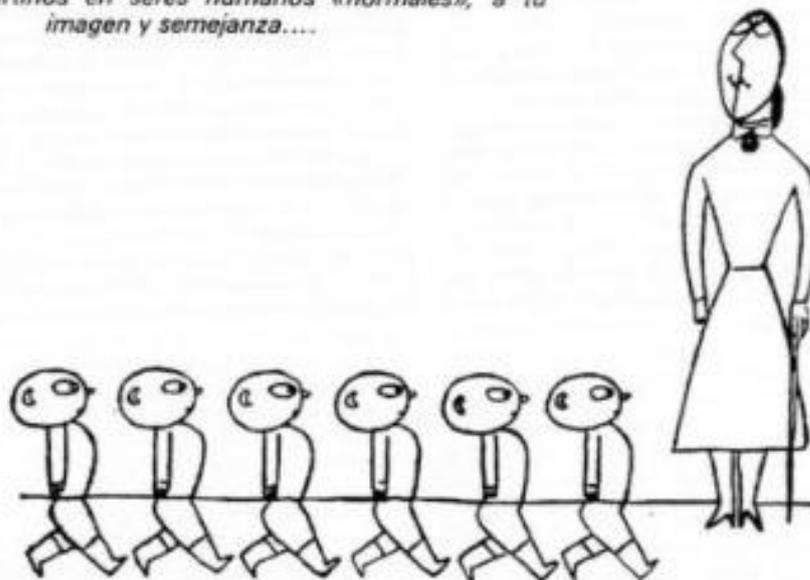
Sobre lo único que podíamos intervenir era sobre la intensidad de los síntomas. Hago referencia a la vivencia en estos espacios de trabajo porque también asumí un rol de portavoz de quienes quedaban postergados dentro del proceso de toma de decisiones, padeciendo además otro tipo de rezago, el cual era una inadecuada asignación de prioridades: me refiero a los niños y niñas que sufrían los efectos de la vulneración y de la pobreza. Al respecto tengo dos vivencias de aprendizaje significativo. La primera vivencia en relación a dos preescolares mellizos de una familia mapuche, víctimas encubiertas de una especie de distorsión del Orden Simbólico, entendido este como “el conjunto de representaciones mentales, determinadas socio-históricamente -valores éticos, creencias, mitos y saberes científicos y culturales de una comunidad- que se expresa y opera inevitablemente en la interacción cotidiana (...) inducido a través de discursos, comportamientos, actitudes, acciones, rituales y emblemas que regulan y mantienen la vida e incluyen a cada sujeto en la familia, en la sociedad y en la cultura. De

esta manera penetran con fuerza instituyente integrándose en el psiquismo individual y configuran tanto sus conductas como su pensamiento y su identidad.” (Chokler, 2018)

Cuando se me pidió parte del equipo que iba a prestar ayuda, me percaté que la enorme lista de problemas (entre los cuales se contaban la disfuncionalidad familiar, el mal rendimiento y comportamiento en el establecimiento educacional, la mala relación de la madre con las educadoras y con las profesionales del equipo de salud -trabajadora social y psicóloga-, la poca adherencia a los planes de tratamiento, las “malas calificaciones” en los test de desarrollo psicomotor) hacían concluir que en el fondo se trataba de un problema de vulneración de derechos hacia los niños y que por lo tanto dicha interpretación del problema exigía una intervención desde la judicialización del caso.

El espacio de Consultoría de Salud Mental se transformó entonces en una especie de tribunal, en donde la mayoría de los y las profesionales asumieron que el “deber” era cautelar y proteger los derechos de aquellos niños que habían sido vulnerados y que por lo tanto la medida -controversial- de sacar a los niños de su hogar, era un acierto. Cabe destacar que en esos momentos se ponían en juego, en el nombre de los niños, las postulaciones de dos instituciones que se proponían como el mejor lugar para preservar el bienestar de ellos: la familia y la institución de acogida.

Quando pienso en tus hijos recién nacidos, en cómo los torturas para convertirlos en seres humanos «normales», a tu imagen y semejanza....



Me tocó defender la posición favorable a la familia, que, mal que mal, pese a toda la lista de “factores de riesgo” que se le atribuía, seguía siendo la mejor opción en términos de seguridad afectiva para esos niños. En efecto, los niños eran amados y tenían un hogar en donde lo básico no les faltaba. El problema se producía en la interacción con las instituciones educativas y de salud que le exigían el cumplimiento de sus responsabilidades a la madre quien a su vez se sentía amenazada por las funcionarias y eso finalmente producía una retroalimentación negativa (se ausentaba, se le reprochaba, se sentía amenazada, temía que le quitaran a sus hijos, no iba, aumentaban los reproches, aumentaba la sensación de amenaza, etc.)

Finalmente logramos, junto a un pequeño grupo de profesionales que acompañamos a la familia, hacernos escuchar y plantear que las consecuencias negativas que se podían producir a raíz de un proceso de judicialización no podían ser estimadas por ninguno de los presentes y que en definitiva nadie se podría hacer cargo de una mala decisión.

El punto pasaba por una mala relación desde la institución y, sobre todo, por haber soslayado el hecho de haber iniciado desde el principio una aproximación desde lo intercultural. Finalmente nadie se atrevió a arrancar a esos niños de los brazos de su madre y entendieron que tenían que replantear y reconstruir una relación desde el ámbito institucional que fuera pertinente desde el punto de vista intercultural.

La segunda vivencia de aprendizaje, fue con una niña ya en etapa escolar, que atendí en el programa de salud mental cuya problemática radicaba en su dificultosa inserción en el ámbito escolar, en la cual, algunas profesoras no toleraban cierto desdén con la que ella se relacionaba respecto de las figuras de autoridad. En la entrevista de ingreso nos quedó claro que la niña era una exitosa sobreviviente de una serie de adversidades propias de la pobreza y de la precariedad.

A su favor tenía el amor y cuidado de su abuela, quien se encargaba de proveerle bienestar material e inmaterial. Fue ella la que acudió pidiendo ayuda puesto que entendía que su nieta al tener un carácter y una personalidad distinta podía ser objeto de tratos autoritarios.

Indagué en su historia de vida, en cómo fue su primera infancia, para poder tener una idea de cómo fue su proceso de llegada al mundo y cuál fue el mundo que a ella le llegó. Apego, comunicación y exploración, organizadores del desarrollo psicomotor que en aquella niña era prácticamente imposible indagar puesto que su abuela no tenía noción de los hitos del desarrollo psicomotor puesto que se había hecho cargo de ella a la edad de 3 años. Al hablar

con la niña me impactó su prestancia, soltura e inteligencia para llevar la conversación. Me di cuenta que su curiosidad y temperamento eran interpretados como faltas de respeto y además, su capacidad de poner límites a sus compañeros y compañeras, se añadían a lo anterior y la hacían objeto de la etiqueta de “conflictiva”.

Sumado a lo anterior, su seguridad postural y disponibilidad corporal, la habilitaba para jugar con niños y niñas más grandes que ella (en tamaño y edad) lo que le parecía extraño a sus maestras. Le encantaba jugar a la pelota mas no la dejaban. Ella sentía una gran frustración y muchas veces respondía al autoritarismo con desbordes emocionales que requerían la presencia de su abuela a quien llamaban desde el colegio para que la fuera a retirar. Solicité una reunión con las profesoras y autoridades del colegio para dar mi punto de vista como médico tratante.

Fue entonces que pude exponer (en una reunión con sus profesoras), en base a los conocimientos adquiridos en la EDIT, que la situación de la niña no era atribuible a una patología, a un trastorno o a su situación de vulnerabilidad (la pobreza como estigma) sino a que en su historia de vida, en su corta historia de vida, su relación con el mundo no había sido fácil, que no teníamos registro (así también quizás con otros muchos niños) de cómo fueron sus primeras experiencias de acompañamiento y de interiorización de sus figuras primarias: “No se puede brindar sostén, continencia, afecto, respeto, si uno no se siente -o no se sintió alguna vez y de ellos quedan fuertes huellas- querido, sostenido, contenido, reconocido y respetado.” (...) “Nadie puede dar lo que no tiene.” (Chokler, 2017); el manejo de sus emociones y la comunicación configurada en el diálogo tónico-emocional y la inefable necesidad de aprendizaje a través del movimiento y de la exploración, todos aspectos derivados de estos operadores que organizan el desarrollo y que van configurando el devenir del sujeto-persona inserto en una realidad humana relacional y también material cultural.

De esta manera, la situación de aquella niña cambió a partir del relato que era posible hacer de ella y de sus manifestaciones. Manifestaciones que fueron inscriptas dentro de su historia de vida y su manera de inserción en el mundo y no necesariamente como síntomas de un trastorno que hay que tratar. Al término de dicha reunión se acordó continuar con el acompañamiento y además de programar otras reuniones en donde se abordaran situaciones similares pero de otros niños de la escuela. El esfuerzo por particularizar el malestar, inscribirlo a partir de una narrativa más allá de lo biomédico e incluirlo dentro de una trama relacional le abrió las posibilidades a ella de poder tener un lugar por lo menos más amable, para ella y su abuela, dentro de la institución educativa.



REFLEXIONES PANDÉMICAS

Funcionamiento de la institución durante la Pandemia de SARS-COV2

El funcionamiento de la institución se vio alterada por la peor crisis sanitaria vivida en los últimos cien años lo cual permitió contemplar la ejecución de las acciones de protección y cuidado de la primera infancia en condiciones de excepcionalidad. Las consecuencias de dicha crisis marcaron un punto de no retorno en términos civilizatorios desde el punto de vista del sistema-mundo (Wallerstein, 2016). El carácter global de nuestra civilización propició que la aparición de un número reducido de personas sufriendo una enfermedad respiratoria -definida en principio como “atípica”, en un lugar específico del territorio chino-, desencadenara a partir de ahí una reacción de proporciones planetarias, con una propagación fulminante y de una magnitud sin precedentes. El concepto de *sistema-mundo*, es decir, aquel enfoque que interrelaciona lo social, lo político y lo económico desde un punto de vista global, nos permite comprender con mayor claridad lo que pasó a distintos niveles. La connotación de “hecho social total” (Ramonet, 2020) implica asumir que el análisis debe hacerse considerando una imbricación que involucra al sistema-mundo en su conjunto, es decir, en la articulación de su diversidad de estructuras, procesos, instituciones, actores y valores. Como el planteamiento de dicho análisis resulta de entrada inmensamente complejo y complicado, nos propusimos hacer un abordaje cruzando una linealidad temporal, es decir, entre un antes y un después de la pandemia, junto a las funciones que ya estaban presentes, ejecutándose por y a través de lo institucional y las modificaciones provocadas por la pandemia.

¿Por qué es importante poner en el centro de esta descripción a la pandemia de SARS-COV2? Porque su irrupción constituyó la presencia de una alteridad radical, es decir, que cualquier forma de comprensión del fenómeno resultó insuficiente como para elaborar un relato y darle sentido a lo que estaba pasando. Enfrentar el caos con las herramientas que se contaba fue insuficiente y se echó mano a recursos excepcionales y de emergencia.

A continuación se presenta una línea de tiempo (sacada de un documento publicado por el Ministerio de Salud de Chile llamado “COVID-19 en Chile 2020-2022) en donde podemos apreciar la sucesión de eventos, desencadenados uno tras otro, sin posibilidad de generar una efectiva anticipación, tomando a todo el mundo por sorpresa y provocando una reacción de aseguramiento fundamentado en el miedo a lo desconocido, en resumen, ese miedo originario y atávico que nos marca como especie y que forma parte fundamental de cada uno de nosotros y nosotras si lo pensamos desde el punto de vista del Desarrollo Infantil Temprano considerando las formas arcaicas de la angustia.

Línea de Tiempo

- ★ **31 de diciembre 2019**
 - Autoridades chinas reportan casos de personas con neumonía atípica en Wuhan, China, ciudad de 11 millones de habitantes.
- ★ **07 de enero 2020**
 - Autoridades chinas identifican un nuevo tipo de coronavirus (2019-nCoV).
- ★ **10 de enero 2020**
 - Organización Mundial de la Salud (OMS) entrega recomendaciones para todos los países sobre el modo de detectar contagios, realizar pruebas de laboratorio y gestionar los posibles casos de nuevo coronavirus.
- ★ **23 de enero 2020**
 - Ministerio de Salud de Chile anuncia las medidas preventivas para hacer frente a un brote de nueva enfermedad respiratoria producida por el coronavirus 2019-nCoV, luego de la alerta declarada por la OMS.
- ★ **28 de enero 2020**
 - Gobierno presenta el Plan de Acción por coronavirus y se declara Fase 1.
- ★ **30 de enero 2020**
 - Director General de OMS, Tedros Adhanom Ghebreyesus, declara que brote de 2019-nCoV constituye una Emergencia de Salud Pública de Importancia Internacional (ESPII).
- ★ **5 de febrero 2020**
 - Ministerio de Salud decreta Alerta Sanitaria en todo el país para enfrentar la amenaza a la salud pública producida por la propagación a nivel mundial del “nuevo coronavirus 2019 (2019-nCoV)”.
- ★ **11 de febrero 2020**
 - La OMS anuncia que el nombre de esta nueva enfermedad será «COVID-19».
- ★ **17 de febrero 2020**
 - Se implementa dispositivo de seguridad sanitaria en Aeropuerto Internacional de Santiago para la detección temprana de casos sospechosos mediante la evaluación de síntomas para personas provenientes de Asia.
- ★ **26 de febrero 2020**
 - Brasil reporta el primer caso importado de COVID-19 en América Latina.
- ★ **3 de marzo 2020**
 - Autoridades de Salud informan primer caso de COVID-19 en Chile.
- ★ **9 de marzo 2020**
 - Autoridades de Salud se reúnen con alcaldes para coordinar acciones para enfrentar el COVID-19.
 - Autoridades de Salud y Defensa disponen de hospitales de Fuerzas Armadas para reforzar la red asistencial.
 - Investigadores del ISP identifican que casos de COVID-19 en Chile corresponden al virus de Wuhan.
- ★ **14 de marzo 2020**
 - Presidente Sebastián Piñera anuncia que Chile pasa a Fase 3 de la pandemia por SARS-CoV-2.
- ★ **15 de marzo 2020**
 - Autoridades de gobierno anuncian la suspensión de las clases presenciales.
- ★ **16 de marzo 2020**
 - Autoridades de Salud informan que Chile pasa a Fase 4 de la pandemia.
 - Presidente Sebastián Piñera anuncia cierre de fronteras terrestres, marítimas y aéreas a partir del 18 de marzo.

Semiótica de la Pandemia

Resulta impresionante el poder dimensionar la sucesión de hechos que en un breve lapso de tiempo generó una alteración radical de lo que podríamos denominar “la vida cotidiana”. Actividades tan elementales como ir a trabajar, ir a estudiar o ir de compras, de un momento a otro no se podían ejecutar debido a que acarreaban un riesgo inminente (desconocido y no ponderado) de enfermar y morir. El no tener idea de qué hacer (literalmente) produjo el surgimiento de lo que coloquialmente podríamos llamar “lo mejor y lo peor de lo nuestro”. La reacción y la improvisación frente al sinsentido puso a prueba elementos individuales, familiares y comunitarios del tejido social de una manera nunca antes vista. La irrupción del sinsentido en el seno de la sociedad siempre provoca consecuencias insospechadas. No es el propósito de este trabajo el asumir la elucidación de dicho efecto a nivel total, sin embargo, resulta necesario poner dicho acontecimiento como punto de referencia en las alteraciones verificables que se provocaron con el fin de poder vislumbrar a futuro las consecuencias que van más allá de lo verificable en lo expuesto hasta el momento.

Puestos ante el trance histórico de elegir vivir (o sobrevivir) una vez enfrentados a la amenaza de la muerte, muchos de nosotros y nosotras incorporamos y asumimos, conductas, procedimientos, interpretaciones y acciones, tendientes a eliminar cualquier tipo de riesgo de enfermar. Un recurso importantísimo apareció en esos momentos, de manera espontánea, para poder tramitar una forma posible de representación del mal denominado “pandemia”. La enorme cantidad de información producida en esos momentos (abundante, excesiva, confusa, contradictoria) generó un fenómeno en paralelo con una capacidad de generar daño al alero del desarrollo de la pandemia: la “infodemia”. En esas circunstancias, las formas de organización familiar y comunitarias hicieron uso de todos los recursos disponibles, incluyendo los semióticos.

Silvana Deangelis, trabajó con nosotros el concepto de semiótica, es decir, aquella disciplina que estudia los sistemas de significación en general -incluyendo aquellos que no están codificados a través de signos-. Dentro del contexto del desarrollo infantil, la semiótica se enfoca en cómo los niños aprenden a comunicarse y comprender el mundo a través de signos y símbolos, esto significa que los niños aprenden a comprender el significado de las palabras y los gestos antes de aprender a producirlos y justamente en ello están presentes los Organizadores del Desarrollo Psicomotor y tienen relación con la semiótica en el punto en que podemos apreciar la interacción entre los patrones de movimiento implicados en las conductas de exploración, facilitados por la seguridad postural, que a su vez están

recursivamente relacionados de forma dialéctica, también, con el apego y en definitiva, productores de la comunicación simbólica. La semiótica, como disciplina que estudia los signos y su significado, encuentra un punto de encuentro en la psicomotricidad (Análisis Semiótico de la Práctica Psicomotriz) al explorar cómo los movimientos corporales se convierten en signos que expresan tanto las sensaciones internas como las interacciones con el entorno. Entonces, de esta manera, los Organizadores del Desarrollo Psicomotor pueden ser vistos también como una forma de "lenguaje corporal" que los niños utilizan para comunicar sus experiencias y necesidades a través de gestos y movimientos. La semiótica permite ampliar la perspectiva de comprensión de cómo el desarrollo psicomotor no solo influye en la habilidad física, sino también en la creación y decodificación de significados, enriqueciendo así la forma en que entendemos la interacción entre el cuerpo y la mente en el proceso de desarrollo infantil.

Entonces, volviendo al punto, decíamos que la utilización de todos los recursos disponibles para enfrentar la amenaza de muerte decretada por la pandemia y el sinsentido provocado por la infodemia, incluyó el uso de los recursos semióticos. Diremos entonces, de acuerdo a Deangelis que, un recurso semiótico es cualquier elemento utilizado en la comunicación que tenga un significado simbólico o representativo. Los recursos semióticos pueden ser visuales, verbales o gestuales, y se utilizan para transmitir significados y crear sentido en la comunicación.

Algunos ejemplos de recursos semióticos incluyen el lenguaje, la música, la pintura, la fotografía, los gestos y las expresiones faciales. La semiótica se enfoca en el análisis de estos recursos y cómo se utilizan para crear significado en la comunicación. El análisis semiótico puede ayudar a comprender cómo se transmiten los significados a través de los recursos semióticos y cómo se pueden interpretar de diferentes maneras según el contexto y la cultura. Un recurso semiótico importante fue la metáfora:

Las experiencias que viven las personas en la vida cotidiana y sus eventos sociales, les acerca a lo emocional, a lo afectivo, a la pasión. Estas vivencias resultan difíciles de traducir en palabras. Las palabras –en ocasiones– no alcanzan a cubrir estas expresiones humanas, y una de las formas de acceder a estos procesos sociales o personales se da por alusión a, o de una manera indirecta con la analogía o la metáfora. La metáfora pues, establece una comunicación analógica entre realidades muy alejadas y diferentes; permite proporcionarle intensidad afectiva a la inteligibilidad que aporta. Provoca ondas analógicas que superan la

discontinuidad y el aislamiento de las cosas, ayudando a resolver problemas y a buscar soluciones.¹⁸

La metáfora entendida como recurso semiótico apunta a la creación de significado. Así como en la semiótica, el significado se crea a través de la relación entre el signo y el objeto al que se refiere, en la metáfora, el significado se crea a través de la comparación entre dos cosas diferentes. La metáfora, como recurso semiótico, resulta entonces una herramienta útil, no sólo para analizar y comprender la comunicación humana, sino que además en la producción de sentido.

Es así como las metáforas de la enfermedad que prevalecieron durante este período (año 2020) se concentraron en lo bélico, es decir, el enfrentamiento a un enemigo, invisible y desconocido, que era capaz de diezmar a gran parte de la población. En dicho combate estaba el grupo de choque, constituido por los equipos sanitarios, denominado la “Primera Línea”, a quienes se le atribuían responsabilidades y deberes que tenían rasgos altruistas y heroicos.

Los grupos de apoyo a la Primera Línea, sin articulación y conexión con ellos, estaba constituido por organizaciones comunitarias (muchas veces espontáneas) que asumieron la tarea del rescate y cuidado de todos aquellos y aquellas que quedaron inmediatamente al margen del nuevo funcionamiento social provocado por las medidas de excepcionalidad dispuestas para el resguardo de todos. El confinamiento total fue la brutal expresión de la supervivencia la cual no pudo calcular sus efectos devastadores debido a la inminencia de la muerte.

Otra metáfora, en consonancia con la metáfora bélica, fue la metáfora de la plaga. La enfermedad como castigo, es decir, que no se rige por ningún patrón específico, rompiendo los parámetros del enfermar, socialmente establecidos, vehiculizada además por el miedo a morir a causa de un agente difícilmente asimilable, tomó la forma de una referencia entomológica. La gente le llamó “bicho” al SARS-COV2. La categoría “bicho” acarrea además todo lo asociado al ser insecto, es decir, una voluntad propia -muchas veces ajena y contrapuesta, al bienestar de los seres humanos- y un comportamiento como especie difícil de predecir y cuya contención contempla el uso de procedimientos y productos insecticidas.

¹⁸ La metáfora como analogía en la comprensión de la realidad - Fernández O. L., & Valencia C. A. - 2016-

Es así como vimos proliferar el uso (y mal uso) de elementos de protección personal que antes solo se usaban en espacios de acceso restringido (como los laboratorios y los pabellones quirúrgicos) sin contar con todas las conductas ritualizadas de ese período, implementadas con el fin de liquidar cualquier tipo de amenaza relacionada con el "bicho". Vimos así la proliferación del uso (y abuso) del alcohol gel y del amonio cuaternario, el lavado de manos reiterativo, la limpieza frenética de superficies, el desprendimiento de las vestimentas sin cruzar el umbral de la puerta del hogar, el lavado de ropa con productos de limpieza recargados, el baño diario y frecuente (obligatorio para quienes debían circular por el espacio público), la toma de temperatura corporal en todos aquellos lugares donde se podía provocar algún tipo de aglomeración, la sanitización de calles y de espacios públicos, entre otros.

Todas estas medidas de protección, si bien tendían a mantenerse dentro de cierta racionalidad, también estaban validadas a expresarse de forma exagerada, es decir, apuntando decididamente a lo irracional, en el nombre de alcanzar el inexistente riesgo cero. El desconocimiento cabal de lo correcto dio pie a situaciones de exclusión, de agresividad, de maltrato y a veces de violencia. En definitiva, se sabía que no se sabía lidiar con esta nueva realidad.



Lo que vino después: un trayecto hacia otro lugar no muy distinto

El relato del contexto de atravesamiento de la irrupción de la Pandemia resulta crucial para abordar la transformación en el rol profesional en relación al funcionamiento desde dentro de la Institución. Hemos dado una descripción general y amplia del funcionamiento institucional del campo de la salud en relación a la protección y cuidado de la primera infancia, un rol eminentemente biomédico, pero que sin embargo reconoce la necesidad de articularse a otros campos como por ejemplo el campo de la educación.

Las interacciones entre los miembros de la institución están definidas por los roles y funciones que cada uno y cada una tiene dentro de la institución, los cuales a su vez están definidos por el contexto asistencial descrito anteriormente. Las tareas que desempeñan los y las funcionarias de salud están particularizadas y definidos en base a las prestaciones que ofrecen. La mayoría de las veces, los avatares institucionales, los encuentros y desencuentros, son parte de una cultura organizacional institucional la cual, a su vez, se ensancha dentro de la cultura de una comunidad que habita en un territorio en particular. De esta forma, la interacción entre los usuarios y los integrantes del equipo de salud se desarrolla en una dinámica transaccional de prestaciones en donde cada uno asume su rol. Dentro de esta dinámica transaccional aparecen distintas vivencias, marcadas muchas veces por la emocionalidad del encuentro, que instituye el trabajo en salud en acto, es decir, respetando la singularidad propia de un encuentro entre un o una profesional de la salud con un niño, una niña y su familia. Muchas veces las tensiones y distensiones de dicho encuentro dan pie para abordar temáticas que no están expresamente contempladas en las prestaciones, en los roles y funciones, en los objetivos y metas y, también, en las expectativas de los usuarios respecto de la interacción con el equipo de salud y en sus prestaciones.

El cuidado de la Primera Infancia y los niños y niñas como sujetos, definitivamente no tienen un lugar particular dentro de este entramado institucional, más allá de su calidad de “usuarios”. Esta afirmación la hago responsablemente en base a la indagación que tuve que hacer con motivo del cumplimiento de los requerimientos del presente trabajo, la cual me condujo a conversar con profesionales de la salud a cargo del trabajo con niños y niñas y con algunos usuarios, respecto al nivel de presencia de los conceptos aprendidos y trabajados en la Especialización en Desarrollo Infantil Temprano (EDIT).

Durante el cursado de la EDIT me encontraba trabajando en un Centro de Salud Familiar de otra comuna, la cual no difería mucho en el funcionamiento institucional ya descrito, salvo en lo concerniente a la Determinación Social de la Salud, es decir, a todo aquello que aparecía fijo en términos a las causas y consecuencias de la salud y bienestar de las comunidades, atribuible a la dimensión socioeconómica y psicosocial. Los niveles de vulneración y vulnerabilidad superan con creces los de otras comunas y los de la región. En ese contexto, si bien las prestaciones del Sistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo”, se entregan oportunamente a quienes corresponda (considerando la variabilidad de los factores de riesgo), la Determinación Social de la Salud revelan elementos de corte estructural, que no se pueden abordar y que desbordan dicho sistema. Cabe destacar siempre, en todo momento y en todo lugar, el compromiso de los profesionales integrantes del equipo de salud involucrados en dicha labor. El tema no pasa por ese punto, sino por el hecho de asumir tácitamente que, el solo cumplimiento del trabajo, es decir, el optimizar y maximizar el logro de los objetivos y metas estipulados en los programas del Sistema, trae como consecuencia automática el mejoramiento de la salud y bienestar de los beneficiarios.

Durante el proceso de cursado de la EDIT me vi enfrentado a un cambio del lugar de trabajo, lo que constituyó básicamente, un traslado desde el ámbito laboral de la clínica, es decir, desde la interacción directa con las personas, hacia el ámbito de la gestión y la administración, lo que conlleva una relación indirecta con las personas. Dicho cambio me ha permitido tener una visión distinta, enriquecedora y complementaria, de lo que conforma lo asistencial. La programación, la cobertura y la asignación de recursos son actividades que anteceden a lo clínico. Poder congeniar dichos dos ámbitos muchas veces resulta más en evidenciar sus diferencias y distancias más que en fortalecer sus cercanías.

El conocimiento adquirido en la EDIT, sobre todo en la interacción entre quienes cursamos, con distintos orígenes y pertenencias profesionales e institucionales, logró en mí el poder tener claridad respecto de *lo común* que articula a todos aquellos comprometidos con el cuidado del desarrollo de los niños y niñas. Luego del aprendizaje de los Organizadores del Desarrollo Psicomotor, de sus fundamentos epistemológicos, junto y en paralelo al trabajo grupal interdisciplinario y de formación corporal, es imposible sostener la misma mirada y las mismas apreciaciones sobre lo que se hace en el ámbito asistencial.

La pandemia de SARS-COV2 provocó un impacto de carácter significativo en todo aquello que concierne con los procesos de desarrollo psicomotor en la primera infancia. Dichos impactos se despliegan entre lo permanente y lo transitorio. Pensando desde una óptica biopsicosocial, quizás el rol hegemónico propio del ámbito de lo **bio** mantiene en un segundo

plano las alteraciones de lo *psicosocial*. Lo bio, es decir, todo aquello que es más objetivable, más cuantificable y más apreciable desde el punto de vista de la estructura material, recibe una mayor prioridad porque se asume que cualquier alteración, anomalía o daño que lo altere, repercutirá de manera invariable e irreversible en lo psicosocial y no al revés.

El recorte de lo **bio** de lo psicosocial se corresponde con una concepción “*dualista paralelista*”, propio de la concepción cartesiana en donde prevalece la creencia de que la mente y el cuerpo son dos caras de una misma moneda. Sin embargo, el acontecimiento de la pandemia dejó al descubierto lo poderoso de nuestro entramado simbólico, relacional y afectivo, propio de nuestra especie y que permitió que atravesáramos esta crisis de la mejor manera posible. Es posible mencionar eso sí, algunos ámbitos que fueron muy sensibles para los niños y niñas que fueron fuente de padecimiento a consecuencia de la pandemia:

1. En primer lugar, el estrés, la ansiedad y la angustia de enfrentarse a lo desconocido, a la enfermedad y la muerte, por parte de los adultos, incrementados en aquellas situaciones en donde en la familia tenía entre sus integrantes a un recién nacido, bebé o lactante. Si bien no es posible cuantificar cómo se transmite efectivamente el estrés desde los adultos a los bebés en este contexto, se asume que las consecuencias en términos de los cuidados podrían afectar su equilibrio emocional. El cambio de las rutinas de cuidado, la exacerbación de la prolijidad de algunos procedimientos triviales (baño, limpieza, alimentación), la incorporación de elementos de protección personal (como el barbijo...¿”deben usar barbijo los bebés?” fue una pregunta que se alcanzó a escuchar en los peores momentos de la pandemia). Para poder comprender qué dificultades se produjeron, desde el punto de vista de la salud mental, en los niños y niñas durante la pandemia de SARS-COV2 se requiere un enfoque de análisis basado en el sistema familiar debido a las múltiples formas en que estas consecuencias se transmiten en la unidad familiar (Browne, D. T., Wade, M., May, S. S., Jenkins, J. M., & Prime, H. (2021)) Existen estudios que sugieren que las epidemias pueden generar altos niveles de estrés en los padres y los niños asociadas en principio a la preocupación de que los niños se infecten. Dentro de las varias consecuencias mentales y emocionales se cuentan ansiedad y/o depresión severa que afectan a los padres, trastorno de estrés agudo, trastorno de estrés postraumático, trastornos de ansiedad y depresión entre los niños. Estos datos pueden estar relacionados con experiencias infantiles adversas y un riesgo elevado de estrés tóxico. A mayor cantidad de experiencias adversas, mayor es el riesgo de retrasos en el desarrollo psicomotor y problemas de salud en la edad adulta, como deterioro cognitivo, abuso

de sustancias, depresión y enfermedades no transmisibles (Araújo, L. A. D., Veloso, C. F., Souza, M. D. C., Azevedo, J. M. C. D., & Tarro, G. (2021)).

2. En segundo lugar, podemos mencionar el cierre de las instituciones educativas: Jardines infantiles, guarderías, salas cuna, escuelas, colegios, etc. todos aquellos espacios y lugares en donde los niños, niñas y adolescentes se encontraban para desarrollar sus aprendizajes y, sobre todo, para vincularse a través del encuentro, sufrieron un cierre repentino. El impacto del cese repentino de la interacción presencial y rutinaria entre ellos y ellas, así como la interacción con otros adultos por fuera del ámbito familiar (así como el cambio a una modalidad telemática a través de las pantallas) se irá viendo a medida que pase el tiempo, existen algunas publicaciones que dan cuenta cómo se modificaron tanto la actividad física como la alimentación durante el confinamiento (Molina Castro, P. A. (2021))

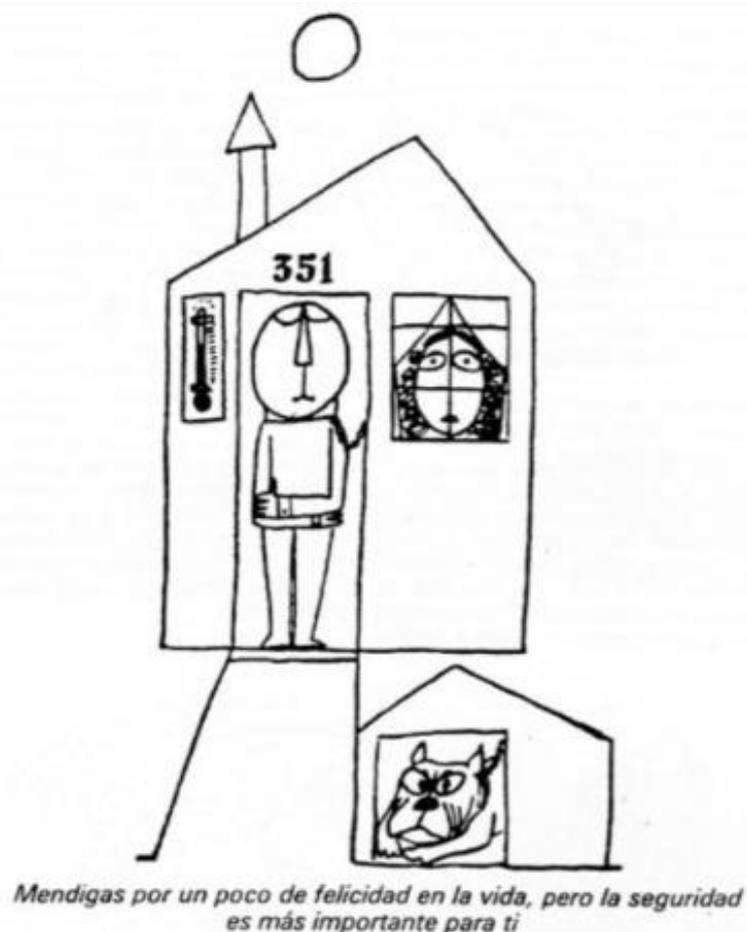
3. En tercer lugar, la drástica y dramática reducción de la actividad de socialización mediante la interacción social a la que fueron sometidos los niños y niñas a raíz del confinamiento total al inicio de la pandemia de SARS–COV2, se asume como una causa de afección directa del desarrollo social y emocional, debido a la reducción al mínimo de las oportunidades de llevar a la práctica sus habilidades de comunicación y de aprendizaje, todas ellas llevadas a cabo mediante el juego y con mediación corporal. Esto se torna más dramático aún si consideramos que, desde el punto de vista de los adultos, “para muchas familias la asistencia de sus hijos/as a un centro de educación inicial está más vinculado a su buen cuidado y protección, dejando en segundo plano los efectos que ello tiene para un desarrollo cognitivo, psicomotor, del lenguaje y socioemocional, los cuales potencian las oportunidades presentes y a lo largo de toda la vida.” (Valenzuela, J. P., Kuzmanic, D., & Yá, N. (2022)).

4. En cuarto lugar, la instauración y legitimación de las modalidades de “aprendizajes a distancia”, basados en el uso de pantallas -cuyos impactos a nivel de la salud mental y del desarrollo aún están por verse y harían falta décadas para llegar a comprenderse- conllevan en su implementación algunos efectos propios del confinamiento total los cuales fueron explorados por una investigación con 240 niños en el año 2020 mediante una Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (ELPI) en donde se indagó “en los efectos de la falta de actividades presenciales en el aprendizaje de niños y niñas pequeños vulnerables durante la pandemia. Para esto se realizó un levantamiento de información durante el mes de diciembre de 2020, a

una muestra de 240 niños de 3 a 4 años, quienes estaban matriculados en siete establecimientos educacionales de la Región Metropolitana, administrados por dos fundaciones dedicadas a la educación en sectores vulnerables. Los niños y niñas fueron evaluados a través de instrumentos de evaluación que miden áreas del desarrollo psicomotor, lenguaje, función ejecutiva y desarrollo socioemocional. Estos mismos instrumentos fueron aplicados en las distintas rondas de la Encuesta Longitudinal de Primera Infancia (ELPI), permitiendo comparar los resultados de esta muestra de 240 de niños, con niños similares evaluados en Chile el 2010, 2012 y 2017. Para la comparación con la ELPI se consideraron una serie de variables sociodemográficas tales como rango de edad, sexo del niño(a), escolaridad de la madre y el padre, si cuidador principal del niño(a) era el padre o la madre, presencia de hermanos(as) en el hogar y si estos estaban en edad escolar, y asistencia a jardín infantil, recopiladas en las distintas rondas de la ELPI, y en el levantamiento realizado el 2020. Dentro de los principales resultados se cuentan:

- a. En relación al área del desarrollo general, los resultados indican que los niños y niñas evaluados el 2020, en comparación con niños y niñas similares evaluados en la ELPI 2012 y ELPI 2017, obtienen un puntaje promedio significativamente menor.
- b. Respecto a la evaluación del lenguaje, los niños y niñas evaluados el 2020 presentan resultados significativamente inferiores respecto a los niños y niñas similares evaluados en las tres rondas de la ELPI (2010, 2012 y 2017).
- c. A diferencia de los resultados presentados para los test anteriores, en Función Ejecutiva, los niños y niñas evaluados el 2020, obtuvieron resultados significativamente superiores respecto a los niños evaluados en la ELPI aplicada el 2017.
- d. En el área socioemocional, los niños evaluados el 2020 presentaron resultados significativamente distintos a los niños evaluados en las 2 últimas rondas de la ELPI, dando cuenta de mayor presencia de problemas socioemocionales en la generación evaluada a fines de 2020.
- e. Al calcular la brecha en el área de lenguaje entre los niños y niñas evaluados en el 2020, con las distintas submuestras de niños y niñas evaluados en la ELPI, controlando por características del niño(a), de los padres y de la estructura del hogar, se observa que los niños y niñas evaluados el 2020 tienen, en promedio, 8.5 puntos menos en la prueba de lenguaje al compararlos con los niños(as) evaluados el 2010, 3.7 puntos menos que los niños(as) evaluados el 2012 y 3.8 puntos menos que niños(as) evaluados el 2017.

- f. Al restringir aún más los grupos de comparación, considerando para la ELPI 2017 solo aquellos niños y niñas que viven en comunas definidas como prioritarias, la brecha en la prueba que evalúa lenguaje es de 3.1 puntos, 4.0 puntos cuando consideramos como control la comuna de residencia, y 4.9 puntos cuando solo consideramos niños(as) que asistieron a un jardín infantil al momento de ser encuestados en ELPI 2017. Probablemente esta última estimación sea la que provee la comparación más precisa que se puede lograr con estos datos, ya que es importante considerar que ELPI 2017 es representativa de la población total y la muestra de los niños y niñas evaluados el año 2020 corresponde a un grupo más vulnerable que el promedio.” (Abufhele, A., & Bravo, D. (2021))



Algunas observaciones de los espacios de trabajo en relación a los Organizadores del Desarrollo Psicomotor y la Pandemia

Durante la pandemia -la cual me sorprendió en el nuevo trabajo- pude reflexionar sobre el sostén vincular que se puso a prueba durante la etapa más cruenta de dicho acontecimiento. Antes de trabajar en el ámbito de la gestión y administración, ya estaba advertido sobre lo determinante que resultan, para una persona, todo lo que tenga relación con su *origen* y su importancia fundamental. Justamente trabajando en el Programa de Salud Mental Infantil, en el ámbito clínico, en una época “prepandémica”, los aprendizajes adquiridos en la EDIT me permitieron posar la mirada en aquellos y aquellas que no constituían un motivo de consulta desde el punto de vista médico, sino que solamente eran objeto de atenciones en todos los procesos de evaluación y detección dispuestos dentro de los programas de Ciclo Vital Infantil (dentro del que se incluye el Sistema de Protección Integral a la Infancia “Chile Crece Contigo”) dentro de una lógica preventivista.

Dicho de otra forma, la atención de los niños y niñas, además de estar orientada hacia ofertar horas médicas para consultar por cualquier motivo, estaba dirigida a la pesquisa preventivista. El resto de talleres de promoción de vida sana tiene un sello eminentemente preventivista. En aquellos espacios y con aquellos niños y niñas, en las consultas de otros y otras profesionales fue que pude echar un vistazo a los que constituye el terreno de análisis de los Organizadores del Desarrollo Psicomotor.

En primer lugar, constaté que no hay lugar a la pregunta sobre cómo recibe el mundo a aquel que llega (por lo menos desde el ámbito sanitario). Si no hay patologías graves o condiciones médicas inabordables, se asume sin mayores cuestionamientos que el bebé sobrevivirá y todo lo eventualmente problemático se resolverá siguiendo un curso de normalidad similar para todos los que nacen (con algún grado de matiz, pero sin apartarse demasiado de aquello denominado como “normal”).

El encuentro entre un mundo ya constituido y un ser en construcción pone la balanza inclinada en favor del primero. Dicho en términos aristotélicos, en esta dupla, del mundo y del que llega al mundo, se impone el *ser en acto* (el mundo) por sobre el *ser en potencia* (el que llega al mundo) (Hersch, 2010). Más allá de lo estrictamente biológico y lo puramente biomédico, pareciera ser que lo demás no fuera inmensamente relevante. Independiente de que el equipamiento biológico orgánico esté en perfecto orden, quien llega al mundo debe de

atravesar la disgregación, la dispersión y la fragmentación proveniente del caos somatosensorial de su organismo en pos de lograr establecer una unidad, una continuidad, una cohesión de sí mismo lo cual a la postre conduce a la constitución del Yo que cimenta las raíces de la identidad. (Chokler, 1998). En este punto tengo la impresión (algo desde luego completamente subjetivo) de que tienen muchísimo más relevancia las instrucciones, indicaciones y consejos provenientes del ámbito familiar, de amistades o de pares (incluso de internet!) respecto de los cuidados de los recién nacidos y de los bebés que las referencias de los y las profesionales del equipo de salud. Y a su vez, los profesionales del equipo de salud, en su gran mayoría, confluyen hacia el “tema” de la primera infancia y del desarrollo psicomotor desde su nicho disciplinario hacia un espacio de conocimiento común que no otorga gran relevancia a la particularidad de cada sujeto, por ende, la pregunta pertinente para cada cual, sobre quién es y sobre qué mundo le recibe, pocas veces se formula.

En el caso de contar con un “equipamiento completo y en orden”, los hitos del desarrollo psicomotor se alcanzan sin mayores problemas, con variaciones mayores y menores, dependiendo del contexto, pero siempre pensando en anticipar el riesgo y corregir el déficit, no en -al contrario- pensar la plenitud del bienestar (aunque suene utópico). Lo descrito como “las condiciones materiales, afectivas, culturales y sociales imprescindibles” que permiten la expresión de las potencialidades en la realidad cotidiana desde los primeros años de la vida de un niño son simplemente asumidas como presentes pero no debidamente ponderadas dentro de lo que la psicología social plantea como las condiciones histórico-sociales de la producción de la psiquis.

Henri Wallon afirma que “aunque el desarrollo psíquico del niño suponga una especie de implicación mutua entre factores externos e internos, no es imposible distinguir la parte que corresponde a unos y otros”. El “medio físico” y el “medio humano”, sus interacciones e interrelaciones, los fenómenos epigenéticos (es decir, los cambios en la expresión genética que no implican cambios en la secuencia de ADN) asociados a los cambios provocados por las experiencias emocionales y ambientales hacen referencia a las "condiciones internas del sujeto" junto a sus correlaciones a nivel biológico, es decir, (y visto desde otro punto de vista) la expresión genética y el equipamiento biológico que permite explorar y conocer el mundo externo y como el mundo externo modela el equipamiento biológico y conduce la expresión genética.

Una interrogante alcanza a todas las formas complejas implicadas en el desarrollo infantil temprano, por ejemplo, ¿Cómo ocurrió la internalización del mundo objetivo mediante el lenguaje -mediado por los adultos-, vehiculado a través de experiencias somatosensoriales

en los bebés confinados? ¿Qué mundo interiorizaron? El conjunto de conductas tónico-posturales tendientes a acercarse al adulto, que son expresión de un programa genético tónico-motor, que va de lo indiferenciado a lo diferenciado, que llamamos apego, ¿cómo se estableció en las condiciones de confinamiento? ¿Qué adultos estaban disponibles para constituirse como figuras primarias segurizantes? ¿Cómo fueron transmitidas la seguridad y la confianza necesarias para relacionarse con el mundo por parte de cuidadores sometidos a condiciones de incertidumbre e inseguridad? ¿Cómo habrán mediado los adultos cuidadores en la afectación de las primeras sensaciones de seguridad y confianza, la propioceptiva (contención) y la visceral (alimentación)? ¿Cómo se dieron las condiciones para que los niños y niñas bebés pudieran crear y organizar el amor de su mamá en dichas condiciones de excepcionalidad? ¿Cómo finalmente se construyeron los vínculos de apego con aquellas madres en la pandemia? ¿Qué tipo de vínculos les esperan en su vida adulta a partir de ello? Muchos relatos hacían ver que la familia y el hogar, no estaban realmente investidas afectivamente desde lo que entendemos como "figura de apego". Durante la pandemia fueron espacios extraños en tanto estaban habitados por personas extrañas durante una situación extraña.

Desde un punto de vista administrativo organizacional, durante el año 2020, las restricciones impuestas por el contexto sanitario y la baja asistencia a los Centros de Salud Familiar, así como también la baja concurrencia de los equipos de salud hacia los domicilios de los usuarios y usuarias, afectaron considerablemente el cumplimiento global de los indicadores de salud del Programa Infantil (a diferencia del año **2019**, cuyo cumplimiento a nivel comunal alcanzó un porcentaje de un **68,5%**). El extenso período de cuarentena -una situación inédita para todos y todas- entre marzo y junio del año **2020** impactó dramáticamente en la realidad asistencial la cual se vio forzada a suspender, reorganizar y priorizar actividades de salud, cuyos destinatarios eran los niños y niñas de la comuna de El Bosque. Desde el programa Chile Crece Contigo a nivel comunal y de acuerdo a las orientaciones entregadas por el Servicio de Salud Metropolitano Sur (SSMS), la prioridad de atención le fue otorgada a que se realizan sus controles de salud los niños y niñas de 0 a 18 meses, quedando rezagados (no priorizados) las atenciones y controles de salud para los niños y niñas de entre 2 y 9 años, las Visitas Domiciliarias Integrales, la realización de talleres grupales y talleres Nadie es Perfecto (NEP). El cumplimiento de las metas de cobertura de estos indicadores a septiembre del año **2019**, alcanzaba a nivel comunal (considerando las acciones y prestaciones de los 6 CESFAM de la comuna) un porcentaje de un **42,57%**.

El año 2021 estuvo también marcado por la Pandemia de SARS-Cov2, lo que implicó para la comuna de El Bosque, el implementar medidas en desmedro de lo planificado para la

ejecución del plan de salud propuesto para año 2021. Se determinaron cambios de funcionalidades en los colaboradores, modificaciones estructurales en los centros de atención, modificación en la agendas de los y las profesionales y en los rendimientos de atención; la formulación de protocolos de coordinación para guiar todas las acciones de Vigilancia Epidemiológica que requirió el abordaje de la Pandemia de SARS-Cov2, considerando lineamientos nacionales de Estrategia Nacional de Testeo, Trazabilidad y Aislamiento, que se han sometido a permanentes cambios de parte de la autoridad sanitaria.

Por lo anterior, para el Plan de Salud del año 2022, se consideró el dar continuidad a las estrategias y actividades relacionadas con la pesquisa, seguimiento y acompañamiento de los usuarios y usuarias que contraigan COVID-19, hasta que la autoridad sanitaria central, decretara el término de la Pandemia, pero también además el retomar todas las acciones que contribuyan al control de enfermedades que aquejan a los usuarios y usuarias de los CESFAM y así disminuir la brecha sanitaria existente en el período post pandemia.

A partir del año 2022 y a medida que fue mejorando la situación sanitaria del país, se comenzaron a otorgar “las prestaciones de salud que en los meses anteriores no se priorizaron, de modo que en la actualidad todos los controles de salud del programa infantil se realizan de manera presencial y sólo tienen adecuación telemática aquellas actividades y talleres de carácter grupal.”

Testimonios

Sandra Álvarez, Educadora de Párvulos encargada de la Sala de Estimulación del Centro de Salud Familiar “Cóndores de Chile” de la comuna de El Bosque

Desde la Sala de Estimulación tuvimos que juntarnos como equipo y empezar a mirar cómo íbamos a funcionar porque tampoco tuvimos ninguna indicación porque de qué manera íbamos a trabajar. Lo primero es que decidimos que íbamos a seguir con todos los niños y niñas que teníamos bajo control (eso significa los que estaban con diagnóstico, etc.) y empezamos a llamar a todas las familias y les empezamos a proponer el poder encontrarnos a través de las plataformas (vía Zoom, a través de videollamadas) y así estuvimos al principio. Hicimos mucho material con las chicas, con la Terapeuta Ocupacional y con la Fonoaudióloga. Empezamos a grabar videos muy caseros con los celulares y empezamos a enviarles a las familias. Bueno y después de una primera etapa de trabajar así nos dimos cuenta de que en realidad los niveles de estrés eran tan altos (para nosotros, para las familias); fue complejo porque no lográbamos, como, cuando nos conectábamos para los niños y las familias era nuevo, habían problemas de conectividad, etc. entonces nos dimos cuenta que nos generábamos mucho más estrés y ahí decidimos que lo mejor era empezar a trabajar con los padres con las madres y las familias y empezamos a enviarnos muchos audios y empezamos a mandarnos videos y empezamos a conversar por teléfono cuando los papás, las mamás, las abuelas estaban disponibles, entonces se volvió una dinámica mucho más libre, era mucho más respetuosa y ahí como que cambió nuestro sentido de las intervenciones. Era “no los vamos a presionar, esto no va a ser con horas, esto no va a ser con agendas, esto va a ser cuando las familias estén disponibles”. Así es que cuando ellos podían trabajar, tomaban algunos videos o ellos nos llamaban y en algunas oportunidades hacíamos algunas videollamadas pero generalmente era a través de llamadas telefónicas o videos que ellos registraban en cualquier momento del día y así podíamos ir entregando sugerencias, etc. Eso fue lo más esencial de la Sala de Estimulación, que empezamos a contactar de manera remota.

Empezamos además a buscar a los recién nacidos, empezamos a buscar a los niños en los tarjeteros del “bajo control”¹⁹, porque no podíamos permitirnos no estar en contacto con las familias, entonces todo era a través del teléfono. Los llamábamos, hacíamos las anamnesis,

¹⁹ “Bajo control”: Población inscrita bajo control

nos vinculábamos con las familias y ahí iba hartito el tema de la Salud Mental porque nos empezamos a volver muy cercanos con las familias y eso hacía que pudiéramos escucharnos, en los temas de los miedos que vivíamos juntos, yo creo que fue super significativo para ellos y para nosotros como equipo, como encontrarnos desde el cariño, desde la comprensión, desde la contención. Nos pasó mucho en ese período que las familias con las que trabajábamos tuvieron COVID, muchos de ellos fallecieron, los papás de nuestros niños, tuvimos mamá y papá que lamentablemente dejaron de estar y eso fue... uf!.... (y es todavía) muy fuerte para nosotros, pero, el hecho de haber estado siempre en contacto nos permitió generar un vínculo que fue muy significativo. Yo siento que nos acompañamos y ellos se acompañaron mucho de este equipo en particular.

En relación a los videos, nosotros nos ganamos una Buena Práctica²⁰. Desde el Servicio²¹ nos vinieron a grabar en una pequeña cápsula y luego lo presentamos en una jornada a nivel país, porque nuestros videos eran muy sencillos, los hicimos con nuestros teléfonos celulares, con los pocos recursos que nosotros teníamos, nunca tuvimos acceso a tecnología, pero esos videos marcaron un hito porque eran tan sencillos y tan fáciles de compartir que se difundieron por todas partes, entonces eso fue looooo que marcó la diferencia y nis ganamos un premio a propósito de eso, por la cercanía, por la sencillez, por un lenguaje muy cercano, por nuestras ganas de querer estar con nuestras familias, por nuestro ímpetu, entonces por eso es que a mi me pone muy muy contenta el trabajo que se hace en ese pequeño espacio, el equipo que fue super apañador, o sea, grababan los videos los nutri, los kine, los amigos que iban y que nos conteníamos como en ese espacio que tú conoces que es muy desde el amor; aprovechábamos para hacer videos y cápsulas para poder acompañar las familias, para poder seguir evaluando el desarrollo, etc.

Después de este tiempo de trabajo remoto, etc. y volver como a la presencialidad, claramente se vio una alteración significativa, sobre todo en las habilidades sociales de los niños y bueno, claramente el desarrollo psicomotor de los niños claramente se vio alterado, entonces ha sido un esfuerzo adicional esto de volver hoy día a replantearnos cómo es que volvemos a vincularnos, volvemos a mirar, volvemos a retomar la presencialidad, etc. así es que en eso estamos, con hartos desafíos, contentos, pero descubrimos que la forma remota también es una forma de acercarnos a las familias, entonces ponte tú cuando tengo un NSP²² llamo a las mamás, ellas tienen mi Whatsapp, hoy días estamos mucho más comunicados que antes. Yo siento que eso nos permitió acercarnos y es una manera de

²⁰ Buenas Prácticas en Atención Primaria

²¹ Servicio de Salud Metropolitano Sur

²² NSP: No Se Presentó

trabajo que hemos mantenido hasta hoy, así es que seguimos enviando videos, seguimos enviando material, tenemos mucho material y como te digo, tiene la característica de que es material muy simple, muy sencillo y muy fácil de compartir. Los “controles sano” se hicieron de manera remota (...) también tenían como esta tónica de hacer anamnesis, preguntar más de alimentación, etc. y tratamos en lo posible como de ir retomando. Igual hacíamos algunas prestaciones, o por ejemplo con niños con obesidad o niños con alguna enfermedad cardiovascular, esos se hicieron de forma presencial.

Mariana Martí, Psicóloga Centro de Salud Familiar “Dr. Julio Acuña Pinzón” de la comuna de Lo Espejo

En el peak de la pandemia, respecto de los controles de niño sano, se le dio prioridad a los menores de un año, a los controles de niño sano desde recién nacidos hasta el año fueron la prioridad y en cuanto a los controles de salud mental, estuvieron suspendidos porque todo el equipo psicosocial (psicólogos y trabajadoras sociales) tuvimos que cumplir labores de turno en puerta²³, atendiendo a todo el público porque el CESFAM estaba cerrado. Principalmente, los niños que presentaron alguna consulta de salud mental fueron visto por médicos bajo la modalidad de “morbilidad”²⁴ y algunas atenciones telefónicas que también hicimos pero nada presencial.

Todo lo que tiene que ver con las visitas domiciliarias del Chile Crece Contigo estuvieron suspendidas durante el peak de la pandemia por los resguardos y además los funcionarios estuvimos trabajando mitad presencial y mitad con resguardo para, en el fondo, salvaguardar que no todos los funcionarios se contagiaran al mismo tiempo y tuviéramos dos semanas de recuperación aquellos que nos contagiarnos, así es que esa fue la forma de funcionar durante los tiempos más duros de la pandemia.

Obviamente los niños se vieron bien afectados, no solamente por no tener las atenciones presenciales o las atenciones habituales que se otorgan en el CESFAM, pero eso también en conjunto con el hecho de que tampoco estaban funcionando con normalidad los colegios, entonces fueron muchos niños que se vieron sometidos al encierro, a la prohibición de poder

²³ Durante el confinamiento total decretado por la autoridad sanitaria, los establecimientos de salud instauraron procedimientos de selección de la demanda para disminuir el riesgo de contagio asociado a las aglomeraciones. Dicho procedimiento se realizaba habitualmente en los accesos a dichos establecimientos de salud.

²⁴ Prestación médica de atención clínica general

salir, a tener sus actividades normales, a tener que adaptarse a las clases online, a veces con pocos recursos, con poco apoyo familiar, con un montón de otros factores que influyeron en la salud mental de los niños durante todos estos cambios que produjo la pandemia.

Respecto del alcance del tema del colegio, también hay que considerar que los niños en forma abrupta ya no pudieron ir a clases presenciales y tuvieron que adaptarse a un montón de plataformas digitales y de tecnologías que no todos estaban familiarizados con eso. Le pasó por ejemplo a mi hijo que tuvo que recién ahí, durante la pandemia, verse obligado a conocer lo que es el classroom, una reunión por meet, un montón de aplicaciones y plataformas que él nunca en su vida había utilizado y que de forma abrupta tuvieron que actualizarse con eso. Entonces fueron muchos cambios que generaron harto estrés, no solamente en los niños, también en los papás, en los profesores, en todo el sistema educativo.

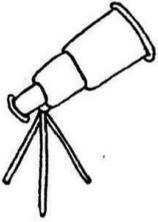
Los niños perdieron todas sus actividades extraprogramáticas, deportivas, talleres, entonces, claro, se vieron super afectados. Perdieron sus hábitos y sus rutinas. Yo veía a compañeros de mi hijo conectados a las clases acostados en la cama con pijama, por ejemplo. Que tú puedes entenderlo o no entenderlo porque también hay algunos niños que quedaban solos encerrados en las casas, porque los papás igual tenían que salir a trabajar u otros papás estaban en otro dormitorio también conectados online a sus trabajos entonces también tenían poca supervisión sobre los niños. Se vio afectado hasta sus horarios de alimentación. Hay niños que en plena clase estaban almorzando, entonces fue difícil, super difícil.

Bueno con la extensión del posnatal, por el tema de la pandemia, la mayoría de esos bebés estuvieron con sus mamás. Bebés que a lo mejor a los seis meses hubiesen ingresado a una sala cuna o al cuidado de otro familiar para que la mamá volviera a trabajar. Estuvieron todo ese período y más con sus mamás, entonces ahí también tuvo un impacto, desde el punto de vista que tú lo mires, positivo o negativo también en el tema del apego. Yo lo vi en compañeras de trabajo que ahora hace poco han vuelto a trabajar y que esos niños estuvieron hasta los 18 meses -algunos- con su mamá, todos los días, todo el día, entonces ahora el tema de que la mamá vuelva a su rutina a trabajar y recién a los 18 meses o después del año al cuidado de otro familiar o reintegrarse ahora a una sala cuna ha sido también un proceso super difícil, entonces también el tema de la pandemia influyó mucho en eso, en el vínculo de esos bebés con su cuidadora, con su mamá.

La hija de una amiga nació en pleno estallido social -el mismo día del estallido de hecho-, salió de la clínica con todo Santiago destruido, recién nacida, de ahí vino lo de la pandemia, estuvo encerrada toda la pandemia, entonces cuando recién vino a salir, me acuerdo que en

su primera salida (no había salido a la calle prácticamente, había estado encerrada en el departamento con su mamá, porque el papá igual salía a trabajar, entonces las únicas caras que ese bebe vio, durante todo ese período, fueron las caras de su papá y de su mamá) y me acuerdo que la primera salida que tuvieron, cuando ya se empezó a flexibilizar el tema de las salidas y eso, fue en mi casa y mi amiga me decía “yo creo que es primera vez que ve caras distintas sin mascarillas, porque mi hija a todo el mundo lo conoce con mascarilla. Yo creo que son los primeros rostros que ella va aparte del mío y del de su papá sin mascarillas”. Entonces cómo esa imagen del rostro humano influyó también en los niños. La bebé conocía puras caras con mascarilla, nació en ese período. Entonces, heavy heavy. El tema de la estimulación, o sea, qué estimulación le das a un niño que está encerrado en un departamento durante un año solo con su mamá y con su papá, sin otros niños, sin ir a la plaza, sin ir al jardín, sin salir a jugar, o sea al final los estímulos son los que tú les puedas dar como papá y el resto son youtube y las pantallas y los celulares y sería, pero cero contacto con otros niños.

-¿Dónde están las palabras,
la casa, mis antepasadxs?
¿Dónde están mis amores,
mis amigxs?



-No existen, mi niñx.

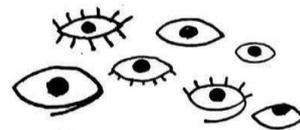
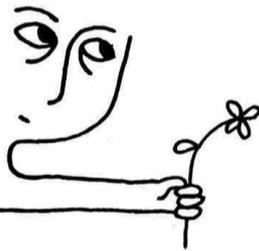
Todo está por construir.



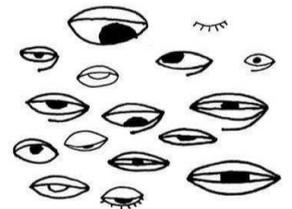
Deberás construir
la lengua que habitarás
y deberás encontrar
los antepasados
que te hagan más libre.



Deberás edificar la casa
donde ya no vivirás solx.
Y deberás escribir la nueva
educación sentimental
mediante la cual
amarás de nuevo.



Y todo esto lo harás
contra la hostilidad general.



porque quienes despiertan
son la pesadilla de quienes
aún duermen.

CONCLUSIONES

Desde mi arribo a la comuna del El Bosque dispuse mis afanes para lograr abrir una Sala de Psicomotricidad para los niños y niñas de la comuna, de la misma manera que lo hice el año 2016, en la comuna de Lo Espejo, cuando inauguramos la primera Sala de Psicomotricidad a nivel comunal dentro de la red de prestadores de un servicio de salud municipal. El cursado de la Especialización en Desarrollo Infantil fue crucial para mí en el sentido de poder contar con las herramientas conceptuales y teóricas necesarias para poder entablar diálogos con los referentes de los programas de Atención Infantil y de Salud Mental, junto a las autoridades comunales de la Dirección de Salud de la comuna de El Bosque. La necesidad de contar con un espacio que pudiera hacer lugar al trabajo desarrollado dentro del encuadre de la psicomotricidad se hacía necesario en tanto enfrentábamos una realidad nueva, post pandémica, en donde muchos de los niños y niñas que habían sido ingresados a los programas de salud mental infantil iban a requerir acompañamiento e intervenciones más especializadas de acuerdo a las consecuencias originadas en las importantes alteraciones provocadas por la pandemia. En este sentido, el esfuerzo de divulgación hecho en base a los conocimientos y aprendizajes hechos en la Especialización en Desarrollo Infantil Temprano de la UNCUYO, me han permitido posicionarme como un profesional validado en el cumplimiento de los objetivos por la carrera, es decir, constituirme como un recurso humano, altamente calificado, requerido en el campo interdisciplinar de la infancia temprana capaz de promover el conocimiento científico, la integración conceptual, la reflexión crítica y el enriquecimiento de la práctica.

La EDIT me entregó una actualización, profundización e integración transdisciplinaria de los conocimientos producidos desde diferentes campos científicos y tecnológicos que inciden en la calidad de la vida de los protoinfantes y en las condiciones para su desarrollo a corto y largo plazo. De acuerdo a ello, he logrado dar cuenta de mi capacidad de articulación con los demás profesionales de la salud, y, sosteniendo la condición de sujeto del niño (y de sujeto de derechos), fomentar la necesidad de no cesar en los objetivos de conocimiento profundo de los niños y niñas, en la implicación de ellos, ellas, junto a sus familias y cuidadores, con los integrantes de los equipos de salud, relaciones que permiten planificar, evaluar y modificar de buena manera los abordajes de cuidado requeridos, tomando en cuenta requerimientos ya sean de las condiciones del ambiente, de nutrición, del hábitat, de las prácticas de crianza y de educación, todo lo anterior enfocado a la mejora de su calidad de vida y a la consolidación de su potencial de desarrollo.

Lo más fascinante es la posibilidad de validar y posicionar lo importante de las observaciones que hacen las mamás (y/o adultos significativos cuidadores) de sus bebés, no en referencia a una abstracción acerca de lo normal o a la calificación otorgada por una pauta, sino al propio proceso de desarrollo del bebé, al vínculo y a cómo se va constituyendo como sujeto. Empoderar a las madres a interrogar la enorme carga significativa de palabras como “rezago” o a acrónimos aplastantes como “TEA” Animarse a poner en cuestión, no desde un punto negacionista, sino desde una perspectiva dinámica del proceso de desarrollo.

El día 04/07/2023 se inaugura el Centro de Rehabilitación Infanto Juvenil llamado “Remolino” el cual proporcionará un apoyo terapéutico integral para niños, niñas y jóvenes con trastornos del neurodesarrollo, condición de espectro autista, síndrome de Down y lesiones del sistema nervioso. El nombre del centro, “Remolino”, busca representar metafóricamente la experiencia vivida por muchos de sus usuarios, cuyos desafíos no son visibles a simple vista, pero representan una lucha constante para ellos y sus familias. El Centro “Remolino” es el reflejo del esfuerzo institucional tendiente a proporcionar prestaciones de calidad para niños, niñas y sus familias para problemas asociados al desarrollo infantil. El equipo de “Remolino” consta de 12 profesionales, incluyendo terapeutas ocupacionales, psicólogas, fonoaudiólogas, kinesióloga, psicomotricista y trabajadora social.

Más allá del ámbito de atención de este centro se encuentra el espacio de interfaz entre el campo educativo y sanitario, en donde el desafío es develar el fenómeno de patologización oculto tras las prácticas de cuidado y acompañamiento del desarrollo de niños y niñas. El implementar el encuadre teórico de los Organizadores del Desarrollo Psicomotor de la Dra Myrtha Chokler nos permitirá investigar, en principio desde un enfoque metodológico cualitativo, exploratorio y descriptivo -desarrollado a través de la observación del trabajo de los equipos de salud y educación, mediante entrevistas y grupos focales- los trayectos e itinerarios provocados por el ir y venir de los niños y niñas entre las instituciones sanitarias y de educación para de esa forma lograr prevenir trastornos del desarrollo infantil en sus aspectos, no solo biológico sino que también psicológico, de aprendizaje, de comunicación y de inserción social, junto con el orientar a las familias e instituciones en el tratamiento integral de los niños en riesgo, con deficiencias y/o desventajas que comprometan su desarrollo y así posteriormente ir concretando el logro de poder comunicar y difundir los conocimientos científicos y las prácticas profesionales y sociales más relevantes en el campo del Desarrollo Infantil Temprano y también el concretar un intercambio interuniversitario e interinstitucional de actualización permanente en la temática.

Por último, no puedo dejar afuera otras tres experiencias en las cuales la EDIT me transformó y que voy a reseñar brevemente dentro de las conclusiones (porque se iniciaron recientemente y están en ejecución). La primera es la introducción de los Organizadores del Desarrollo Psicomotor dentro de una clase de colaboración para la asignatura de “Ética Clínica” para estudiantes de quinto año de medicina en donde, partiendo de la descripción del organizador Orden Simbólico, hacemos una reafirmación de la ética como una práctica reflexiva en donde las decisiones siempre deber respetar y preservar la particularidad subjetiva. La segunda es la incorporación de los Organizadores en las actividades de educación popular en el ámbito de la Participación Comunitaria en Salud como una forma de contrarrestar la mistificación liberal sobre el “proyecto de vida individual” que hace nata actualmente inclusive a nivel político. Lo anterior no como un discurso ideológico doctrinario sino como una mirada atenta a la evidencia existente acerca de lo que nos constituye como especie, es decir, que somos siempre y en todo momento, seres en relación, sujetos vinculados y vinculantes. Finalmente, la tercera, es la producción de una obra de teatro de una compañía de títeres (llamada “Compañía Comunitaria de Títeres”) que está elaborada en base a una reflexión colectiva acerca del apego, la crianza y las infancias amenazadas por el adultocentrismo.

BIBLIOGRAFÍA

- Abufhele, A., & Bravo, D. (2021). Efectos de la pandemia en el aprendizaje de niños y niñas preescolares. *Centro UC Encuestas y Estudios Longitudinales*.
- Ajuriaguerra, J. (1986). Estudio crítico de las nociones de inestabilidad psicomotriz y del síndrome hiperkinético en el niño. *Psicomotricidad. Revista de estudios y experiencias*, 22, 5-24.
- Ajuriaguerra, J. D., & Angelergues, R. (1993). De la Psicomotricidad al cuerpo en relación con el otro. A propósito de la obra de Henri Wallon. *Psicomotricidad, Revista de estudios y experiencias*, 42, 11-23.
- Araújo, L. A. D., Veloso, C. F., Souza, M. D. C., Azevedo, J. M. C. D., & Tarro, G. (2021). The potential impact of the COVID-19 pandemic on child growth and development: a systematic review. *Jornal de pediatria*, 97, 369-377.
- Augé, M. (2020). *Los no lugares*. Editorial Gedisa.
- Browne, D. T., Wade, M., May, S. S., Jenkins, J. M., & Prime, H. (2021). COVID-19 disruption gets inside the family: A two-month multilevel study of family stress during the pandemic. *Developmental Psychology*, 57(10), 1681–1692.
- Catalán, C. Tamizaje de alteraciones del desarrollo psicomotor en Chile.
- Chokler, M. (1999). Acerca de la práctica psicomotriz de Bernard Aucouturier. *Buenos Aires. Ediciones Ariana*.
- Chokler, M. (2000). *Psicomotricidad el cuerpo en juego: hacer, sentir, pensar* (Vol. 29). Noveduc Libros.
- Chokler, M. (2002). Atención temprana en la prevención del Síndrome de Hiperactividad y los Trastornos Atencionales. *La Hamaca, cuerpo, espacio, identidad. Pikler-Lóczy Euskal Herriko elkarte*, 1-8.
- Chokler, M. (2002). Atención temprana en la prevención del Síndrome de Hiperactividad y los Trastornos Atencionales. *La Hamaca, cuerpo, espacio, identidad. Pikler-Lóczy Euskal Herriko elkarte*, 1-8.
- Chokler, M. (2006). Los organizadores del desarrollo. *Recuperado de: <http://www.ifra.it/idee.php>*.
- Chokler, M. (2010). El concepto de autonomía en el desarrollo infantil temprano, coherencia entre teoría y práctica.
- Chokler, M. (2020). 'Protoinfancia' entre vivencias intensas y temores al acecho. *Convergencias. Revista de educación*, 3(6), 5-22.
- Chokler, M. H. (1988). Los organizadores del desarrollo psicomotor: del mecanicismo a la psicomotricidad operativa. In *Los organizadores del desarrollo psicomotor: del mecanicismo a la psicomotricidad operativa*
- Chokler, M. H. (2018). El concepto de autonomía en la primera infancia. Coherencia entre teoría y práctica. *Infancia: educar de 0 a 6 años*, (167), 15-18.

- Chokler, M. Szanto, A. (2011-2012) Una propuesta de observación de indicadores del desarrollo infantil de niños y niñas menores de 3 años.
- Darrault, I. (2019) Un seminario veneciano. *Bibliografía EDIT*.
- Darrault, I. (2019). Para aprovechar el análisis semiótico de la práctica psicomotriz. *Bibliografía EDIT*.
- De Ajuriaguerra, J., & López-Zea, A. (1977). *Manual de psiquiatría infantil*. Masson.
- de Otawa, C. (1986). Primera conferencia Internacional sobre promoción de la Salud.
- Fernández Arbeláez, O. L., & Valencia Cañaveral, C. A. (2016). La metáfora como analogía en la comprensión de la realidad. *Estudios de Filosofía*, (53), 127-163.
- Gresores, G. y Spiguel, C. (2019) Fundamentos de la Historia Social. *Bibliografía EDIT*.
- Gutiérrez, G. I. C. (2022). El vínculo afectivo en la infancia como base para el desarrollo global de la persona. *VERDAD ACTIVA*, 2(1), 183-198.
- Hersch, J. (2010). *El gran asombro: la curiosidad como estímulo en la historia de la filosofía*. Acantilado.
- i Carrió, F. B. (2002). El modelo biopsicosocial en evolución. *Medicina clínica*, 119(5), 175-179.
- Jódar, V. Á. P., & López, S. R. F. M. El “Yo-Piel”: modelo teórico y aplicación práctica.
- Kaempffer, A., & Medina, E. (2006). Mortalidad infantil reciente en Chile: Éxitos y desafíos. *Revista chilena de pediatría*, 77(5), 492-500.
- Kálló, É., & Balog, G. (2013). Los orígenes del juego libre. Magyarországi Pikler-Loczy Társaság Budapest.
- Lema, V. Z. (1991). *Conversaciones con Enrique Pichon Riviere*. Ediciones cinco.
- Manual para el apoyo y seguimiento del desarrollo psicosocial de los niños y niñas de 0 a 6 años. Chile Crece Contigo 2008.
- Marmot, R. W., & Wilkinson, R. (2000). Determinantes Sociales de la salud: Los hechos irrefutables.
- Molina Castro, P. A. (2021). Efectos del periodo de confinamiento del año 2020 en los hábitos de alimentación y actividad física, en niños de preescolar del Jardín Infantil Chenano, durante la pandemia COVID-19.
- Moraga, C. Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil, guía para los equipos locales.[Folleto] Chile Crece Contigo; 2012.
- Pikler, E. (1984). *Moverse en libertad: desarrollo de la motricidad global* (Vol. 92). Narcea Ediciones.
- Pinasco, I. (2018) Del gesto a la palabra: La emergencia del lenguaje. *Bibliografía EDIT*.
- Pinasco, I. (2018) La competencia comunicativa como “factor de protección”. *Bibliografía EDIT*.
- Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria: Dirigido a equipos de salud. MINSAL Chile-OPS 2013.
- Plan de Salud Municipal 2023. Dirección de Salud Municipal, El Bosque.

- Programa de apoyo a la salud mental infantil de niños y niñas de 5 a 9 años (PASMI). Chile Crece Contigo, agosto 2017.
- Programa Nacional de Salud de la Infancia con Enfoque Integral. MINSAL. Chile, 2013.
- Quiroga, A. P. D. (1997). Matrices de aprendizaje: constitución del sujeto en el proceso del conocimiento. In *Matrices de aprendizaje: constitución del sujeto en el proceso del conocimiento*.
- Ramonet, I. (2020). La pandemia y el sistema-mundo: Un hecho social total. *Comunicación: estudios venezolanos de comunicación*, (190), 95-124.
- Rodríguez, S., Lira, M. I., & Montenegro, H. (1975). Programa de estimulación precoz para niños de nivel socio-económico bajo, entre 0 y 2 años. Plan piloto. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 7(2), 327-332.
- Rota, J. (2017). El rol del adulto según la psicomotricidad y Pikler.
- Toledo Leal, G., & Vera Ramírez, P. (2022). Salud mental en niñas y niños de primer ciclo escolar a raíz de la pandemia del COVID-19.
- Unicef. (2006). Convención sobre los Derechos del Niño.
- Unicef. (2021). Estado Mundial de la Infancia 2021: En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia. *Unicef: para cada infancia*, 85.
- Valenzuela, J. P., Kuzmanic, D., & Yá, N. (2022). Experiencia de familias con niños y niñas matriculados en educación parvularia en Chile durante la pandemia.
- Vojta, V., & Schweitzer, E. (2011). *El descubrimiento de la motricidad ideal*. Ediciones Morata.
- Winnicott, D. (1967). El concepto de individuo sano. 1967. In *Conferencia pronunciada en la División de Psicoterapia y Psiquiatría social de la real Asociación Médico-psicológica* (Vol. 8).