

“Manual para la promoción de salud mental en primera infancia y detección de riesgos psicosociales de las y los cuidadores (as) de niños y niñas menores de seis años”.



**SALUD MENTAL Y
CONSUMO DE SUSTANCIAS
PSICOACTIVAS**

COLOMBIA

MinSalud
Ministerio de Salud
y Protección Social

**PROSPERIDAD
PARA TODOS**



**Organización
Panamericana
de la Salud**

Oficina Regional de la
Organización Mundial de la Salud



	Página
Presentación	03
1. Contexto	05
1.1 <i>Situación mundial y derechos de la infancia</i>	05
1.2 <i>Situación en Colombia</i>	06
1.2.1 <i>¿Qué se está haciendo?</i>	09
1.3 <i>La salud mental en la infancia</i>	10
1.4 <i>Información básica de primera infancia</i>	11
2. Promoción de la salud mental en la primera infancia	16
2.1 <i>Promoviendo salud mental: vínculo, juego y arte</i>	17
2.2 <i>Prácticas clave para la salud mental infantil</i>	28
2.3 <i>Promoción de prácticas clave con actores sociales</i>	30
2.3.1 <i>Primero: posicionamiento</i>	31
2.3.2 <i>Trabajo con actores sociales</i>	34
2.3.3 <i>¿Cómo hacer abogacía a los actores sociales?</i>	39
2.4 <i>Preguntas para compartir y construir a partir de las respuestas</i>	44
1. Identificación del riesgo psicosocial en cuidadores y cuidadoras de niños y niñas menores de seis años	49
3.1 <i>Escenarios de cuidado para la primera infancia</i>	51
3.2 <i>Cuidadores y cuidadoras</i>	52
3.2.1 <i>Caracterización de las y los cuidadores</i>	52
3.2.2 <i>Identificación de un buen cuidador o cuidadora</i>	54
3.3 <i>Riesgo psicosocial</i>	61
3.3.1 <i>Riesgo psicosocial en cuidadores y cuidadoras</i>	61
3.3.2 <i>Prevención del riesgo psicosocial en cuidadores/as</i>	65
3.3.3 <i>Detección del riesgo psicosocial en cuidadores/as</i>	69
3.4 <i>Algunas preguntas para reflexionar</i>	74
Bibliografía	76



Presentación¹

La primera infancia es considerada una de las etapas más importantes del ciclo vital. Hablar de salud en la primera infancia, es hablar también de un desarrollo integral que involucre una dimensión física, cognitiva, emocional y social que es la base del bienestar tanto presente como futuro. La infancia, es una construcción social y cultural, que tiene como referente los valores de cada sociedad y debe buscar la realización del niño y la niña a través del afecto y el establecimiento de vínculos saludables, la protección, el acceso a servicios de calidad, los espacios para el juego, una adecuada nutrición y la inclusión social; que tendrá como resultado la formación de sujetos de derecho, que ejercen su ciudadanía y reproducen en la sociedad valores y principios.

Es así que hace más de cincuenta años cuando en 1959, la Asamblea de las Naciones Unidas aprueba la declaración de los derechos de los niños y niñas, en donde se establece para la población infantil el derecho a ser niño o niña, el derecho a: crecer en libertad, tener una identidad, a la salud, a cuidados especiales, a una familia, a una buena educación, a protección y socorro, a no ser abandonado ni maltratado y no ser discriminado. Sin embargo, cada año, millones de niños y niñas en todo el mundo son víctimas directas o indirectas de situaciones en los que no se cumplen ni se protegen esos derechos, pues son sometidos a violencia psicológica, física y sexual; las cuales suelen producirse en el hogar, las instituciones educativas y los alberges entre otros, que debieran ser espacios de cuidado por excelencia.

Por consiguiente el presente “Manual para la promoción de salud mental en primera infancia y detección de riesgos psicosociales de las y los cuidadores (as) de niños y niñas menores de seis años”, se inscribe en los lineamientos técnicos de la estrategia de Cero a siempre y tiene como objetivos: a) Describir pautas para promover salud mental de la infancia en entornos saludables en la primera infancia, a través del apego-vínculo, juego y arte b) Abordar el riesgo psicosocial de las y los cuidadores de niños y niñas, desarrollando pautas para prevenir y canalizar los factores que inciden para un adecuado cuidado de los niños y niñas menores de seis años. Está dirigido a todas las personas vinculadas con el cuidado de la primera infancia, desde la madre, padre y actores que tienen entre sus funciones que niños y niñas menores de seis años estén a su cuidado, tomando como referencia la atención integral de la primera infancia.

¿Qué contiene el manual?

¹ Este documento fue elaborado por Ana Cecilia Gutiérrez y Luis Gutiérrez Alberoni, en coordinación con Lina Corredor Moyano, representante del Instituto PENSAR de La Pontificia Universidad Javeriana



El Manual inicia compartiendo la magnitud del problema a nivel global, regional y de país, continua con el marco conceptual de la salud mental infantil y posteriormente aproxima a la definición operativa de Vínculo y Juego como actividades trazadoras para construir salud mental en la primera infancia de acuerdo con las estrategias y líneas de trabajo de la Estrategia de Cero a Siempre.

Operativamente diferencia en dos partes el abordaje de la salud mental infantil, una primera parte sobre los aspectos de promoción y construcción de procesos que contribuyan a la salud mental infantil y una segunda parte sobre los aspectos acerca de la detección del riesgo psicosocial en cuidadores y cuidadoras.

Primera parte

Corresponde a la promoción de entornos saludables en donde *el apego* y el establecimiento *de vínculos* generados a través *del juego* y *el arte* en la primera infancia se constituyen en ejes para ser desarrollados por los actores sociales. Adicionalmente se describen aspectos relacionados a la Abogacía, Metodología de Trabajo y Capacitación de actores sociales y la elaboración de Planes de Trabajo y su seguimiento.



Segunda parte

Corresponde a la detección de riesgo psicosocial en los cuidadores y cuidadoras, iniciando desde la caracterización de los mismos, los procesos de selección de los y las cuidadoras, el riesgo psicosocial, los instrumentos para la detección del riesgo psicosocial y la intervención de estrategias para la prevención.





1. CONTEXTO

1.1 Situación Mundial de la Infancia: Salud Mental y los derechos de niños y niñas.

Según el Informe Mundial de la Infancia 2012 (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), 2012), hay un aumento importante en procesos de urbanización, por diversas causas en todo el mundo, en la mayoría de regiones en sectores deprimidos, en los cuales se está expuesto a violencia y uso indebido de drogas (Black & Krishnakumar, 1998), por consiguiente vivir en las ciudades también puede tener un costo sobre la salud mental de los niños y los adolescentes, sobre todo los que residen en los barrios pobres .

Por lo tanto los niños y las niñas que viven en condiciones de pobreza en las ciudades experimentan niveles de depresión y angustia más altos que el promedio de la población urbana. Según un análisis de los determinantes sociales de la salud en los Estados Unidos, los niños de los vecindarios más pobres presentan más problemas emocionales y de comportamiento (Patel & al, 2008). Varios estudios han señalado que los problemas de salud mental durante la infancia y la adolescencia pueden afectar seriamente el crecimiento y el desarrollo, el rendimiento escolar y las relaciones familiares y entre pares, además de incrementar el riesgo de suicidio (Bhatia, 2007). Un factor al cual los niños y los observadores a menudo atribuyen la causa de la aflicción mental es el estigma de ser vistos como hijos de los más pobres y marginados.

En efecto los niños y niñas con las mayores necesidades son también los que afrontan las mayores violaciones de sus derechos. Los niños más pobres y vulnerables usualmente quedan excluidos del progreso, y además resulta muy difícil llegar a ellos. Requieren atención especial tanto para garantizar el respeto de sus derechos como para hacer realidad los derechos de todas las personas, puesto que no todos los derechos de los niños y las niñas se cumplen de igual manera; por ejemplo, más de un tercio de los nacimientos que tienen lugar en las zonas urbanas del mundo entero dejan de inscribirse, y aproximadamente la mitad de los niños de las zonas urbanas de África subsahariana y Asia meridional carecen de un certificado de nacimiento. Esto constituye una violación al Artículo 7 de la Convención sobre los Derechos del Niño. La invisibilidad que se deriva de la falta de certificado de nacimiento o de una identidad oficial acentúa enormemente la posibilidad de que los niños sean víctimas de diversas modalidades de explotación: desde ser reclutados por grupos armados, hasta verse forzados a contraer matrimonio a temprana edad o a trabajar en condiciones peligrosas.

En ese orden de ideas entre las violaciones más generalizadas a los derechos de la infancia están las condiciones de vida inadecuadas; carecer de una vivienda decente y segura, así como de sistemas de abastecimiento de agua y saneamiento, se suma a las ya difíciles circunstancias que los niños encaran para sobrevivir y avanzar en la vida. Sin embargo, los esfuerzos realizados para mejorar las condiciones de vida no se han correspondido con la magnitud y la gravedad del problema.



Hay pruebas de que más niños carecen de vivienda y servicios de saneamiento que de alimento, educación y atención de la salud; y de que el saneamiento deficiente, la falta de ventilación, el hacinamiento y la poca luz natural que es común en los hogares de los pobres que residen en las ciudades son responsables de las enfermedades infantiles crónicas. La verdad es que muchos niños y familias que viven en barrios marginales urbanos de países de bajos ingresos están lejos de ver cumplidos sus derechos a “una vivienda adecuada para todos.

Dado que los niños tienen derecho a sobrevivir, a recibir una atención sanitaria apropiada y a gozar de un nivel de vida que contribuya a su pleno desarrollo, se requieren condiciones ambientales que favorezcan la realización de esos derechos. *No es posible hacer efectivo el derecho al juego sin un lugar seguro para jugar*, y es imposible disfrutar de una buena salud en un entorno contaminado. Este punto de vista ha recibido apoyo de tratados y declaraciones como el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales; la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer; el Programa de Hábitat; el Programa 21 y el plan de acción adoptado en el marco de la Conferencia de las Naciones Unidas sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo de 1992.

1.2 Situación en Colombia

El último estudio nacional sobre la salud mental en Colombia, (Ministerio de Protección Social, 2003), proporciona una perspectiva de esta problemática: los resultados mostraron que el 40,1% de la población presentó algún trastorno mental alguna vez en su vida, de acuerdo con el estudio cerca de un 10% de la población con trastorno depresivo inició su presentación antes de los diez años de edad, cifras que coinciden con investigaciones realizadas a nivel mundial en donde se encuentra una prevalencia de trastornos depresivos en la infancia entre el 8 y el 10% , (Herrera, Nuñez, Tobón, & Arias, 2009).

Otros estudios más recientes en el país, como el realizado en la ciudad de Bucaramanga, por (Mantilla, Sabalza, Díaz, & Campos, 2004), muestran una prevalencia de depresión en menores de diez años del 9.2%; la investigación realizada en La Ceja por (Vinaccia, Gaviria, Martínez, Aterhotúa, & Trujillo, 2006), arrojó una prevalencia del 12.5% y por último el estudio realizado en Neiva por (Herrera, Y, & Rojas, 2009) muestra una prevalencia del 17.09%, la más alta reportada en Colombia, además, estas investigaciones concuerdan en que la mayoría de los niños con síntomas de depresión pertenecían a familias de estratos socioeconómicos bajos, estas cifras dan una aproximación a la magnitud del problema de la salud mental en la infancia en el país e invitan a reflexionar acerca de la importancia de generar acciones para promover prácticas que contribuyan a mejorarla.

Los anteriores resultados pueden relacionarse con la situación en el interior de los hogares, en el país, en el año 2011, se reportaron 89.807 casos de violencia intrafamiliar, 371 casos más que en el 2010. La tasa nacional fue de 195,04 por 100.000 habitantes. (FORENSIS Instituto Nacional de



Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2011). Desafortunadamente los casos de violencia intrafamiliar van en aumento en los últimos años, para el año 2011, 371 más que el año 2010. Estas cifras son una aproximación para conocer y comprender los efectos en la salud física y mental de los niños y niñas a través de los problemas que presentan, que siempre son la punta del iceberg. A pesar de que en la agenda pública del país la violencia que más se reconoce es la vinculada con conflicto político militar, sin embargo el Sistema Médico Legal colombiano reportó 14.211 casos de violencia a niños, niñas y adolescentes, 480 registros más con respecto al año anterior y el escenario en donde son violentados los niños y las niñas es en un 60% su vivienda y los victimarios en un 60% son sus padres (Instituto Nacional de Medicina Legal, 2011). Debido a ello, es prioritario trabajar en estrategias basadas en la educación del otro como otro yo y con quien la única opción que se tiene es enfrentarlo con respeto por sus diferencias.

Existen profundas creencias y prácticas culturales que invisibilizan y “normalizan” el castigo psicológico y físico como pautas de socialización. Estas formas de castigo están tan arraigadas culturalmente y son tan frecuentes, que muchas veces es difícil reconocerlas e identificarlas como problema. Es importante que los prestadores de servicios de salud para la niñez conozcan y reconozcan y promuevan la intolerancia total sobre estas prácticas para que se puedan corregir a través de intervenciones sociales, comunitarias, familiares y clínicas.

El entorno emocional de la violencia siempre es dañino y produce dolor y sufrimiento en todos los actores involucrados. El daño y dolor que produce la violencia contra los niños es mayor por las susceptibilidades inherentes a sus condiciones de vulnerabilidad, y porque los actos violentos provienen usualmente de quienes deben cuidarlos, protegerlos y quererlos y con quienes tienen vínculos afectivos.

Así, algunos niños tiene mayor riesgo de ser violentados: los prematuros, lactantes y preescolares, los niños considerados “difíciles” o con “problemas de comportamiento”, hiperactivos, con discapacidad, huérfanos, pertenecientes a minorías indígenas, étnicas u otros grupos excluidos, los niños habitantes de la calle o en situación de desplazamiento o quienes viven institucionalizados (Perdikidis, 2006).

La violencia o agresión contra la niñez, física, psicológica, social, negligencia o abuso sexual es Maltrato Infantil y se puede presentar en distintos espacios, como el hogar, la escuela o instituciones de detención y protección y en los distintos espacios públicos (niño trabajador, vinculado al conflicto armado, víctima de la explotación sexual, desplazado por el conflicto armado y en situación de calle).

La violencia contra los niños que se da dentro de la familia, es una de las tres categorías de violencia intrafamiliar (VIF), que incluye adicionalmente la violencia contra la pareja y la violencia contra otros integrantes de la familia, especialmente las personas ancianas (American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect, 2002).



Frente a los diferentes tipos de violencia sexual el Instituto Nacional de Medicina Legal para el 2011, reporta que el 90% de los casos de presunta violencia sexual ocurrió con niños y adolescentes. En las mujeres la mayor tasa de Violencia Sexual se concentra en las menores de 17 años y en los hombres se concentra en los menores de 14 años, con un marcado incremento para la población entre los cinco y los nueve años. De todos los casos de peritaje sexual el 75% correspondieron a abusos sexuales y los restantes se asociaron a asaltos sexuales. Los agresores fueron familiares en el 36% de los casos, otros conocidos 37%, desconocidos 16% y finalmente en el 11% se carece de información sobre el victimario. El lugar más frecuente de ocurrencia de los hechos fue en la mayoría la vivienda de la víctima y el sitio donde son cuidados. Esto implica que los eventos de maltrato físico, emocional y sexual, se presentan en los espacios y relaciones familiares y de cuidado, que deberían ser protectores para los niños, y que para estos eventos se convierten en los espacios de mayor vulneración de sus derechos. Tener esta información clara le permitirá no solo a los prestadores de servicios de salud sino también a todos los actores sociales tener una mejor aproximación sobre la dimensión del problema del maltrato infantil, y las necesidades y temáticas a ser abordadas con las familias en los momentos de interacción, intervención y seguimiento.

Las experiencias sociales tempranas, así como las posibilidades de exploración significativas, estarán en función al cuidado y afecto recibidos. En ese sentido, el vínculo establecido entre los niños y sus cuidadores (madre, padre u otro significativo), así como la calidad de este vínculo, son piezas fundamentales para el desarrollo de procesos que contribuyan a la salud mental y al incremento de la calidad de vida. En ese sentido, es esencial asegurarse que el primer registro vincular de los niños sean de afecto, respeto y confianza, ya que esta forma de relación temprana, marcará la pauta para el establecimiento de vínculos posteriores.

En Colombia los niños menores de cinco años constituyen el 11% de la población total (5 millones 132,760). La población vulnerable de esta franja de edad llega al 56% (2 millones 875,634) y de estos el 66%, es decir 1 millón 750,000 niños y niñas menores de cinco años tienen cobertura de atención por diferentes medios de atención: institucional, comunitaria y familiar. (PROFAMILIA, 2010) (Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS).

Es en este contexto que se propone complementar el esfuerzo del Estado dentro de la Estrategia de Cero a Siempre con la elaboración de un Manual que ayude a los diferentes actores sociales a construir ambientes saludables, donde se promueva el afecto, respeto y confianza; el amor incondicional a los niños y niñas en el ámbito familiar, social e institucional y se fortalezca la autoconfianza y autoestima; donde el juego se constituya en una permanente oportunidad y los niños dispongan de un soporte afectivo; donde se propicie un ambiente seguro, construyendo al mismo tiempo acuerdos sociales de una convivencia democrática y donde el amor, seguridad y aceptación sean las bases fundamentales del ambiente familiar, social e institucional, condiciones imprescindibles para hablar de salud mental en la infancia.



Adicionalmente, el referido manual busca desarrollar instrumentos para que las instituciones como el ICBF, Educación, Salud y otros que se vinculan con el cuidado de los niños y niñas menores de seis años a través de agentes comunitarios, equipos básicos de salud, madres comunitarias y otro personal. Estas instituciones puedan contar con instrumentos aplicables para la selección de personas con aquella función (cuidadores/as) y para las que están en actual función los criterios para el seguimiento y contención psicosocial a través de su institución.

1.2.1 ¿Qué se está haciendo?

En la actualidad, la serie de acciones con participación social, dirigidas a la primera Infancia , se enmarcan en *La Estrategia de Cero a Siempre*, la misma que se define como el conjunto de acciones planificadas de carácter nacional y territorial, dirigidas a promover y garantizar el desarrollo infantil temprano de las niñas y los niños desde la primera infancia, a través de un trabajo unificado e intersectorial, que respetando los derechos, articula y promueve el desarrollo de los planes, programas, proyectos y acciones en favor de la atención integral que debe recibir cada niña y cada niño, de acuerdo con su edad y contexto.

La estrategia de cero a siempre, define claramente objetivos relacionados con la protección y el cuidado de la salud infantil en general y de la salud mental de los mismos, en particular:

- Garantizar el cumplimiento de los derechos de las niñas y niños en la primera infancia.
- Garantizar la pertinencia y calidad en la atención integral a la primera infancia, articulando acciones desde antes de la concepción, hasta la transición hacia la educación formal.
- Sensibilizar y movilizar a toda la sociedad colombiana con el propósito de transformar las concepciones y formas de relación con los niños y niñas más pequeños.
- Hacer visible y fortalecer a la familia como actor fundamental en el desarrollo infantil temprano.

Estos objetivos trazan los caminos a través de los cuales, las instituciones responsables concurren para asegurar las condiciones que garantizan el desarrollo temprano de las niñas y los niños en su primera infancia. De igual modo, dan cuenta de las “realizaciones” que deben lograrse para cada niña y cada niño, de acuerdo con la expresión particular que requiere su edad, contexto y condición.

Desde el sector salud desde ya hace varios años en el país se implanto, la Estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) que impulsa a través de tres componentes: uno clínico para que la atención del niño y niña sea integral en servicios de salud, otro desde su componente comunitario que establece las practicas clave familiares para ser promovidas a través de los actores sociales (iglesia, gobierno local, sector educativo, etc.) y el tercero, que es su componente de gestión para el logro operativo de esta estrategia, todo encaminado a disminuir la mortalidad y morbilidad materna e infantil y al logro de un mejor desarrollo de los niños y las niñas.



1.3 Salud mental en la infancia

La salud mental infantil se ha definido (Osofsky, 2011) como la habilidad del niño de temprana edad de experimentar emociones, entablar relaciones y aprender, es así como puede involucrar la expresión constructiva y concreta de identidad, de sentir, de pensar, de comunicar, y la relación de los niños y niñas que desde recién nacidos/as establecen con su madre, padre, redes familiares, con otros, con los objetos, los ambientes y otros seres.

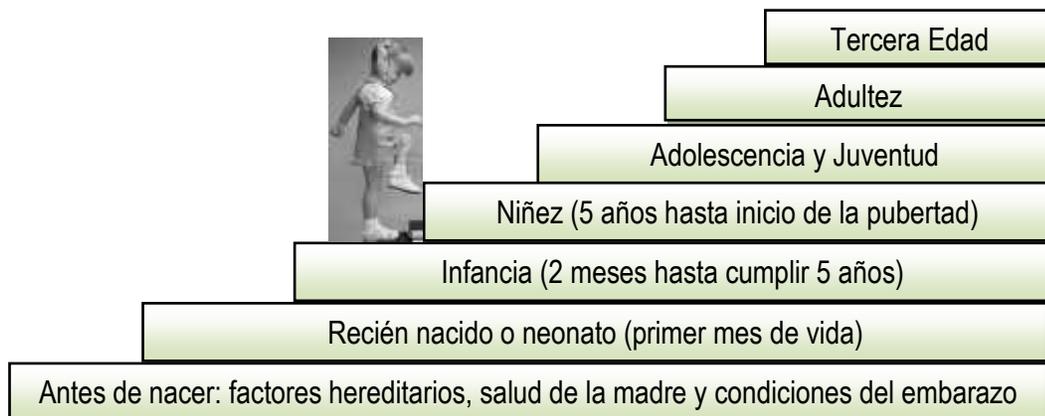
La salud mental compromete tanto las experiencias internas y subjetivas como las experiencias del contexto inmediato de personas que se vinculan a los niños y niñas. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud OMS, la salud mental combina experiencias en tres campos, a saber: el de las experiencias cognitivas, donde se incluyen las percepciones y los procesos de pensamiento, las experiencias afectivas, en tanto incluyen las emociones, los estados afectivos y los sentimientos, y las experiencias relacionales, en términos del interactuar con otros y con el entorno.

La salud como un continuo y el énfasis en la infancia

La salud se crea y se vive en el marco de la vida cotidiana: en los centros de enseñanza, de trabajo y de recreo. Carta de Ottawa (Primera Conferencia Internacional de Promoción de La Salud (1986). No es algo que se consigue de repente, como un regalo. Por el contrario, la salud es algo que se construye en el día a día, pues está determinada por los acontecimientos que van ocurriendo durante toda la vida de la persona, incluso, desde antes de nacer.

Así, el estado de salud del bebé, al nacer, dependerá de los aspectos hereditarios que le transmitan sus padres al concebirlo, del estado de salud que tenga su madre al quedar embarazada, y de las condiciones en que se desarrolle su embarazo, en todos los aspectos. La madre, ¿está sana y bien nutrida?, ¿Se siente tranquila y realizada porque va a tener a su bebé?, ¿Dispone de las condiciones básicas para criarlo?, ¿Siente algún tipo de angustia o estrés por el embarazo que lleva?.

De igual manera, las condiciones de salud que tenga ese niño mientras va creciendo, irán influyendo y construyendo las condiciones de salud que tendrá esa persona cuando sea adulta. Por eso es importante cuidar de la salud en cada etapa de la vida, para poder contar con una buena base de salud en las próximas etapas que se va a vivir.





La salud es un continuo que se va construyendo a lo largo de la vida...

Las actitudes y comportamientos relacionados con la salud empiezan a formarse desde que la persona nace y a medida que va creciendo, dependiendo de las circunstancias que le rodean y las costumbres y forma de pensar de sus padres y familiares; y continúan formándose durante toda la vida, hasta llegar a determinar la forma de ser, pensar, sentir y actuar de cada uno de nosotros en materia de salud.

Pero la vida no es rígida: se crece, se aprende, se construye, se crea, y siempre es posible aprender cosas nuevas para mejorar conocimientos, hábitos, prácticas y condiciones de vida. Esa es una de las maravillosas leyes y oportunidades de la vida. Por tanto, siempre es posible orientar a las familias para que asuman su responsabilidad en la educación y cuidado del niño y a entusiasmarlas a mejorar en cualquier etapa de la vida en que se encuentre.

1.4 Información básica de la Infancia

Del nacimiento a la infancia

El momento del parto, puerperio de la madre y etapa de recién nacido hasta los 2 meses de edad, constituyen el evento que conecta la etapa de gestación o embarazo con la etapa que conocemos como infancia. Durante esta etapa de la infancia, las niñas y niños se descubren a sí mismos: descubren sus manos, su cara, su cuerpo, sus gustos, sus necesidades. También descubren que, además de sí mismos, existen el otro y los otros que, como ellos, tienen manos, rostros, cuerpos, necesidades o gustos propios.

Además de crecer, aprender a controlar y dirigir sus propios movimientos, las niñas y niños tienen que aprender a conocer su espacio, calcular su tiempo, nombrar su mundo, clasificar su entorno, hacer preguntas, buscar respuestas, relacionarse afectivamente, enfrentar las frustraciones, gozar sus éxitos, compartir con otros a sus seres queridos, quedarse solos resistiendo la angustia, solicitar apoyos, ofrecer ayuda o expresar sus preferencias.

Todo ello forma una rica experiencia de aprendizaje que los va introduciendo, poco a poco, a la vida en sociedad, a la convivencia con los adultos, al mundo de todas y todos.

Características del desarrollo en esta etapa

Las cuatro primeras semanas de vida marcan el período neonatal (primer mes), momento de transición entre la vida intrauterina - en el vientre, dependiendo de su madre - a una existencia como ser independiente, distinto de su madre y separado ya de ella. (Rodríguez, 2006).



Desarrollo psicomotor (movimientos dirigidos por el cerebro)

Control de la cabeza. A los 2 ó 3 meses el bebé puede levantar su cabeza bastante alto, y alrededor de los 4 meses, puede mantenerla derecha cuando se le ayuda o cuando se le mantiene sentado.

La *habilidad para caminar y la precisión para agarrar cosas* son dos de las habilidades motrices más distintivas de los humanos, y ninguna de ellas está presente en el momento de nacer: son aprendidas. El desarrollo de estas habilidades psicomotoras va de lo simple a lo complejo, y suponen el uso de las piernas y los pies para desplazarse (habilidades motoras gruesas), y de las manos y dedos, para poder agarrar cosas, primero grandes y luego pequeñas (habilidades motoras finas).

Desplazamientos. A los 3 meses el bebé aprende a rodar sobre sí mismo y sentarse, ya sea levantándose sólo cuando está acostado, o dejándose caer cuando está de pie. El bebé promedio puede sentarse sin apoyo a los 5 o 6 meses, y sentarse sin ayuda dos meses después. Alrededor de los 6 meses empieza a moverse por todas partes de diferentes formas y bajo su propia cuenta y riesgo: se arrastra sobre el estómago, empuja el cuerpo con los brazos y avanza ayudándose de los pies. a veces corre sentado rápidamente, ayudándose de los pies y las manos.

Hacia los 9 o 10 meses se desplaza con soltura por todas partes. Practica parándose apoyado en cualquier objeto y después de unos 4 meses se suelta y se para solo. Alrededor de dos semanas antes del año es capaz de ponerse de pie. *Hasta después de haber logrado controlar el movimiento separado de sus brazos, manos, piernas y pies, será capaz de coordinar todos estos movimientos para poder caminar.* La idea de profundidad la aprende desde muy temprano, pero la habilidad para percibirla no significa que le tenga miedo a las alturas: el sentido de peligro se desarrolla más tarde.

Agarrar cosas. Primero el niño agarra objetos relativamente grandes con toda su mano, luego aprende a hacer pequeños *movimientos como de pinza, con su pulgar y su índice*, para levantar cosas muy pequeñas. Hacia los 3 meses y medio, el bebé puede agarrar un objeto no muy grande, aunque todavía tiene dificultad para agarrar cosas pequeñas. Cerca de los 7 meses ya tiene suficiente coordinación en las manos y dedos como para poder levantar un frijol, haciendo el *movimiento de pinza*. A los 14 meses puede construir una torre de dos cubos; a los dos años puede agarrar una taza y beber de ella, y ya tiene la habilidad de abrir y cerrar puertas. Unos 3 meses antes de su tercer cumpleaños, puede copiar un círculo, bastante bien.

Coordinación ojo-mano. Los niños de dos años y medio son capaces de hacer garabatos; aunque los adultos tienden a considerarlos como cosas hechas al azar y sin significado. El control de las manos todavía no es bueno, pero tampoco es “al azar”. Esta primera etapa del dibujo es de enorme importancia en el desarrollo de sus “habilidades motoras finas”, que lo llevarán luego al control de sus manos y dedos y le permitirán aprender a usar instrumentos necesarios, como crayones, tijeras, cubiertos, etc. (Halpern, Giugliani, Victora, & Barros, 2000)



Desarrollo del lenguaje

El bebé se comunica a través del llanto, luego aprende a balbucear. Alrededor del primer cumpleaños dice palabras cortas formadas por sonidos sencillos (pa-pa, ma-ma). Poder hablar no es solo asunto de aprendizaje, sino también de maduración. *Antes de que el niño/a pueda tener control completo de cualquier habilidad, debe estar biológicamente listo/a para poderla hacer.* Hacia los 15 meses sabe decir y utilizar diez nombres o palabras diferentes y su vocabulario continúa creciendo. A los 18 meses habla solo, sin importarle si la otra persona lo está escuchando. A partir de entonces atraviesa por una explosión de nombres, y de repente, aprende muchas palabras nuevas para clasificar los objetos. Su interés en nombrar las cosas muestra que ya se da cuenta de que las cosas son diferentes unas de otras. Alrededor de los dos años comienza a combinar palabras y a hablar con mayor claridad, aunque no es una regla general (no todos/as hablan en forma clara todavía). (Grizzle, Simms, & M, 2006)

Desarrollo socio-afectivo

El desarrollo emocional depende de muchos factores, algunos son visibles desde el nacimiento y otros aparecen con el tiempo. El apego y el vínculo son construidos desde esta etapa.

En los meses siguientes empieza a expresar *alegría, cólera, sorpresa, timidez y miedo*. Alrededor de los ocho meses, la mayoría de los bebés siente *miedo a los extraños*, pero no siente miedo si el extraño es otro niño. Algunas emociones más complejas aparecen más tarde, en el segundo año de vida, cuando la mayoría de los niños *desarrolla la auto-conciencia o capacidad de reconocerse como persona distinta y separada de otras personas* y cosas. Lograr esta auto-conciencia representa un gran salto en la comprensión y relación con otras personas, porque ya pueden ponerse en el lugar de otros y comprenderlos, desarrollando el sentimiento de empatía (agrado por otros); y son capaces de analizar sus propios sentimientos. (Greenspan & Thorndike-Greenspan, 1997).

Cuando se dan cuenta de que nadie más puede conocer sus pensamientos, desarrollan la habilidad de mentir.

Sus primeras sonrisas con frecuencia son espontáneas, como una expresión de bienestar interno, más tarde son señales que muestran su agrado por otras personas.

Sensibilidad hacia los demás. A menudo los niños que tienen de 10 a 12 meses de edad lloran cuando ven llorar a otro niño; a los 13 ó 14 meses acarician con palmaditas o abrazan a un bebé que llora; y, aproximadamente al año y medio, prestan algún tipo de ayuda a otras personas, como ofrecerle un juguete nuevo para reemplazar uno roto, o darle una curita a alguien que se ha cortado un dedo.



Desarrollo del lenguaje

A los 3 años y medio, el niño habla constantemente y tiene un comentario para todo. Puede entender y dar órdenes sencillas y nombrar cosas familiares como animales, partes del cuerpo y gente conocida. Usa los plurales, el tiempo pasado y los pronombres *yo, tú, mi* y *me*, correctamente.

Entre los 4 y 5 años habla formando oraciones de 4 ó 5 palabras y puede manejar *conceptos de color* (rojo, verde), *de lugar* (encima, debajo, en, sobre, detrás), *de tamaño* (grande, mediano, pequeño), de distancia (cerca – lejos) y de forma (redondo, cuadrado), entre otros. Además, en su forma de hablar, usa más los verbos que los nombres o sustantivos.

Independencia personal e inserción social

Independencia: El niño depende física y emocionalmente de sus padres, sin embargo poco a poco adquiere mayor independencia conforme se va relacionando con otras personas de su entorno social. En esta etapa, algunas niñas y niños asisten a centros infantiles de Educación y a grado cero del nivel escolar, en donde empiezan a compartir con otros niños y niñas, aprenden a cantar, a jugar, a pintar libremente, a compartir materiales y juguetes y en donde desarrollan sus habilidades motrices.

Para esta época las niñas y niños tienen una gran imaginación y son capaces de crear sus propios juegos en unión con otros niños de su edad. Es evidente además la gran energía que despliegan en esta época, lo que va unido a una curiosidad sin límites.

Auto-control de sus necesidades fisiológicas (capacidad de valerse por sí misma/o). A esta edad ya han aprendido a controlar sus funciones intestinales y urinarias.

Bañarse y vestirse sin ayuda. Desde los 3 años el niño o niña es capaz de abotonar y desabotonar ojales grandes, y a los 4 años, lo hace lo suficientemente bien, como para *empezar a vestirse solo/a*. Al final de esta etapa ya el niño y la niña debería ser capaz de vestirse solo, además de realizar su aseo personal sin ayuda. El aprender a bañarse, vestirse y desvestirse e ir al baño solo/a, le será de enorme utilidad, no solo porque lo independiza del adulto en cuanto al aseo personal, sino porque *le enseña, desde temprana edad, que hay algunas cosas que se hacen en privado, en la intimidad, un aprendizaje que lo protegerá de situaciones que pueden llegar a causarle daño (abuso sexual)*. Aquí juegan un papel muy importante los papás y familiares, para insistir en que adquiera estos hábitos de higiene personal e independencia que le serán muy valiosos en la vida.

Amor, estímulo y reconocimiento

Los niños y niñas necesitan y tienen derecho a recibir amor, estímulo y reconocimiento, especialmente de su mamá, papá el resto de familiares, los cuidadores y cuidadoras, profesores y otros actores que cuidan.



¿Cómo se puede demostrar afecto y amor a una niña o niño?

Acariciándolo, abrazándolo, diciéndole lo mucho que se le quiere.

Cantándole, enseñándole canciones y cantando con él o ella, cuando es más grande.

Platicándole, escuchándole y dejando que opine y exprese sus ideas.

Sonriéndole, jugando con él/ella, haciéndole bromas y cosquillas.

Juegos o actividades, cuando es más grande.

Cuidándolo y estando pendiente de que esté bien, brindándole seguridad siempre. Tratándolo con dignidad y cariño, respetando sus derechos, y dándole buen trato.



Desde una perspectiva de ciclo vital, en la que se asume que el desarrollo es un proceso que comienza con la vida y con ella termina, el desarrollo infantil es multidimensional y multidireccional y está determinado por factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales e históricos. A través del desarrollo, niños y niñas construyen formas de comprender e interactuar con el mundo progresivamente más complejas y elaboradas, a través de la interacción con las múltiples influencias de su contexto; estas formas de comprensión e interacción, presentes en cada momento de la vida, constituyen en sí mismas plataformas para la continuidad del desarrollo humano.

La niñez representa hoy un período de gran vulnerabilidad en el cual el organismo es especialmente sensible a factores favorables y desfavorables del entorno y con un comportamiento variable ante los determinantes de la salud, que conlleva una expresión diferencial en los niveles de salud mediante gradientes dentro de las subpoblaciones.

Los contextos en los que se produce el desarrollo son críticos y, en ese sentido, el más inmediato y temprano, el familiar, es sobre el que se construyen las bases. A medida que el niño crece, otros contextos relacionales (escuela, grupos de pares, vecindario, cuidadores, grupos religiosos y nacionalidades) adquieren mayor relevancia. Ante el reconocimiento de que el individuo integra diferentes grupos o categorías simultáneas, el concepto de ecología va cobrando relevancia: (Earls & Carlson, 2001).



PROMOCION DE LA SALUD MENTAL EN LA PRIMERA INFANCIA

2.1. Promoviendo salud mental: vínculo, juego y arte

2.2. Practicas clave para la salud mental infantil

2.3. Promoción de prácticas clave con actores sociales

2.3.1. Primero: posicionamiento

2.3.2. Trabajo con actores sociales

2.3.3. ¿Cómo hacer abogacía a los actores sociales?

2.4 Preguntas para compartir y construir a partir de las respuestas



2. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL

2.1. Promoviendo la salud mental en la primera infancia



**Soy un niño con un nombre que me sustenta:
Llámame por mi nombre.
Permíteme expresarme libremente:
no termines mi frase, no culmines mis trazos, no rellenes mis
dibujos.
Mírame a los ojos cuando me hables:
de ser posible, colócate a la altura de mi vista.
Enséñame también como aprender:
pero... quiero aprender explorando, haciendo, viviendo.**

(Anzola, 1997)

En esta primera parte se revisa la importancia de las relaciones tempranas, su influencia en el desarrollo humano y en la génesis de psicopatología. Asimismo, se enfatiza la relevancia de la calidad de estas relaciones para la promoción de la salud mental de la comunidad y para la prevención de psicopatología posterior.

Se proponen como estrategias para promoción de la salud mental infantil prácticas claves que giran torno al juego y el arte para ser practicadas con los cuidadores de acuerdo con la edad de los niños y las niñas y su estadio de desarrollo.

El término apego fue introducido por Bowlby (1958, 1969, en Bowlby, 1988), actualmente utilizado por los teóricos del desarrollo y del vínculo (Main, 1999). El concepto de “apego” alude a la disposición que tiene un niño para buscar la proximidad y el contacto con un individuo, sobre todo bajo ciertas circunstancias percibidas como adversas. Esta disposición cambia lentamente con el tiempo y no se ve afectada por situaciones del momento. “La conducta de apego” se adopta para obtener esa proximidad. En particular, los bebés despliegan conductas de apego tales como llorar, succionar, aplaudir, sonreír, seguir y aferrarse, aunque no discriminan con claridad a quienes están dirigidas dichas conductas.

La conducta de apego es definida por Bowlby (1983) como aquella “... que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentarse al mundo”. Esto resulta sumamente obvio cada vez que la persona está asustada, fatigada o enferma y se siente aliviada en el consuelo y los cuidados

El postulado original de Bowlby considera que los bebés humanos, como muchos otros mamíferos, están provistos de un sistema conductual del apego, como una condición esencial de la especie



humana, así como de otras especies. Esto significa que el bebé llegará a vincularse con una figura específica en el rol de cuidador principal (Ainsworth, 1979; Fonagy, 1993; Jané, 1997). Así el niño mantiene su relación con la figura de apego dentro de ciertos límites de distancia o accesibilidad (Bowlby, 1976, 1983, 1986, 1988; Jané, 1997).

La indefensión prolongada del ser humano durante su infancia implica graves riesgos vitales, por lo que al parecer el código genético proveería al bebé de conductas cuyo resultado suele ser que madre y bebé estén juntos (Ainsworth, 1970).

Uno de los aspectos que ha permanecido casi completamente al margen de la investigación empírica en el área del desarrollo emocional, a pesar de su relevancia teórica, es la posibilidad de establecer vínculos de apego con figuras diferentes a la madre o al principal cuidador. En Colombia la ausencia de investigación sobre el tema se enmarca en un contexto en el que dadas las condiciones sociales y económicas, personas diferentes a los padres son quienes con frecuencia deben asumir el cuidado de los niños. Este es el marco dentro del cual se inscribe el presente estudio que estuvo dirigido a explorar el vínculo de apego entre hermanos que se forma en los niños bogotanos de estratos bajos. Específicamente se evaluó el potencial del hermano mayor para actuar como figura de apego subsidiaria durante las ausencias situacionales de la madre. En el estudio se incluyeron 20 parejas de hermanos que fueron observados interactuando en sus casas por espacio de una hora y media. Los puntajes de las dimensiones evaluadas: seguridad y dependencia, respaldan la hipótesis de que existe un vínculo de apego entre hermanos. El hermano mayor actúa como figura de apego subsidiaria y como tal, se constituye en una fuente de seguridad y una base desde la cual el hermano menor puede explorar el ambiente. (Maldonado & Carrillo, 2002)

2.1.1. Del apego al vínculo

Las conductas de apego forman parte de un sistema interaccional complejo (Doménech, 1993) y promueven el establecimiento de una relación de apego, que es la interacción entre el bebé y el cuidador primario, y que a su vez promueve el establecimiento de un tipo particular de vínculo entre ellos (Carlson, en Cichetti, 1995). La relación de apego actúa como un sistema de regulación emocional, cuyo objetivo principal es la experiencia de seguridad. Así, se desarrolla un sistema regulador diádico en el que las señales de cambio de los estados de los bebés son entendidas y respondidas por el cuidador, permitiendo alcanzar la regulación de esos estados (Fonagy, 1999).



La conducta de apego puede manifestarse en relación con diversos individuos, mientras que el vínculo se limita a unos pocos. El vínculo puede ser definido como un lazo afectivo que una persona o animal forma entre sí mismo y otro, lazo que los junta en el espacio y que perdura en el tiempo (Bowlby, 1988).

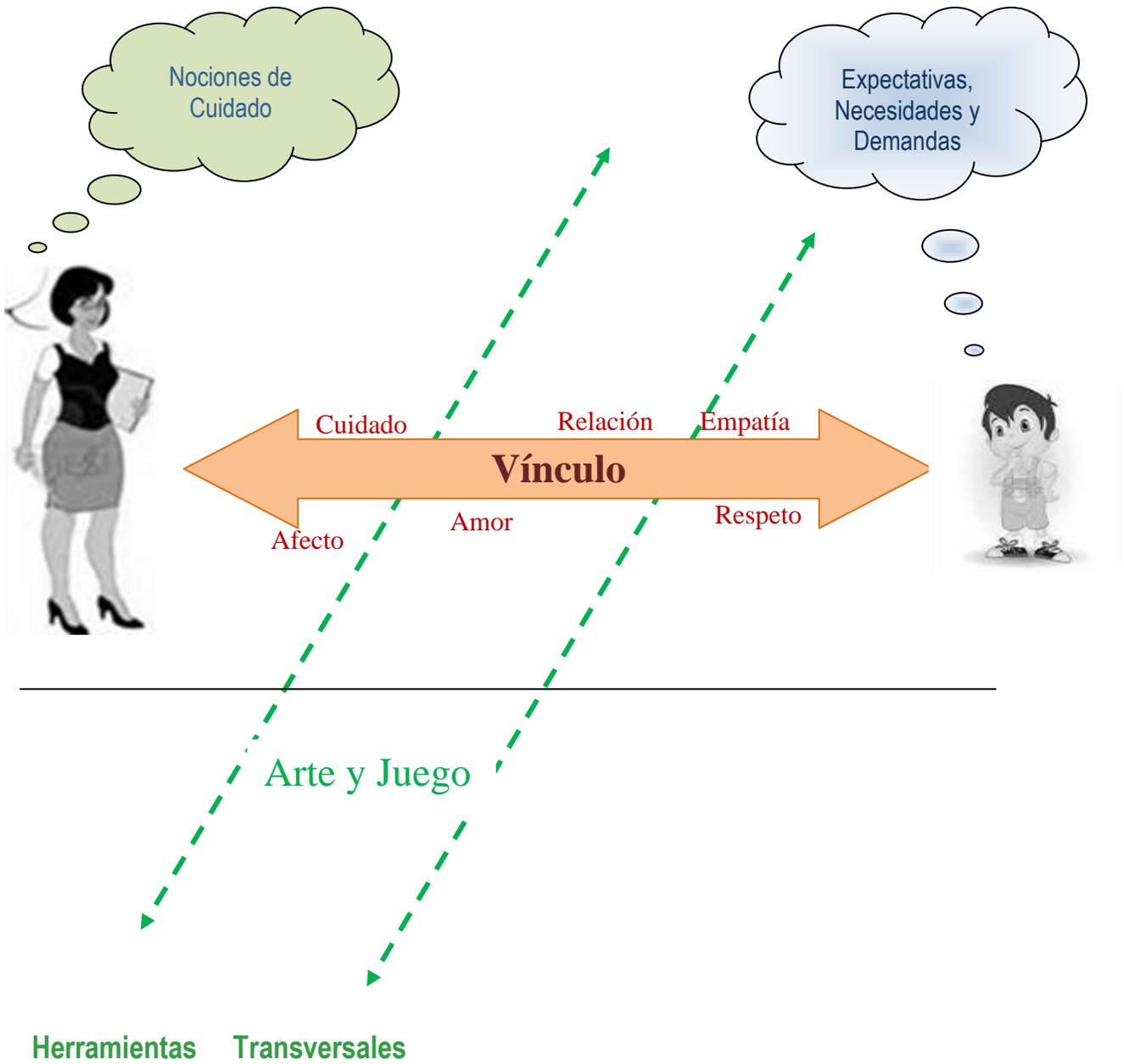
El sello conductual del vínculo es la búsqueda para conseguir y mantener un cierto grado de proximidad hacia el objeto de apego, que va desde el contacto físico cercano bajo ciertas circunstancias, hasta la interacción o la comunicación a través de la distancia, bajo otras circunstancias (Bowlby, 1988). Cuando esto ocurre se dice que un niño está vinculado a su cuidador, en general la madre, ya que sus conductas de búsqueda de proximidad se organizan jerárquicamente y se dirigen activa y específicamente hacia ella (Ainsworth, 1979).

El vínculo permanece a través de períodos en los que ninguno de los componentes de la conducta de apego ha sido activado. Así, cuando un niño juega o se encuentra ante una separación de su figura de apego, el vínculo se mantiene pese a que las conductas de apego no se manifiesten.

El individuo está predispuesto intermitentemente a buscar proximidad hacia el objeto de apego. Esta predisposición es el vínculo. Aunque la conducta de apego puede disminuir o hasta desaparecer en el curso de una ausencia prolongada del objeto de apego, el vínculo no ha disminuido necesariamente (Ainsworth, 1970). El vínculo tiene aspectos de sentimientos, recuerdos, expectativas, deseos e intenciones, todo lo que sirve como una clase de filtro para la recepción e interpretación de la experiencia interpersonal (Ainsworth, 1967, en Main, 1999). El vínculo es un proceso psicológico fundamental que afecta el desarrollo humano a lo largo de la vida (Fonagy, 1993).

Definición operativa de vínculo

La construcción del vínculo inicia desde la gestación e implica una relación afectiva entre madre y bebé, más allá del apego precoz para iniciar la lactancia materna y el contacto de piel a piel. Este vínculo se expresa a través del cuidado, el afecto y empatía tanto de la madre, como del padre, las redes familiares y, en su momento, los establecimientos preescolares, guarderías y al grado cero de Educación, espacios de los cuales recibirá afecto y construirá, según su etapa evolutiva, vínculos que reproducirán los afectos, sentimientos y valores que ha recibido.





2.1.2. El juego

La importancia del juego en la primera infancia

El juego es un derecho del niño y de la niña, también es una función vital, como la alimentación, centrada en el principio del placer, placer por el descubrimiento y placer por el dominio progresivo del mundo y de sí mismo.

En la acción de jugar, el cuerpo siempre está involucrado, modificando el mundo externo y a su vez el mundo interno del niño. El juego es la herramienta fundamental a través de la cual los niños y niñas se acercan a la exploración y el conocimiento, no sólo de los objetos y de las personas que lo rodean, sino de sí mismo. Con el objetivo fundamental de comprender, entender y sacar sus propias conclusiones sobre el mundo. Los niños juegan movidos por una necesidad interior, que nace de la propia naturaleza del hombre, que en lenguaje corriente llamamos curiosidad. En tal sentido, los niños/as no juegan por mandato, orden o compulsión.

Se considera al juego infantil como una actividad de gran potencialidad para el desarrollo y el aprendizaje, por estar ligado a la adquisición de las competencias cognitivas, afectivas, emocionales, motrices, comunicacionales y sociales.

El niño y la niña juegan continuamente, es imposible saber cuando no están jugando, aunque no toda la vida es juego. Al decir de Gutton (1973), juegan incluso en las situaciones más extremas, a veces trágicas, difíciles de su vida, el niño juega como si el juego, actividad maravillosa, variada, rica, fuera para él una necesaria forma de ser. El juego es la forma privilegiada de expresión infantil.

En la primera infancia, los juegos en el niño y la niña están centrados en el propio cuerpo, en las experiencias sensoriales y de movimiento así como en la simbolización de deseos y temores.

Estos juegos le van a permitir apropiarse del propio cuerpo y del espacio a partir de dominar la motricidad. Esto, unido a los procesos de simbolización, posibilita la organización y estructuración del espacio, la construcción del esquema corporal y la imagen de sí.

También el juego permite a los niños comprender las relaciones con los otros, abrirse a los procesos de comunicación y en consecuencia promueve el acceso al lenguaje hablado.

Es necesario tener en cuenta que para que todos estos procesos se lleven a cabo se le debe permitir al niño jugar libremente.

Funciones y características del juego en la niñez

El niño y la niña no juegan a cualquier cosa, ni en cualquier momento de sus vidas, cada tipo de juego es predominante en un determinado momento de la vida, y las formas lúdicas más elaboradas se construyen sobre otras más simples.

Reconocer a qué juegan los niños y niñas en cada etapa de sus vidas es importante para ofrecer los objetos o juguetes pertinentes a su nivel de desarrollo, así como el espacio y el tiempo necesarios para el despliegue de los mismos.



Para los niños es imprescindible contar con adultos significativos que puedan conocer y reconocer las necesidades de cada uno de ellos, en el aquí y ahora.

Los adultos son los encargados de brindar seguridad afectiva, emocional, postural y del entorno físico (espacio, tiempo y objetos) a los niños y niñas, para que puedan acceder al juego con placer.

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

“En mi casa he reunido juguetes pequeños y grandes, sin los cuales no podría vivir. El niño que no juega no es niño, pero el hombre que no juega perdió para siempre al niño que vivía en él y que le hará mucha falta”.

(Neruda, 1974)

¿Qué es el juego? Desde el punto de vista etimológico, la palabra juego se deriva del latín iocus o acción de jugar, diversión, o broma similar al término lúdico, cuya raíz latina es ludus o juego. Una definición desde la filosofía, fue realizada por el holandés Johan Huizinga en su libro Homo Ludens, primer documento que hizo referencia al juego desde la perspectiva científica y académica, lo define como: “una actividad libre, que tiene una motivación intrínseca y un fin en sí misma, genera cierto orden y tensión con el jugador, está regulada por reglas específicas y es una situación ficticia que puede repetirse.” (Huizinga, 2005).

Tal como lo cita (Esquivel, 2010), es una actividad natural para los niños en todas las regiones y culturas del mundo y según investigaciones (García de Lima, Azevedo, Nascimento, & Melo, 2009) se caracteriza por ser seria, no significa solo pasar el tiempo, ésta debe constituir una actividad estimulante, divertida, creativa y enriquecedora.

El juego ha estado presente a lo largo de toda la historia de la humanidad, se han descubierto juguetes del año 3000 -1500 A.C de la civilización del Valle del Indo.

El juego sirve para gastar el sobrante de energía, para relajar a los individuos que tienen que realizar actividades difíciles y agotadoras, para la maduración psicofisiológica y la salud mental; es fundamental para la construcción del ser humano como sujeto social, subjetivo y cultural, se trata entonces de una actividad que tiene valor en sí misma, situada fuera de la vida corriente; que se da bajo la alegría y el placer. También comprende tensión, incertidumbre, riesgo, competencia y azar.

El juego permite al niño explorar sin temor a equivocarse, así es posible inventar nuevos modos de proceder. La perspectiva de promover el juego tiene presente que en el juego se aprende, fortalece una interacción saludable y desarrolla valores como la solidaridad, tolerancia, respeto.

Es importante generar para el niño ese “como sí”, la incertidumbre..... “y que pasaría si tú”, “si nos imaginamos que....”, entonces cualquier rincón de la casa se convierte en la tienda, un centro de



belleza o en un almacén. Un espacio sencillo como la montaña de cojines, se convierte en un sitio mágico y especial, entonces no solo se trata de dejar al niño “que juegue” sino de jugar con él.

Juegos de contacto como arrastrarse, rodamientos, caídas y persecuciones; juegos musicales, inventar palabras, inventar idiomas, adivinanzas, juegos de vértigo como balancearse, trepar y caer, juegos de contraste como aparecer y desaparecer, juegos espaciales como laberintos, entrar y salir; juegos sensoriales para tocar oler, ver, saborear, juegos de construcción y juegos de competencias con normas y reglas, son solo algunos ejemplos del inmenso potencial de generar espacios lúdicos para los niños.

El juego es una estructura abierta y a partir de ella se puede expresar vivencias significativas. En ese sentido, la familia y los padres, maestros y cuidadores se deben preocupar más por el proceso que por el resultado, es decir, mirar los pasos, la experiencia y el ritmo para lograr una potenciación del desarrollo; generar las condiciones y espacios para el juego, teniendo en cuenta que “si el juego no es libre, entonces no es juego”.

Es así como el juego constituye un despliegue de saberes y fundamentalmente establece vínculos, que promueven la salud mental infantil, a través de todo un proceso de interacción y de socialización entre el niño y la niña y sus cuidadores.

2.1.3. El niño y el arte

“Mi mamá y yo” Niño de 4 años (Gómez)

El desarrollo del arte en la infancia temprana representa el desarrollo de una capacidad creadora que se convierte en la representación gráfica de su pensamiento y refleja cómo a medida que los niños van creciendo, van percibiendo el mundo de formas muy diferentes y su realidad va cambiando.



Se busca que el niño logre utilizar el arte como una forma de comunicación, así el niño logra expresarse libremente y sin inhibiciones. El arte, al igual que el juego, no pretende “un” producto final sino “el” proceso creador.

El arte es un potencial generador de experiencias significativas de disfrute, a través del contacto con las artes plásticas, la música y la expresión corporal, entre otras. Entonces el niño, a partir de dichas experiencias, relaciona su cuerpo con olores, colores, texturas y aprende relaciones de los objetos, transformándolos y construyendo.

Algunos autores como (Lowenfeld & Brittain, 1961) han propuesto un análisis de la evolución de la expresión plástica infantil en estadios de la evolución gráfica. Dichos autores consideran los dibujos



infantiles como una expresión del niño en su integralidad, el niño se describe a sí mismo y su huella de individualidad queda registrada, describió varios estadios del dibujo centrados en la figura humana, afirmando que los niños dibujan lo que saben y no lo que ven.

Inicialmente el niño pasa por la etapa del garabateo, hace trazos desordenados que poco a poco se van organizando y controlando, va apareciendo en los trazos límites y posteriormente la descripción y la narrativa.

El arte desarrolla en el niño su capacidad creadora y su iniciativa, en la que aparecen pensamientos, emociones y acciones.

El sentido estético da la oportunidad de ver como elementos aislados son puestos en relación, satisface su deseo de explorar y sus necesidades de conocimiento.

El propósito de la enseñanza del arte en ambientes escolares y de desarrollo , no es precisamente lograr que el niño se convierta en artista, plantearlo de esta manera sería equivalente a decir que se enseña la escritura para que el niño se vuelva escritor.

El arte se enseña para dotar al niño de una visión particular del mundo: una visión creadora y abierta.

Según (Barbosa, 1998), educadora Brasileña, la enseñanza del arte se divide en cuatro dimensiones, inicialmente la apreciación del arte como la posibilidad de hacer una reflexión entre su propia obra y la de los demás, la producción del arte como la posibilidad expresiva- comunicativa y finalmente la contextualización para conocer expresiones artísticas en diferentes épocas y manifestaciones.

El niño conoce al mundo por los sentidos, conoce su propio cuerpo, después su familia, su entorno, su colegio. La idea no es mostrar cómo se pinta, sino que ellos expresen y representen el entorno desde su perspectiva. El arte también posibilita reconocer que los seres humanos tienen el privilegio de manifestarse en una gran diversidad de lenguajes, permite entender la riqueza de las diferencias, el valor de lo propio y auténtico, especialmente de la propia subjetividad, facilitando canales para expresarla y compartirla a través del arte.

Es así como el arte constituye un pilar fundamental en la promoción de la salud mental por su potencial de comunicación con el otro, es un propulsor de la integración social de niños, adolescentes, adultos y ancianos al permitir experimentar en un ámbito donde no hay aciertos ni errores y se es esencialmente “humano”.

El arte hace posible reconocer que los seres humanos tienen el privilegio de manifestarse en una gran diversidad de lenguajes, permite entender la riqueza de las diferencias y el valor de lo propio y auténtico.



2.1.4. La Literatura

“Todo bebé requiere de dos tipos de baños para poder construir un psiquismo sano: el baño de caricias y el baño de palabras... salimos del vientre materno para caer en el vientre de la lengua, en el vientre de la cultura que está mediado por las palabras.

Dos baños, el de las caricias, ese contacto de la piel del bebé con la de sus figuras cercanas, ese roce que le va informando que es acogido, que está protegido y, al mismo tiempo, que le hace experimentar su corporalidad y la de los otros, sus límites físicos y los de los otros, sus potencialidades y las capacidades de los otros.

Dos baños: el de las palabras, que le dicen que es amado, que hace parte de un núcleo, que le nombran a él y al mundo, que le transmiten su historia y la de los que llegaron antes...” (Cabrejo, 2008)

Escribir sobre la lectura como expresión del arte y como actividad promotora de la buena salud mental en la infancia temprana, supone el reto de transformar la clásica concepción de la lectura, desde el concepto de alfabetización con el cual suele equipararse o con la concepción en el ámbito del lenguaje escrito. Se suele pensar que un niño solo es capaz de leer cuando tiene cinco o seis años y está escolarizado. Ese transformar obliga a pensar en la lectura desde el sentido amplio del lenguaje y la comunicación humana y asumir nuevos paradigmas que consideren el acto lector como un proceso complejo de construcción de sentido.

De acuerdo con autores como (Reyes, 2005) el lector no se limita a extraer un significado dado de antemano por un texto inmutable y unívoco, sino que despliega una compleja actividad psíquica para construir ese significado y que dicha actividad también se pone en marcha en la interacción con otros códigos diferentes al del texto escrito, lo cual resulta particularmente cierto en los procesos lectores que se inician durante la primera infancia.

Dentro de esta concepción, la lectura supone más que un acto pasivo de saber qué dice un texto escrito, ya que implica un proceso de diálogo, una acción comunicativa y de negociación de sentidos, en el que intervienen un autor, un texto que puede ser verbal o no verbal y uno o varios lectores.

La lectura en la infancia inicia en el útero, “el bebe lee con las orejas”, escucha el sonido de la voz de la madre, del padre, de los abuelos, de sus hermanos, que puede diferenciar y que le van construyendo un lenguaje e inicia a participar en la construcción de sentidos.

Después del nacimiento y en sus primeros meses de vida, lee ya no sólo con sus orejas sino con la piel, su familia lo va introduciendo en su cultura y le cuenta cuentos que se escriben en su piel...



“este dedito compro un huevito, este lo cocinó, este lo revolvió, este lo sirvió a la mesa y este pícaro gordinfloncho se lo comió...” recordando un cuento tradicional colombiano.

El lector es un sujeto activo que participa en el proceso de construcción de sentido, a través de las relaciones que establece con su madre, padre, abuelos y hermanos mayores ofreciéndole un contexto en el que ocurrirán todas las formas posibles de lectura y escritura, desde las más sencillas hasta las más complejas en medio del triángulo amoroso, libro niño, y adulto, es así como a través de la experiencia inicial de la lectura en voz alta, el niño despliega una actividad interpretativa de gran riqueza emocional y cognitiva mucho antes de acceder al proceso de alfabetización formal por eso es fundamental, para el cuidado del niño, fomentar la lectura en voz alta como actividad sumamente importante en la estimulación del niño.

Se trata entonces, de leerle a un niño, ofrecerle un mundo que se ensancha y le permite un mayor desarrollo del lenguaje, de los procesos cognoscitivos y emocionales, especialmente durante el primer año de vida.

La génesis del lenguaje y el ingreso al mundo de lo simbólico están mediados por la vinculación afectiva que se establece entre la madre y el bebé.

En este proceso, que se inicia incluso antes del nacimiento, la interacción madre – hijo construye las bases de la comunicación con el mundo y con la cultura, incide en el desarrollo afectivo del niño y le ofrece el sustrato básico de nutrición emocional para descifrarse y relacionarse con los otros. Tanto el arte como el juego propician el descubrimiento de otros mundos posibles.

Las palabras: esas etiquetas para ir más lejos a través de la tradición oral y de los textos de la cultura (literatura, música, juego), fomentan la comunicación, imprimiéndole una carga afectiva que desde edades muy tempranas logra procesos que mejora los vínculos y resignifica los patrones de crianza.

La literatura proporciona nutrientes afectivos para la subjetividad, al mejorar la comunicación verbal y no verbal de la familia, dotando a todos sus miembros, tanto niños como adultos de un lenguaje más interpretativo, expresivo y simbólico que fortalece la capacidad creadora pues los libros vislumbran esos paisajes que se abren: magia, miedo, sueño, pesadilla, vida y muerte . Y con ellos se pueden crear esas cosas que no están, explorar el mundo, generar múltiples preguntas y respuestas.

El proceso de la lectura abre las puertas a la escritura pues leer y escribir son dos caras de la misma página y leer permite al niño familiarizarse con el lenguaje escrito, pero es importante tener en cuenta que es posible escribir con múltiples lenguajes, él bebe escribe en el cuerpo de la madre,



con sus manos y con su boca, con sus risas y su llanto; los libros se convierten en cuerpos que cantan, manos que señalan caminos y voces que ayudan a construir la propia voz.

Es así como no basta solo decirle a la madre que le lea al niño, primero que todo no es “leerle”, es “leer con”, es necesario decir que no es sólo la madre la que debe leer con el niño, sino toda su familia, dado que cada nueva voz, genera un nuevo mundo para el niño.

Es fundamental promover la lectura de los padres y cuidadores con el niño, pues no se puede hablar de un lector autodidacta en la infancia, retomando la pareja lectora niño- adulto, es esa relación que se construye con el niño, a través de la voz, la historia, la anécdota, el cuento, la risa, la canción y la entonación, en donde no hay una mejor hora sino en medio de la cotidianidad, este es un ejemplo: *“Hace mucho, pero mucho tiempo, cuando yo era niña, mi madre me cantaba.... De aquí no se corta carne, ni de aquí, ni de aquí, sino de aquí que es la más gordita” (y la historia termina en risas...)*

Muchas situaciones en la vida cotidiana del niño y su familia son escenarios maravillosos para fomentar la lectura desde el desarrollo infantil temprano: Antes de dormir, al despertar, en medio de la alegría e incluso en los momentos difíciles.

El momento de la lectura significa también contar con el niño, respetar los momentos en los que él dice no quiero y también generar espacio para que el cuente sus experiencias, dejar que se acerquen a los libros, que los toquen, los huelan perdiendo el temor a que el niño “dañe el libro”, muchos autores nos invitan a que en las casas, las bibliotecas estén justo al alcance de los niños.

Se requiere una biblioteca creada para ellos, en la cual debe existir ejemplos de todos los géneros literarios, como la poesía de diversos autores, la tradición oral que es traída desde la memoria adulta y representa la cultura (rondas, retahílas, trabalenguas, adivinanzas, etc.), música de todo tipo, libros de imágenes que van desde los que están disponibles para bebés con imágenes sencillas sin texto y con representaciones de momentos cotidianos de la vida que el niño ya reconoce aún sea muy pequeño. Estos libros permiten a sus padres, abuelos y cuidadores inventar las historias, también deben tener libros- álbumes, que combinan imágenes y texto, situación que invita al niño a elaborar asociaciones, desarrollando de una manera muy significativa el lenguaje, permitiendo al niño a anticiparse al desenlace, formular otro final y relacionar las situaciones.



2.2. Prácticas Clave y Mensajes para Salud Mental Infantil.

La evidencia científica sobre la promoción del desarrollo mental y social, del niño y niña respondiendo a sus necesidades de cuidado, como también hablándole, jugando y dotándole de un ambiente estimulante se halla reflejado en documento de la OMS sobre prácticas clave (Organización Panamericana de la Salud, 2005)

...Existe una amplia base científica sobre los beneficios de la estimulación temprana en el hogar y en los centros de cuidado infantil (CCI). Se ha demostrado de adultos que nacidos en la pobreza, pero que participaron en un programa preescolar de calidad cuando niños, exhiben mayor responsabilidad social, mejor desempeño escolar, ingresos más elevados, mayor riqueza de activos y un compromiso más sólido para el matrimonio.

...Las intervenciones en los CCI parecen ser más eficaces que las del hogar. Sin embargo, las intervenciones que utilizan más de una vía para proporcionar esta estimulación parecen tener un mayor impacto. Se cree que se requieren intervenciones intensivas y periodos de 2 a 5 años para tener resultados.

El cambio de prácticas familiares en una sociedad, depende de variadas estrategias que involucran muchos y diversos comportamientos. El primero de ellos es la decisión de llevar adelante un proceso local para comprometer la participación de los diferentes actores sociales en una realidad concreta.

A continuación se describen las prácticas clave en salud mental, tomando el vínculo, el juego y el arte como tres prácticas que inducen al desarrollo social y afectivo del niño y niña y que repercuten en la salud mental de la primera infancia.

Vínculo-Apego: Afecto, Cariño y cuidados.

“Promueva el desarrollo mental y social del/a niño/niña, respondiendo a su necesidad de atención, y procure estimularlo/a desde el vientre, mediante la conversación, juegos y otras interacciones físicas y

Mensajes clave:

- Las madres y los padres deben, desde la gestación, sentir que llega un ser humano que los trasciende y que requiere de ellos desde el inicio ternura, afecto y amor.
- En todos los espacios donde los menores de seis años socializan y se desarrollan, el cuidado, afecto y amor debe ser un referente para todos los actores (más allá de la familia): guarderías, cunas, grado cero y otros.
- El valor social que una sociedad, a través de sus actores



<p><i>emocionales apropiadas.”</i></p>	<p>sociales, otorga al cuidado con amor, debe reflejarse en prácticas institucionales de cuidado, difusión de los nuevos espacios con amor.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Las gestantes, especialmente las adolescentes, requieren el apoyo social-institucional, para asegurar referentes (cuidadoras/es) familiares e institucionales, así como el acompañamiento en salud mental a la mujer gestante. ○ Haga que el bebé comparta las actividades de la familia aun cuando parezca muy pequeño. Hay que hablarle, reírse con él, mostrarle objetos, hacerlo escuchar sonidos, abrazarlo, mostrarle cariño. ○ Tres momentos son especialmente importantes para que el niño o la niña se comunique y reciba el cariño de su familia: cuando toma pecho o come, cuando lo cambian o bañan y al momento de dormir. ○ Los niños y niñas aprenden mejor a las buenas que a las malas. El castigo, en cualquiera de sus formas, dificulta el desarrollo del niño o niña y puede generar en él o ella, huellas que lo acompañarán para toda la vida. ○ Los niños y niñas tienen derecho a un certificado o partida de nacimiento, y ello, entre otros beneficios, puede ayudar a que sean cobijados por programas de bienestar social y reciban atención en salud.
<p style="text-align: center;">Juego y Arte</p> <p><i>Se considera al juego infantil como una actividad de gran potencialidad para el desarrollo y el aprendizaje, por estar ligado a la adquisición de las competencias cognitivas, afectivas, emocionales, motrices, comunicacionales y sociales.</i></p>	<p>Mensajes clave</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ El juego es favorable a cualquier edad; no obstante desde el inicio debe ser articulado a la estimulación de sus reflejos naturales. ○ El juego permite a los niños comprender las relaciones con los otros, abrirse a los procesos de comunicación y en consecuencia promueve el acceso al lenguaje hablado. ○ El juego es un agente de formación y socialización en la vida de un niño o niña. A través del juego se construyen un conjunto de roles y valores: solidaridad, tolerancia, democracia, trabajo en equipo. ○ El juego debe ser libre, el juego no tiene sexo, no es masculino ni femenino, así se construyen nuevos paradigmas en la igualdad de género. ○ El arte desarrolla en el niño su capacidad creadora y su iniciativa, en el que aparecen pensamientos, emociones y



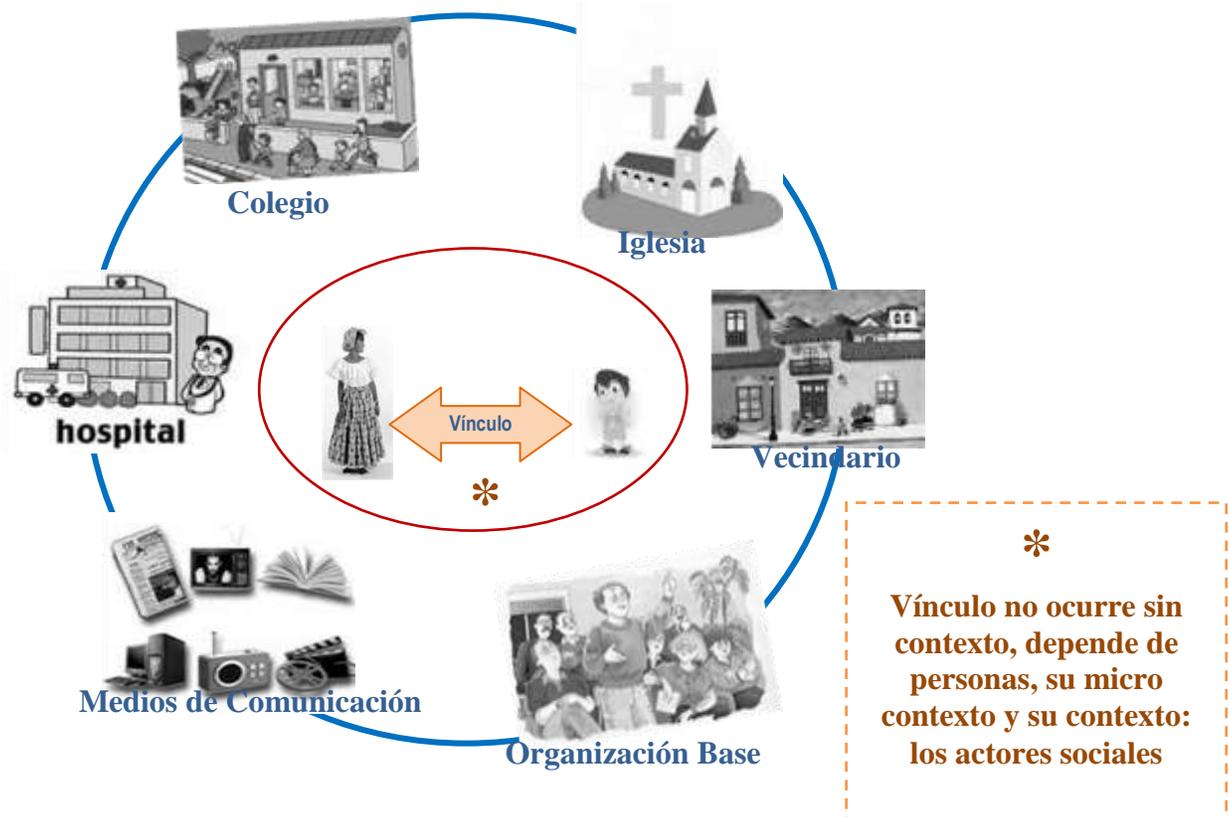
	<p>acciones.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ La génesis del lenguaje y el ingreso al mundo de lo simbólico están mediados por la vinculación afectiva que se establece entre la madre y el bebé.
--	--

2.3.Promoción de Salud Mental a través de Actores Sociales.

Una de las formas de construir valores relacionados al apego, vínculo, juego y arte es apelar a los actores sociales en cada realidad concreta. La construcción de Infancia y Salud Mental es un proceso deliberado, donde partiendo del posicionamiento de Salud, involucrando a toda su institución, se logra convocar a través de abogacía a los diferentes actores sociales, como Educación, Organizaciones de Base, Gobierno local, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y otros

Macro: Prácticas y Mensajes de los Actores Sociales Sobre la infancia

Actores sociales: son los grupos de personas, en circunstancias excepcionales sujetos individuales, que conforman el Estado, entendiendo por este el espacio social de articulación de los distintos grupos de actores sociales (Testa Salud pública: acerca de su sentido y significado, pub científica 540 OPS).





2.3.1. Posicionándonos : Primero el Equipo de Salud

Para el adecuado desarrollo de la promoción de la salud mental infantil, a través de prácticas clave: vínculo, juego y arte, se requiere que el establecimiento de salud convoque un equipo que impulsará el trabajo con los distintos actores. La interacción inicial de los funcionarios de salud es indispensable para luego hacer participar a los diferentes actores sociales. En el concepto de comunicación para el cambio social, el posicionamiento corresponde al momento inicial: el de apropiarse, por ello la conformación de un Equipo Multidisciplinario decidido por el Jefe, Gerente o Coordinador de una área de salud, es imprescindible.

El equipo al constituirse y estar legitimado por sus autoridades, deben permanentemente reunirse, al inicio para compartir con todos los pasos iniciales como hacer el diagnóstico de cada actor social y prepararse para la abogacía local o incidencia política para involucrarlos y capacitarlos, para luego promover las prácticas clave para la salud mental Infantil. Este Manual acompaña al proceso; no obstante, no es rígido en tanto las acciones que planificadas suelen superar los contenidos iniciales de este documento.

Esta fase interna, además de la conformación del equipo, designación del Facilitador en Salud Mental (que se apoya en el equipo) tiene dos productos tangibles que requieren ser desarrollados antes de pasar al proceso de Abogacía a los actores sociales y la intervención misma. Estos dos resultados son: a) La definición de las prácticas clave y los mensajes a promover y b) La Matriz de actores sociales.

Con relación a las practicas clave y mensajes a promover, el Equipo decidirá por cuál de las practicas iniciar o si se desarrollan conjuntamente. Lo que es importante es registrar la capacidad comunicativa de cada Actor Social, pues cada Actor Social es importante por los recursos humanos que tiene, los mismos que tienen una comunicación diaria o esporádica con la población en un territorio determinado. Entonces el primer paso del Equipo es hacer un mapeo de actores sociales y sus recursos humanos y los espacios de interacción que tienen con la población en general y con los niños menores de seis años en particular. La siguiente matriz ayuda a registrar el mapeo de actores:

Actor Social	Rol y Función	Red de RRHH	Espacios de Comunicación
Gobierno local			
Educación			
ICBF			
Salud			
Organizaciones de			



base (JAC)			
Otros			

Para la comprensión de esta matriz ejemplificamos:

Actor social	Rol y función	Red de RRHH	Espacios de comunicación
Educación	Formación y educación de población escolar a través de educación formal pública. Hacer partícipes de la educación a los padres de familia.	Once (11) centros educativos 3,800 niños de 6 a 14 años 165 profesores Llegan a contactar con 2,000 padres de familia.	Reuniones con alumnos en asignaturas no curriculares. Reuniones con padres de familia cada dos meses.
Organizaciones de base: juntas de acción vecinal	Autoridad vecinal con funciones de gestión y programación de planes operativos anuales	52 Juntas de Acción Vecinal, una por barrio en el ámbito. Diez miembros por cada Junta La instancia de segundo grado de las Juntas es el Consejo Municipal de Juntas.	Reuniones de Juntas de Acción Vecinales cada mes Reuniones del Consejo cada seis meses.

La identificación de los actores sociales, el reconocimiento de su función y las redes propias con que cuentan, constituye la base potencial para la promoción del cuidado de la salud del niño del apego-vínculo, el juego y el arte.

De la función y estructura de los actores sociales, diversa y diferente en cada realidad local ya se vislumbra las posibilidades del involucramiento de ellas para llegar finalmente a las personas a las familias, pues se trata de formar valor frente al apego-vínculo, juego y arte. Este registro inicial, debe complementarse con el conocimiento de las Jefaturas o Coordinadores de cada Actor Social para el momento de la Abogacía.



a. Fortalezca el equipo: con actores sociales

La elaboración de planes de trabajo multisectoriales en salud mental, requiere de la participación de los diferentes actores sociales convocados. Por ello el Equipo inicial de Salud, debe ser fortalecido con la presencia de un delegado de cada uno de los actores sociales participantes. Cada Actor cuando decide participar delega un representante que hará las veces de un Facilitador institucional (de su organización).

Los actores no son receptores pasivos sino por el contrario son activos y líderes. Cada uno dentro de su red permitirá una gran movilización intra institucional (por ejemplo Educación en un Municipio podrá llegar a 270 profesores y estos a 8000 padres de familia), el ICBF, las organizaciones de base o los promotores de salud en red, los voluntarios de la Cruz Roja de igual forma, es decir, es necesario que en éste equipo ampliado estén las jefaturas, coordinadores o delegados de dichas redes, pues ellos posteriormente tendrán un proceso interno dentro de cada red de hacer conocer los acuerdos, los mensajes y el trabajo que se incorpora a través de ellos para promover el apego, vínculo, juego y arte como elementos principales para la salud mental infantil y proyectivamente para la salud mental en general.

La ayuda memoria el libro de actas tienen el objetivo de registrar los acuerdos, compromisos, tareas y cronogramas y como consecuencia registra la participación de los actores sociales y es un buen insumo para sistematizar los procesos.

a. Reuniones para organizar la intervención

La primera actividad formal, que se debería registrarse como parte del proceso es una reunión taller multisectorial que tenga el propósito de hacer un Plan Multisectorial para la Salud Mental Infantil. Esta reunión convocada por el Alcalde o la persona del ICBF (Estrategia de cero a Siempre) tiene como objetivo señalar a través del Plan las actividades que los actores dentro de su Red efectuarán para informar, sensibilizar, ejercitar y comunicar el contenido de salud mental.

No todos los actores harán lo mismo, el rol y Función diferenciará el “quehacer” de cada Actor Social. Esta reunión debería incorporar el conocimiento, tiempo y presupuestos asignados y la organización local de las actividades. Una primera lectura de la reunión debiera ser el describir y enumerar el propósito y objetivos de la participación de cada uno de los actores. La imagen objetivo es promover prácticas saludables, prácticas de apego-vínculo, juego y arte para la primera infancia.

La siguiente matriz puede ayudar en estas reuniones. Considerando que en manos se tiene el perfil de proyecto aprobado, el equipo ampliado puede utilizar si lo considera necesario el siguiente esquema:



Programación de actividades mensuales o bimensuales

<i>Actividad</i>	<i>Objetivo de la actividad</i>	<i>Ejecutores (actores)</i>	<i>Metodología</i>	<i>Tiempo y presupuesto</i>

La reunión que se convoque con esta finalidad debe democratizar y discutir, una por una, cada actividad mensual o bimensual. Este ejercicio le da una connotación de control social y transparencia a la serie de actividades programadas. Cada una de las actividades que se registran debiera responder a la pregunta:

¿Con que práctica clave o prácticas claves se relaciona la actividad?

Ejemplo: Reunión para difundir apego y vínculo a través de los docentes y estos a los padres de familia y alumnos.

El Plan no es un desarrollo automático de actividades, sino, a partir de las actividades aprobados un constante ejercicio del equipo: el por qué y para qué de las actividades, son preguntas que se deben hacer y las respuestas deben estar muy claras para todo el equipo local.

2.3.2. Trabajo con actores sociales

Para el desarrollo de cada Práctica Clave (Ej. Apego-vínculo), es necesario describir cada una de las actividades que cada actor refiere podrá realizar. Tres son los escenarios posibles de realizar actividades por los actores sociales para promover salud mental infantil:

- a. La difusión, análisis y problematización de los mensajes clave y de apoyo de las prácticas clave. El primer escenario para el cambio es la información, pero no una información neutra, sino al revés, la necesidad de desarrollar entornos propicios para el buen trato, afecto, amor, juego, arte y expresión para todos los niños y niñas menores de seis años.
- b. El desarrollo de actividades lúdicas, interpersonales, de concursos sobre las prácticas clave de salud mental infantil.
- c. La construcción de condiciones medioambientales y financieras para que esas prácticas familiares se lleven a cabo (capacitación, concursos, recursos humanos, etc.).



El contenido común son las practicas clave sobre apego, vínculo, juego y arte, diferenciándose en las actividades que cada actor social por su función y rol pueda desarrollar.

La ganancia de cada Actor Social como valor, debe ser visualizada. Este último punto debe guardar relación con la función. Por ejemplo, el profesor ganara en metodología educativa problematizadora, desde su función como educador, iniciando con la problematización de las practicas inadecuadas en una localidad (por ejemplo: violencia intrafamiliar vs apego, vínculo, juego y arte) con los padres de familia y estudiantes; en este ejemplo estamos ratificando que cada actor debe hacer lo de siempre, pero con brillo, porque estas actividades lo legitimarán. De, igual forma con el ICBF, las organizaciones de base, Municipios, Agentes Comunitarios de Salud (ACS) y Salud, cada uno teniendo diferentes roles incorpora las practicas clave.

A continuación describimos algunas de las actividades con los distintos actores sociales:

- **Actor: Educación**

Este actor social contiene una red propia: docentes y alumnos y por extensión a los padres de familia. En cada localidad o Municipio existe una red de centros educativos. El valor de esta red lo constituyen los recursos humanos permanentes: los docentes o profesores que periódicamente cada año van formando alumnos y tomando contacto con padres de familia de su localidad.

¿Cuál es entonces el rol y la función de los profesores en los centros educativos?

Obviamente educar y formar a los estudiantes, para fortalecer esta misión se mantiene reuniones con los padres de familia. La sociedad ha legitimado y valora al profesor en dicho rol y el profesor conoce el encargo que le hace la sociedad. Ahora bien, el profesor tiene momentos donde puede promover en dichos espacios la salud infantil y las prácticas saludables de salud mental en particular.

Por ejemplo, un profesor en el aula con alumnos de secundaria podría iniciar informando que en dicha localidad, por alguna investigación, hay violencia intrafamiliar y dicha problemática afecta a toda la familia, en especial a los niños y niñas, entonces partiendo del problema, pregunta a los estudiantes y a los padres de familia (en los momentos que tengan normalmente programados) ¿por qué ocurre esto? “El por qué” es una cuestión metodológica que el profesor desarrolla con un afán de que los estudiantes descubran las causas, las razones que dan base a la visualización del o los problemas y allí mismo el profesor comparte su conocimiento. Inmediatamente se pregunta entonces ¿qué hacemos?

Para que el profesor realice este procedimiento y esa parte de la dinámica de su docencia en los momentos que viera por conveniente, se requiere capacitar a un grupo de docentes que haga las veces de Educador de educadores en la metodología problematizadora de planificación de base. Así cualquier problema de salud puede ser abordado. Se recomienda sesiones educativas cortas (promedio un día) y que sigan esta secuencia:



- ⇒ Análisis de la realidad local: mapa, croquis ¿Quiénes somos?, ¿Cuántos somos?
- ⇒ Los actores sociales en la realidad. La Red de actores como fortaleza.
- ⇒ El actor Educación: caracterización de los espacios de comunicación del profesor.
- ⇒ El problema o los problemas de Violencia Intrafamiliar. Ejercicios.
- ⇒ ¿Cómo abordarlos? ¿Él por qué?
- ⇒ Las prácticas clave en salud mental infantil.
- ⇒ Ejercicios y problematización sobre las preguntas movilizadoras.
- ⇒ Plan de trabajo de la Red. Base para la autoevaluación de Educación.

Insumo Manual de Promoción de Salud Mental Infantil

Tome nota que para la construcción de valor social frente al apego-vínculo, juego y arte como prácticas para la salud mental en la primera infancia, nos dirigimos a toda la población, incluido alumnos de niveles secundarios (mayores de seis años) y padres. El cambio requiere la participación de toda la población a través de sus actores sociales.

- **Actor: Organizaciones de Base**

Las organizaciones de base constituyen uno de los actores sociales más importantes, pues a través de su estructura y dinámica podemos llegar también a las familias. Con el nombre de clubes de madres, juntas de acción vecinal, Asociación Comunitaria, Red de patronatos comunales, etc., con diversos nombres nos indican una arquitectura social donde la población se organiza con diferentes objetivos e intereses. Estos espacios constituyen un medio para llegar a todas las familias. Por ejemplo, en algún Municipio existen 62 Juntas de Acción Vecinal que tienen una estructura de segundo grado que es la Asociación Comunitaria. Las juntas de vecinos tienen su directiva elegida democráticamente y se reúnen cada mes.

Cuándo se trate de involucrar a través de su dirigencia formal y se decide tener un taller o reunión de un día con representantes por ejemplo de las 62 Juntas de Acción Vecinal se trata de que a través de los dirigentes legitimados podamos llegar a todos sus asociados para compartir aspectos relevantes, compartiendo las practicas clave y sea en sus organizaciones los espacios donde se difunda de los beneficios humanos, subjetivos, que no cuesta sobre apego y vínculo por ejemplo

- ⇒ Análisis de la realidad local: mapa, croquis ¿Quiénes somos? ¿Cuántos somos?
- ⇒ Los actores sociales en la realidad. La Red de actores como fortaleza.



- ⇒ El actor Juntas de Acción Vecinal: caracterización de los espacios de comunicación de la organización.
- ⇒ El problema o los problemas de Violencia intrafamiliar.
- ⇒ Ejercicios y problematización con las preguntas movilizadoras.
- ⇒ ¿Cómo abordarlos? ¿el por qué?. Ejercicios.
- ⇒ Plan de trabajo de la Red. Base para la autoevaluación de las JAC.

- **Actor: Salud**

Promotora a través del equipo de actores sociales, impulsando que, las otras instituciones a través de sus redes, incorporen aspectos que faciliten para que las prácticas priorizadas se desarrollen. El otro aspecto es de ejecutor a través de su propia red: establecimientos de salud y sus recursos humanos del ámbito.

Los establecimientos de salud además de promover las prácticas clave deben mejorar las condiciones:

Mejorar un sistema sencillo de vigilancia comunal.

Mejorar el trato a los pacientes.

Promover las reuniones frecuentes con los actores sociales.

Cuando se programe un taller para involucrar a todo el personal es necesario considerar la misma secuencia:

- ⇒ Análisis de la realidad local: mapa, croquis
- ⇒ Los actores sociales en la realidad y el rol específico de salud
- ⇒ El problema o los problemas de salud infantil y de salud mental.
- ⇒ ¿Cómo abordarlos? Él ¿Por qué? Ejercicios.
- ⇒ Insumo: Manual de promoción de Salud mental Infantil.

- **Actor: Gobierno Local-Municipios**

El gobierno local a través del alcalde, convoca a la población, concierta, lidera y asigna presupuesto para su comunidad.

Por ello los gobiernos locales realizan prácticas sociales que facilitan que las prácticas familiares se incorporen. Por ejemplo: la difusión y discurso de los alcaldes sobre el beneficio del cuidado con amor, apego, vínculo, juego y arte como forma de asegurar sujetos ciudadanos.



Las reuniones de un día con todo el equipo del Municipio, Intendencia permitiría que el alcalde asuma por interés y ganancia aspectos políticos de salud infantil que hagan que la población aprecie más su nueva irrupción en salud. El esquema es el mismo:

- ⇒ Análisis de la realidad local.
- ⇒ El problema dentro de dicha realidad.
- ⇒ Los actores sociales en dicha realidad.
- ⇒ El gobierno local y lo que pueden hacer.
- ⇒ Las practicas clave priorizadas.

- **Actor: ICBF y Agentes Comunitarios de Salud**

Los Agentes Comunitarios de salud (ACS) constituyen uno de los efectos de la capacitación de muchos años del vinculamiento con los servicios de salud u ONGs que desarrollan temas de salud básica. Su función legitimada por su población es la de ofrecer un paquete de servicios primarios de salud en su comunidad, resaltando la visita domiciliaria para consejería, identificación de señales de alarma y tratamiento oportuno y derivación.

La capacitación que se debe dar o el reforzamiento y seguimiento a las actividades realizadas debe contemplar la necesidad de hacerlo dosificadamente y secuencialmente (Por ejemplo dos días cada dos meses). Ello permite la comprensión de la aprehensión y de las nuevas actitudes del mismo ACS en sus organizaciones.

A la capacitación que se imparte, la primera parte debe ser una de identificación de pertenencia, de la necesidad de conocer que hay otros actores y por ello la secuencia es igual:

- ⇒ El problema dentro de dicha realidad y la promoción de prácticas clave.
- ⇒ Los actores sociales en dicha realidad.
- ⇒ El ACS y lo puede hacer.
- ⇒ Las practicas clave priorizadas.

- ⇒ Insumo Manual de Salud mental para la Infancia.



- **El seguimiento, monitoreo y evaluación**

Cada actor involucrado debe contar con una ficha para el monitoreo de las actividades que se desarrollan y para evaluar los resultados en la población (familia); se debe elaborar una encuesta basal sobre aquellas prácticas que constituyen un problema en su ámbito.

Los grupos focales constituyen en el tiempo un indicativo de cómo está yendo el proceso o los procesos de comunicación social o trabajo comunitario, relacionadas al juego, arte, apego y vínculo.

2.3.3 ¿Cómo hacer abogacía dirigida a actores sociales?

La palabra abogacía tiene su origen en el derecho, pero su significado moderno es: “el proceso de manejar información y conocimientos estratégicamente, para cambiar o influenciar las políticas y prácticas que afectan las vidas de las personas, en particular las de las personas desfavorecidas” (ONU-Agua 2008).

Es abogar, defender, promover o recomendar una idea o propuesta ante una persona o grupos de personas que pueden convertirse en líderes de la propuesta misma o presentan resistencias a la misma.

Las acciones de abogacía están dirigidas a disminuir resistencias en temas que no son expresados como prioridad o son motivo de conflicto y polarización, así como a cambiar políticas, programas o posiciones de cualquier institución u organización.

Abogacía es “hablar en voz alta”, es hacer pública una idea propuesta, es llamar la atención de la comunidad y de quienes toman decisiones, sobre un problema o tema controversial, en este caso la salud y nutrición de los niños / niñas menores de 5 años y las mujeres gestantes, para ponerlo en agenda y actuar sobre este y sus soluciones.

La abogacía juega un importante papel allí donde se requiere cambios en las prácticas de salud de la población y en los entornos que las condicionan. Para ello, es necesario tener claro que sus herramientas principales son los argumentos. Para el proceso de cambio y de acuerdo con la Estrategia de Cero a Siempre son los actores sociales el público objetivo y sujeto de procesos de Abogacía, para posicionar la salud infantil y materna.

Así mismo, las acciones de abogacía permiten al equipo de Salud identificar y convencer a aquellas personas, grupos y organizaciones que aún no están participando activamente en su diseño y desarrollo, de esta manera se puede:

- Ⓢ Generar procesos de concertación apelando a los intereses particulares de los actores sociales, respetando el rol y función que cumplen en la sociedad.
- Ⓢ Romper resistencias posibles evidenciando la problemática de salud y demostrando con argumentos los beneficios que se tendrían si logramos articular esfuerzos.



La abogacía supone crear relaciones con el sistema de gobierno, las instituciones y actores sociales locales cuya función afecta la vida y salud de todos, y por lo tanto de las comunidades. La abogacía juega un papel muy importante en procesos de cambio y puede ayudar al cumplimiento de las metas que se ha planteado para la salud de su comunidad.

En este sentido es preferible formular un solo objetivo de abogacía, porque aquello que se quiere modificar, a veces es muy complejo ya que tiene que ver con las creencias, costumbres y prácticas cotidianas de las personas, por lo tanto el objetivo de abogacía debe tener las siguientes características:

- ☉ **Claro y concreto:** que se exprese aquello que se desee lograr de forma breve y de fácil comprensión.
- ☉ **Viable:** que se pueda lograr en las condiciones con los recursos con los que contamos.
- ☉ **Coherente:** que responda a los objetivos de lo que se quiere lograr (P ej. Juego y arte).
- ☉ **Percepción de ganancia del Actor social:** que responda a que los problemas identificados, son para los actores sociales una oportunidad para interactuar en salud.

Por ejemplo

Si en un Municipio, el objetivo del personal de salud de dicho ámbito es mejorar las prácticas familiares relacionadas al vínculo y juego para los niños y niñas menores de seis años, el objetivo de abogacía será que en un plazo de tres meses las autoridades locales, líderes y organizaciones de base que presentan resistencias frente a la importancia de la implementación de dichos contenidos, para que sean aliados del mismo e inicien un proceso de promoción de prácticas saludables de la familia y del bienestar del niño y niña.

⇒ **Uso de información de investigaciones**

Los resultados de la situación de salud, o de investigaciones sobre alguna práctica clave (por ejemplo violencia relacionada a apego, vínculo) se convierten en una fuente de información valiosa que debe ser recuperada para las acciones de abogacía, y son útiles para:

- ☉ Identificar los problemas que requieren una acción política.
- ☉ Elegir y priorizar los objetivos de abogacía.
- ☉ Influir directamente sobre quienes toman decisiones.
- ☉ Apoyar una posición de abogacía existente.



- Ⓢ Responder a posiciones o argumentos opuestos.
- Ⓢ Desafiar mitos o suposiciones.
- Ⓢ Reafirmar acciones políticas y programas que funcionen.

Por ejemplo: La información que arrojan las investigaciones identifican como una problemática urgente de resolver el maltrato a niños/niñas especialmente en situaciones en que los padres consumen licor. Una acción política puede ser emitir una norma que regule el expendio de licor en establecimientos públicos, para ello será necesario desarrollar acciones de abogacía con las autoridades que pueden tomar decisiones al respecto.

Otro ejemplo es que solamente el 50% de los niños y niñas son inscritos en registro civil hasta el año de edad.

⇒ **Identificación de las audiencias de abogacía**

Las audiencias con los actores sociales:

- Ⓢ Líderes políticos.
- Ⓢ Educación.
- Ⓢ Representantes de Organizaciones de base.
- Ⓢ Gobierno local.
- Ⓢ Iglesias.
- Ⓢ Medios de comunicación.
- Ⓢ Juntas de Acción Vecinal.
- Ⓢ Otros.

El equipo de salud deberá identificar las audiencias con las que realizará las acciones de abogacía y las etapas del proyecto en que lo hará. No todas las audiencias serán necesarias de ser abordadas en el mismo momento, se deberán priorizar aquellas que presenten mayores resistencias.

⇒ **Desarrollo de argumentos / mensajes de abogacía**

Un argumento es una declaración concisa, persuasiva y seductora que busca romper las barreras o resistencias de las audiencias identificadas, para generar alianzas estratégicas con ellos.

Es también una exposición de motivos que sustentan nuestra posición y que son capaces de persuadir a nuestra audiencia.

No es igual dirigirse a una autoridad local, a un líder comunal, al representante de un organismo internacional o al párroco de una iglesia, porque cada uno de ellos tiene intereses y expectativas diferentes.



En este sentido, es imprescindible elaborar argumentos sólidos para cada uno de estas audiencias, a partir del conocimiento de sus posiciones (de qué lado están), necesidades e intereses.

⇒ **¿Cómo comunicar los argumentos?**

Los argumentos necesitan una presentación adecuada para cumplir con los objetivos definidos. Por lo tanto es importante tener en cuenta los siguientes pasos para lograr su adecuada comunicación:

- ② Establezca un punto de entrada: busque un amigo en común, algún conocido que sea miembro de la otra institución o alguna oportunidad social, institucional informal para iniciar el contacto.
- ② Programe la reunión: planifique el momento más adecuado para desarrollar el contacto programado, fechas alternativas para su realización
- ② Programe y establezca encuentros con las diferentes audiencias: para esto puede utilizar cartas de invitación, llamadas telefónicas, contactos interpersonales, etc.
- ② Programe reuniones formales e informales: facilite que la audiencia conozca en forma directa el trabajo desarrollado apoyándose con el testimonio de algunos habitantes de la zona, la visita a algún servicio de salud o materiales de apoyo.

Ejemplo:

En determinado Municipio, el personal de salud está preocupado por la violencia intrafamiliar, pues afecta a los niños y niñas de las familias y como consecuencia, existe deserción escolar en el grado cero de Educación primaria y abandono de niños y niñas en lugares transitorios de menores. El Gerente del Área de Salud se ha reunido con todo el equipo y analizando el problema observan que una de las formas de iniciar un camino para disminuir estos problemas es generar un proceso para construir la palabra “nuestro problema” en voces de los distintos actores sociales que pueden influir en el afecto, amor y cuidado a los niños y niñas.

Para este caso, se requiere un proceso de Abogacía a los diferentes actores sociales del Municipio en cuestión: Entonces abordamos cuatro pasos:

- a. Identificamos los actores sociales de nuestro Municipio, que podrían involucrarse (ese es el termino, no es apoyar) y hacemos una lista de todos los actores. En equipo discutimos que actores pueden posicionarse como aliados y tener en su participación, una percepción de ganancia política o de liderazgo, incluso espiritual y nos quedamos con tres actores: Educación, Iglesia y ONG local.



- b. Nos preparamos para la argumentación y como comunicar asertivamente al Director Municipal de Educación, al Pastor de la Iglesia y al coordinador de la ONG. La argumentación es la base para hacer la Abogacía. Todos debemos estar involucrados en la situación problemática y todos conocer por ejemplo:...*En el Municipio La Luz, la prevalencia de abandono escolar aumentó en un 10% y el abandono de niños y niñas en Jardines sociales y Guarderías aumentó en un 2%.*
- c. Al conocer el nombre, dirección del funcionario de Educación, del Sacerdote y del Coordinador de la ONG, planteamos las mejores formas de conseguir una reunión, una carta, una llamada del Director Provincial (así se refuerza la Abogacía) u otro medio. Cuando se realiza la Abogacía (o incidencia política), éste es un contacto personalizado, en el que el Director del Área de Salud “debe” presidir la comisión de visita (se sugiere solo dos personas). El proceso intersubjetivo, no solamente traslada el problema o la situación problemática, sino que posiciona al otro actor, por ejemplo en este caso en la ganancia política, pues estaría haciendo mucho por contribuir con la salud infantil y mental de la infancia.

La abogacía siendo un proceso personalizado tiene en la decisión del actor visitado su efecto más relevante. ¿Cómo se mide el efecto de una abogacía? Por la decisión del Actor visitado, allí podemos decir se ha posicionado del problema y de parte de la solución.

- d. Seguimiento: Los acuerdos, la mayoría orales en el proceso de Abogacía pueden haber sugerido varias líneas adicionales. Es necesario hacer el seguimiento con ayudas memorias formalizadas, enviando a cada Actor visitado y acordar las reuniones que permitan finalmente iniciar el proceso a partir de “nuestro problema” la Violencia Intrafamiliar.



2.3 Preguntas y respuestas para analizar

Algunas preguntas importantes, para discutir, analizar y compartir. A partir de las respuestas aquí descritas, el grupo está en la libertad de mejorarla, profundizarla, escuchar testimonios. El objetivo es comprender, sentir para hablar y hacer cosas que disminuyan las condiciones actuales con relación con el niño y niña y la subjetividad que la intuimos.

Sugerencia: leer conjuntamente con madres, padres, maestras, maestros y adultos y adultas

¿Cuál es la diferencia entre niñez e infancia?: La niñez es nuestra primera etapa de vida y hace referencia a una serie de variables biológicas que se presentan y han presentado a lo largo de la historia con algunas variaciones mínimas. Por otro lado, la noción de infancia es más bien una construcción social en permanente evolución, que supone entre otras cosas el reconocimiento de la importancia del pleno ejercicio de los derechos de los niños y niñas. Esta concepción es relativamente nueva, puesto que no siempre se consideraron las necesidades específicas de la infancia, en muchos casos los niños eran percibidos como “adultos pequeños” y eran importantes para la sociedad sólo porque en algún momento llegarían a ser adultos. La diferencia entre niñez e infancia es tal, que hasta podríamos decir que vivimos en un contexto en el cual “existen niños, pero no infancia”.

¿Qué es la salud mental infantil? En primer lugar tendríamos que empezar diciendo que la salud mental no es únicamente la ausencia de enfermedad, sino que se trata más bien de un continuo dinámico en el que influyen tanto aspectos individuales como ambientales. La salud mental entonces, debe ser entendida desde un enfoque integral, como la búsqueda del nivel máximo de bienestar posible, lo que durante la infancia implica, recibir cariño, contención (emocional y física), así como el reconocimiento de parte de un otro que asegure nuestra existencia y nos ayude a explorar, a conocer nuestros límites y a descubrir el mundo a través de la experiencia.

¿Qué es el apego? El apego se refiere al vínculo especial establecido entre el infante y su cuidador (no necesariamente el padre o madre biológicos). Este primer vínculo tiene características específicas, dado que se trata de un lazo afectivo que cumple la función de garantizar la existencia, brinda seguridad, sosiego y consuelo. Hay que resaltar que el apego no es un vínculo intercambiable, en ello radica su importancia y trascendencia.



¿Por qué el apego y vínculo son la base de nuestra subjetividad en la primera infancia?

Porque es a través de este primer vínculo que el ser humano aprende desde la experiencia subjetiva, que es capaz de amar y ser amado, más aún que es merecedor de afecto y que puede confiar en otros. Dicho de otro modo, una relación saludable con nuestro cuidador primario, tendrá un impacto en las relaciones que establezcamos en el futuro. Si el cuidador primario, por diversas razones, no está en la capacidad de darle espacio mental y emocional al bebé, entonces éste aprenderá que las relaciones interpersonales son así, que él no es merecedor de cuidado y que no puede confiar en nadie más. También es muy probable que en la edad adulta se vincule, sin ser muy consciente de ello, con personas que confirmen su vivencia inicial de abandono y negligencia.

¿El apego y el vínculo se asocian a la construcción de valores?

El vínculo entre el infante y su cuidador principal no ocurre en el vacío, este se encuentra inserto y en permanente interacción con un entorno con creencias y prácticas particulares. En este primer vínculo el infante aprende (en el sentido más amplio e integral de la palabra), qué es lo correcto o incorrecto, cuál es la valoración de lo femenino y lo masculino, cómo se ejercen las relaciones de poder, qué supone vivir en democracia o estar sometido al autoritarismo. En ese sentido, la construcción de valores es también un proceso dinámico que se inicia durante nuestros primeros años de vida.

¿Qué es la Resiliencia?

La resiliencia, en sentido estricto, es la propiedad que tienen algunos metales para transformarse, en lugar de fundirse, cuando son expuestos a condiciones extremas. Aplicada a la condición humana, esta es una buena metáfora para entender cómo algunas personas que han sufrido adversidades, situaciones de abandono, experiencias de violencia y maltrato, han hecho uso de sus recursos personales para salir adelante, logrando “resignificar” las experiencias de dolor y creciendo a pesar de ellas.

¿El juego en la primera infancia? ¿por qué y para qué?

Porque es una necesidad, porque permite interiorizar la cultura, representar y transformar el mundo interno, despertar la imaginación, establecer relaciones saludables con el grupo de pares, desarrollar la tolerancia a la frustración, conocer la democracia desde la experiencia (“en el juego todos somos iguales”), porque permite neutralizar las relaciones de poder, facilita la construcción de un proyecto de vida y finalmente, aunque no por eso menos importante, porque jugar es un derecho.



¿Hay edades para el juego? Si y no. Para jugar no existe edad, sería muy saludable que los adultos jugáramos con mayor frecuencia y que se promovieran espacios de juegos para la familia completa. Sin embargo, también es cierto que hay juegos que son más beneficiosos para algunas edades que para otras. Por ejemplo, durante nuestros primeros meses de vida, cuando estamos descubriendo el mundo, son necesarios juegos y juguetes que estimulen nuestros sentidos, que posean texturas, que no sean perjudiciales para nuestra salud. Con el transcurrir del tiempo, nuestras necesidades serán otras, por lo tanto, los juegos también serán distintos, habrá mayor deseo de recurrir a juegos tradicionales y colectivos. Durante la adolescencia, los juegos de competencia que demanden nuestra atención y concentración serán los preferidos.

Condiciones para promover el juego, ¿de quién? ¿con quién? El rol de los facilitadores del juego. Es importante que el juego se desarrolle en un espacio seguro y libre, es decir que cuente con las condiciones mínimas para reducir los niveles de peligrosidad, pero que al mismo tiempo sea un espacio que tiente a la curiosidad y promueva la exploración. De igual modo, probablemente sea hasta más importante la actitud de los adultos frente al juego que el espacio y los elementos de juego en sí mismos, dado que podemos encontrarnos en un espacio ideal que de poco o nada sirve si hay un ánimo represivo y controlador de parte del adulto. En ese sentido, es importante no confundir la libertad con la falta de límites, dado que estos últimos son necesarios para que el juego sea divertido y cumpla con su función dentro del desarrollo integral. Los límites están en las reglas del juego, pero también en la actitud de respeto que exige una actividad colectiva y democrática. En esa línea, los facilitadores del juego deben generar las condiciones para que los límites sean evidentes, respetados y asumidos.

¿Es en la primera infancia donde se internalizan los valores, la percepción y actitud sobre género, machismo, etc.? Sería más exacto decir que la primera infancia es la etapa en la que se inicia el proceso de internalización de valores y actitudes hacia los roles de género, etc. Se trata de un hito importante y trascendental en nuestra vida, pero no es el único, dado que estamos en un permanente proceso de construcción y de deconstrucción de nuestras creencias. En ese sentido, puede ocurrir que nuestra primera experiencia sea de sobrevaloración de lo “masculino” y devaluación de lo “femenino” y que el entorno refuerce esta idea a lo largo de nuestra vida (los medios de comunicación tienen una gran influencia a este nivel), pero también es posible cuestionar nuestras formas de pensar y asimilar nuevas experiencias que nos permitan resignificar nuestro modo de entender el género.



¿Es el vínculo familiar con el niño o niña menor de seis años diferente a otros vínculos hacia otros? Sí, en tanto se trata de una etapa central en el desarrollo físico, cognitivo y socio afectivo de la persona. En ese sentido, se requiere un cuidado y una atención especiales, sin embargo, esto no debe confundirse con la percepción errónea de que los niños “no entienden” o “entienden a medias”; el niño no es una persona en proceso, es una persona íntegra que merece respeto, que requiere ser escuchada, atendida y sobretodo amada.

El respeto hacia los niños supone también responder a sus necesidades sin perder de vista la etapa en la que se encuentran, esto es: brindar información, expresar afecto, asignar tareas, etc.; teniendo en cuenta su desarrollo cognitivo y su modo particular de entender el mundo. Brindar información excesiva y compleja o exponer a los niños/as a estímulos impactantes, son una forma de ejercer violencia en su contra.

¿Cuál es la relación entre el arte y la salud mental? El arte no es únicamente un canal de expresión, lo que ya constituye un recurso dado que hay muchos contenidos que son difíciles de simbolizar a través de la palabra y que ameritan el uso de otras formas de expresión; sino que también es una herramienta terapéutica para la elaboración de experiencias dolorosas. Las terapias de artes expresivas, asumen este principio y promueven un vínculo de sanación entre la persona y las diferentes disciplinas artísticas: artes plásticas, danza, música, teatro, etc. Dicho de otro modo, el arte es revelador, nos permite expresar, simbolizar y transformar nuestro mundo interno.

¿Qué pueden hacer los actores sociales para promover el juego y arte en la primera infancia? Primero es necesario que los actores sociales reconozcan su importancia, dado que nadie promueve aquello en lo que no cree. En esa línea, es recomendable que los actores sean sensibilizados a través de la experiencia. En segundo lugar, si bien se trata de proporcionar espacios adecuados de juego, también es importante que el juego y el arte sean incorporados en la vida cotidiana de los niños y niñas, las escuelas se ofrecen como una alternativa interesante.

¿Hay la posibilidad de una escuela de niños y niñas hacia padres? ¿Para qué?

Por lo pronto existe la necesidad. Cada vez se hace más importante fortalecer a los niños y niñas integralmente, sin perder de vista su condición de ciudadanos y ciudadanas, en esa medida, generar espacios de diálogo / juego / arte entre adultos y niños es una manera de reducir la verticalidad en las relaciones, acercándonos a las verdaderas demandas y necesidades de la primera infancia, a la vez que fortalecemos sus recursos para ejercer su rol como ciudadanos/as.



¿La mujer embarazada se comunica con su bebe? ¿Qué efectos tiene?

La relación madre-hijo, empieza incluso antes de la concepción, con el deseo de la mujer de ser o no madre, dado que esta variable tendrá gran influencia en el vínculo que ambos establecerán en el futuro. Durante la gestación, el vínculo estará mediado más por sensaciones que por palabras, las cuales serán recibidas y decodificadas por el bebé.

¿Cuál debiera ser el rol y función de los actores sociales para la mujer embarazada en general y en particular para la adolescente embarazada?

Es importante tener en cuenta la valoración social que se le asigna a la maternidad, la cual suele ser percibida desde un tamiz idealizado en el cual la madre (o el cuidador principal), recibe a través de una serie de mensajes, la demanda de perfección en cuanto al cuidado; cuando se trata más bien de potencializar los recursos para proveer un cuidado “lo suficientemente bueno”.

Por otro lado, sabiendo que la relación entre infante y cuidador principal no ocurre en el vacío, sino que más bien se encuentra en permanente relación con el entorno, es importante que los diferentes actores contribuyan con el establecimiento de una cadena de cuidado, generando las condiciones mínimas como albergue, alimentación, atención médica, consejería psicológica, etc.



Identificación del riesgo psicosocial en cuidadores y cuidadoras de niños y niñas menores de seis años

3.1. Escenarios de cuidado para la primera infancia

3.2. Cuidadores y cuidadoras

3.2.1. Caracterización de las y los cuidadores

3.2.2. Identificación de un buen cuidador o cuidadora

3.3. Riesgo psicosocial

3.3.1. Riesgo psicosocial en cuidadores y cuidadoras

3.3.2. Prevención del riesgo psicosocial en cuidadores/as

3.3.3. Detección del riesgo psicosocial en cuidadores/as

3.4. Algunas preguntas para reflexionar



3 IDENTIFICACIÓN DEL RIESGO PSICOSOCIAL EN CUIDADORES Y CUIDADORAS DE NIÑOS Y NIÑAS.

“Ser capaz de prestar atención a uno mismo es requisito previo para tener la capacidad de prestar atención a los demás; sentirse a gusto con uno mismo es la condición necesaria para relacionarse con los otros”

(Erich Fromm)

Si bien existen diversos estudios sobre el impacto físico y emocional en las y los cuidadores de personas con alguna discapacidad o en situaciones extremas, la mayoría de estudios se centran en el campo de la gerontología, siendo poco el esfuerzo invertido en la infancia y en el ámbito de la discapacidad infantil, pese a existir evidencia suficiente para afirmar que el rol de cuidado, es una tarea altamente demandante tanto a nivel físico como emocional (Seguí, Ortiz, De Diego, 2008).

Tan importante como visibilizar los requerimientos de la primera infancia y generar las condiciones necesarias para promover una salud mental de calidad en esta etapa evolutiva, es tomar en cuenta las características, expectativas y necesidades de sus cuidadores, puesto que una infancia feliz será el resultado de la interacción de ambos actores.

En esta segunda parte del manual, se propondrán algunas herramientas que faciliten la identificación y atención de riesgos psicosociales en las y los cuidadores de la primera infancia. El punto de partida será la caracterización de quienes suelen ejercer el rol de cuidado en diversos espacios de socialización; posteriormente se abordarán las competencias y recursos con los que debiera contar un cuidador o cuidadora “suficientemente bueno/a”, proponiéndose a su vez algunas pautas para la selección de personal.

Dado que la presencia de los riesgos psicosociales es la consecuencia de factores de diverso orden, este capítulo incluirá algunos lineamientos para la identificación de factores psicosociales organizacionales tanto positivos como negativos.

Finalmente, se conceptualizarán los principales riesgos psicosociales a los cuales se encuentran expuestos las y los cuidadores de la primera infancia, destacando algunas estrategias que pudieran facilitar su identificación y posterior atención.



3.1. Escenarios de cuidado para la primera infancia

El presente manual fue elaborado en el marco de *La Estrategia de Cero a Siempre* para la atención integral de la primera infancia, identificándose cuatro escenarios altamente significativos para el desarrollo de acciones de promoción de la salud mental.

Gráfico: Espacios de socialización / Escenarios de cuidado



a. La Familia:

Primer agente socializador y principal escenario de cuidado, el cual debiera garantizar la atención integral de los niños y las niñas, dado que es en la familia donde se configura un proceso de interacción orientado hacia el desarrollo de la infancia, por medio de una atención adecuada dirigida a niños y niñas menores de 6 años, para su crecimiento sano y la vivencia de experiencias afectivas que les permiten comprender el mundo y transitar por él como sujetos de derecho. En consecuencia, durante los primeros años de vida, la familia tiene un lugar protagónico en el cuidado, educación y desarrollo de los niños y las niñas, incluso antes de su nacimiento.

b. El Sector salud:

En forma temprana, el sector salud genera condiciones y procesos de atención como son las consultas prenatales, los programas de estimulación intrauterina, los cursos de preparación y acompañamiento a las familias, entre otros. Dichos servicios de salud, resultan ser fundamentales para el apoyo y acompañamiento que requiere una familia, la cual tendrá la responsabilidad de proveer cuidado y generar las condiciones necesarias para el desarrollo de sus hijos, principalmente en los primeros mil días de vida, incluyendo la gestación.



La Ruta Integral de Atenciones para la Primera Infancia, traza el camino de acciones estratégicas para asegurar el conjunto de condiciones familiares, sociales y comunitarias que favorezcan el desarrollo integral de la infancia. De igual modo, es una herramienta que sirve para orientar la gestión intersectorial, ya que organiza las acciones que repercutirán en la configuración de un contexto integral y armónico.

c. Espacios Públicos:

De acuerdo con las condiciones y dinámicas familiares, los niños y niñas desde muy pequeños tienen acceso a espacios que aportan también a su proceso de socialización y desarrollo. Este es el caso de los escenarios públicos como bibliotecas, parques, ludotecas y otros identificados por las comunidades como espacios de encuentro que deben garantizar la seguridad para los niños, niñas y sus familias, así como promover acciones que favorezcan la interacción y promuevan el desarrollo integral de la primera infancia.

d. Educación inicial:

Los Centros de Desarrollo Infantil, se conciben como instituciones dirigidas a atender y promover un desarrollo integral a través de la educación inicial, con la participación de profesionales idóneos en temas relacionados con los diferentes componentes de la atención integral. Los Centros de Desarrollo Infantil, se conciben como una modalidad complementaria a las acciones de la familia y la comunidad, a cargo de un equipo interdisciplinario compuesto por un coordinador, maestros y maestras, auxiliares pedagógicos, psicólogo o trabajador social, nutricionista o enfermera y personal del área administrativa; de acuerdo con las condiciones de calidad requeridas en los estándares para el talento humano.

Los escenarios de cuidado son tan diversos, como los perfiles y grados de especialización de los cuidadores y cuidadoras. Pese al alto nivel de variabilidad, es importante contar con lineamientos comunes que puedan garantizar un adecuado ejercicio de la función de cuidado.

3.2. Cuidadores y cuidadoras

3.2.1. Caracterización de las y los cuidadores

a. ¿Quiénes son las y los cuidadores?

Las y los cuidadores pueden definirse como aquellas personas o instituciones que tienen a su cargo personas con algún nivel de “dependencia”. Para efectos del presente manual, cuando hablamos de cuidadores de la primera infancia nos referimos principalmente a familiares, operadores de salud, agentes comunitarios, educadores, asistentes, etc.



En principio, la función de cuidado puede ser asumida por cualquier actor que cumpla con un mínimo de condiciones psicosociales, sin embargo es innegable un fenómeno que podríamos definir como la “feminización del rol de cuidado” que se sustenta en la creencia de que las mujeres cuentan con mayores y mejores condiciones para realizar esta tarea. De igual modo, socialmente se cree que la maternidad y la función de cuidado son parte de una experiencia idílica, asumida casi de manera instintiva por todas las mujeres, desconociéndose de este modo que la maternidad es una experiencia compleja que no está exenta de contradicciones y frente a la cual emergen sentimientos de pérdida de la autonomía, angustia frente a la demanda de otro, inquietudes en relación al futuro e incluso rabia y cólera, principalmente cuando la maternidad es producto de un hecho de violencia o el resultado de una maternidad no deseada (Velásquez, 2007).

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, es importante empezar a cuestionar los estereotipos de género, así como los supuestos en relación a la maternidad y a la tarea de cuidado, dado que de lo contrario “la feminización del cuidado” podría constituirse como una imposición en tanto sea una tarea asignada socialmente, sin considerarse el deseo y la voluntad personal. Por otra parte, la perpetuación de los estereotipos en cuanto a los roles de género y específicamente en relación a quién debiera cumplir el rol de cuidado, supone el riesgo de discriminar y excluir a quienes cuentan con las competencias necesarias para desempeñar dicha función.

Finalmente, es importante considerar que la tarea de cuidar a otros trae como consecuencia, en la mayor parte de los casos, la disminución en la participación social y en la autonomía, aunada a una pobre valoración social del cuidado, expresada en la falta de remuneración y reconocimiento. En ese sentido, el cuidado se convierte en una función altamente demandante y muchas veces poco valorada por el entorno.

b. ¿Por qué es importante cuidar a las y los cuidadores?

Ser cuidador o cuidadora de otro puede representar una importante fuente de gratificación, pero también una situación de alto riesgo para la salud, tanto para quien ejerce el rol de cuidado como para quien es el receptor de los mismos (Larbán, 2012).

Es fundamental tener en cuenta la salud física y mental de las y los cuidadores en tanto su nivel de bienestar repercutirá directamente en la calidad del cuidado que brinden, el cual a su vez tendrá un impacto multiplicador en el desarrollo integral de los niños y niñas a su cargo. Dicho de otro modo, tan importante como garantizar el pleno ejercicio de los derechos de la niñez es diseñar políticas públicas y generar condiciones que repercutan en la salud integral y en la calidad de vida de sus cuidadores.

El rol de cuidado hacia otros supone importantes repercusiones para la salud física y mental de la persona encargada de ejercer dicho rol, diversos estudios demuestran que los cuidadores suelen estar más estresados, deprimidos y reportan menores niveles de bienestar subjetivo que los no



cuidadores (Pinquart y Sonrensen, 2003). En ese sentido, es válido afirmar que el cuidado no es inofensivo, puesto que puede tener diversas consecuencias en las y los cuidadores, siendo las más frecuentes la sensación de sobrecarga, la desatención de la vida personal, la postergación del proyecto de vida, entre otras consecuencias que abordaremos con mayor detenimiento en el apartado denominado: riesgos psicosociales en las y los cuidadores de la primera infancia.

En suma, nos interesa la calidad de vida de los cuidadores en tanto merecen, al igual que cualquier ciudadano, contar con el nivel más elevado de bienestar posible, pero también porque serán los encargados de generar un entorno saludable para la primera infancia. Ningún cuidador/a podrá proveer atención, cuidado de calidad y bienestar a otras personas, si dichas condiciones no forman parte de su vida personal o de la cultura organizacional en la que se halla inserto.

3.2.2. Identificación de un buen cuidador o cuidadora

En primer lugar, es importante definir qué implica cuidar a otro u otros, dejando de lado cualquier intento de idealización, por ello se hace referencia a un cuidador lo “suficientemente bueno”, humano y en esa medida imperfecto.

Cuidar a alguien significa responder a sus necesidades esenciales, ayudándole a encontrar las herramientas requeridas para que, en un futuro, el receptor de cuidados pueda responder a dichas necesidades por sí mismo. En palabras de Larbán (2012) “Cuidar de otros es velar por su identidad. Cuando cuidar es un modo de suplir al otro o colonizar su identidad, no puede denominarse cuidado en sentido estricto, porque niega el ser del otro y ello contradice la misma esencia de cuidar”.

A su vez, la función de cuidado demanda de parte del cuidador cierta tranquilidad y estabilidad psíquica que le permita acompañar, transmitir consuelo y serenidad, contribuir con la resolución de problemas y el fortalecimiento de los recursos de la primera infancia.

El acto de cuidar a otro demanda que el cuidador sea capaz de conocerse y cuidarse a sí mismo. De igual modo, podría decirse que la esencia del acto de cuidar supone una serie de factores éticos y formativos, de cualidades comunicativas y relacionales tales como la capacidad para brindar una escucha atenta, comprensiva y empática, así como para respetar la autonomía y el ritmo evolutivo de la primera infancia.

En síntesis, un buen cuidador es aquel que cuenta con dos características de suma importancia:

- a. Capacidad de “escucha”, entendiendo la escucha en el sentido más amplio de la palabra. Esta característica le permitirá descifrar las necesidades del otro y ser empático/a con ellas.
- b. Capacidades técnicas y competencias necesarias para atender las necesidades detectadas, las cuales van más allá de la mera satisfacción de necesidades básicas, dado que incluyen



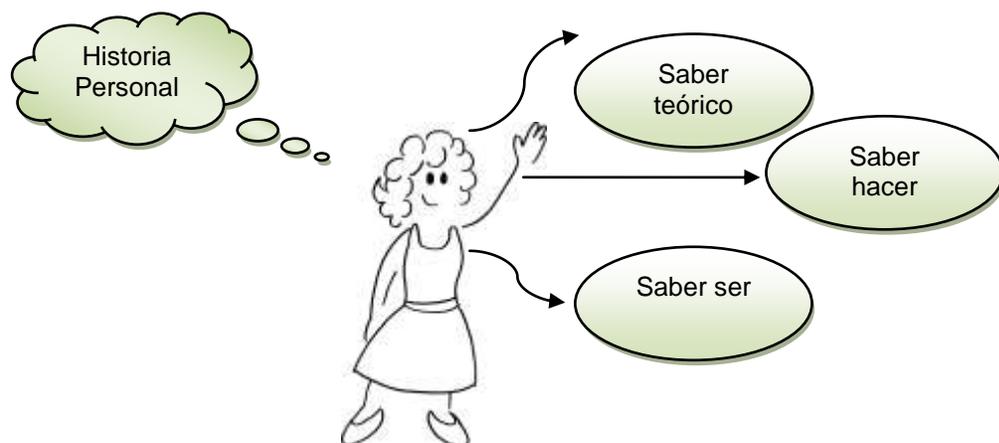
el establecimiento de un vínculo afectivo entre cuidador y receptor de cuidados, en este caso niños y niñas menores de seis años.

La personalidad, los valores, actitudes, aptitudes relacionales tanto cognitivas como emocionales, la empatía del cuidador, su historia personal, su vida familiar, su experiencia, así como su nivel de motivación frente a la tarea, son tan importantes como su capacidad para manejar adecuadamente situaciones difíciles y estresantes, dado que dichas características influirán no sólo en la calidad y eficacia de los cuidados brindados, sino también en el establecimiento de un vínculo de confianza que fortalezca la resiliencia tanto del cuidador como de quien recibe el cuidado, en este caso la primera infancia. En ese sentido, el proceso de selección y fortalecimiento de capacidades de cuidadores y cuidadores debiera considerar *tres saberes*:

- ☉ **“Saber teórico”**: Conocimientos básicos sobre desarrollo humano, la importancia del vínculo en el desarrollo integral, las fortalezas del juego y el arte como recursos para la promoción de la salud mental en la primera infancia.
- ☉ **“Saber hacer”**: Prácticas clave en el cuidado de niños y niñas, estrategias para el establecimiento de límites, técnicas de estimulación temprana a través del contacto físico, el juego y el arte.
- ☉ **“Saber ser”**: Este nivel de “saber” hace alusión a la dimensión subjetiva que formará parte de la relación entre los cuidadores y los receptores de cuidado (niños y niñas), así como a la capacidad de “contener” de manera significativa y cálida al otro.

La subjetividad del cuidador, construida a partir de su propia experiencia de vida, es una dimensión que dialogará permanentemente con estos tres saberes, proponiendo un matiz particular al vínculo que se establezca entre el cuidador y los niños o niñas.

Gráfico: Características de un buen cuidador o cuidadora





a. ¿Cómo seleccionar a un buen cuidador/a?

Se recomienda que el proceso de selección incluya la aplicación de instrumentos cualitativos, como es el caso de la entrevista personal, así como el uso de pruebas grafo-proyectivas, siempre y cuando se cuente con profesionales capacitados en la administración, calificación e interpretación de dichos instrumentos. En caso el proceso de selección se lleve a cabo en los primeros niveles de atención en salud, el instrumento más idóneo es la entrevista personal, cuya aplicación debiera estar a cargo de un/a asistente/a social, entrenado/a en la aplicación de encuestas y entrevistas a profundidad.

La entrevista busca recabar información relativa al rol de cuidado, sin embargo, en algunos casos puede incluir información personal, razón por la cual las entrevistadoras y entrevistadores deben tener un manejo ético de dicha información, manteniéndose la confidencialidad del caso.

○ **Entrevista personal**

Este instrumento es sumamente útil, dado que a través de este podemos aproximarnos a las formas de relación de la persona evaluada, identificando además algunos aspectos relevantes de su historia personal, así como su nivel de motivación y experiencia en relación a la tarea de cuidado. A continuación se presentan las áreas de exploración que debiera contener la entrevista personal.

Áreas	Objetivos
Datos Generales	✓ Conocer de manera general la situación actual de la persona evaluada.
Función de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Conocer sus percepciones en relación a la infancia. ✓ Identificar sus nociones de cuidado. ✓ Conocer cuál es la percepción de sus fortalezas y debilidades personales.
Formas de relación	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Explorar la calidad de sus relaciones interpersonales. ✓ Identificar si cuenta con una red de soporte social efectiva.
Experiencia previa	✓ Saber si el/la evaluada/o cuenta con experiencia previa en la tarea de cuidado.
Motivación	✓ Conocer el nivel de motivación de las y los evaluados en relación a la tarea de cuidado.
Manejo del estrés	✓ Identificar con qué recursos personales cuenta para lidiar con el estrés.



Consigna inicial:

“(Nombre de la persona evaluada), mi nombre es (Nombre del entrevistador a cargo de la evaluación)”. La idea de esta entrevista, es poder conocerla/lo un poco más, para ello le haré algunas preguntas personales y otras relacionadas a la tarea de cuidado de niños y niñas menores de 6 años. No existen respuestas correctas e incorrectas, sólo se espera que responda con la mayor sinceridad posible. Si hay alguna pregunta que le resulte incómoda simplemente hágamelo saber”

📍 Datos Generales

Consigna: “Primero, quisiera conocer algunos datos generales sobre usted”

- ✓ Nombres y Apellidos:
- ✓ Edad:
- ✓ Lugar de nacimiento: Lugar de residencia:
- ✓ Grado de instrucción:
- ✓ Estado civil:
- ✓ Número y edades de sus hijos (si los tuviera):

Nota: En Además de conocer algunos datos generales sobre la persona evaluada, es importante conocer si tuvo una experiencia de migración y explorar en qué contexto.

📍 Función de cuidado

Consigna: “Ahora quisiera saber qué piensa sobre lo que implica cuidar a otras personas, principalmente niños”

- ✓ ¿Qué características cree que debería tener una persona que cuida a niños y niñas menores de 6 años?
- ✓ En relación a estas características ¿cuáles consideras que se ajustan a tu forma de ser y cuáles están en proceso de desarrollo?

Nota: En este apartado es importante identificar si el evaluado percibe la complejidad de la tarea de cuidado y si logra hacer un autoanálisis de sus fortalezas y debilidades.

📍 Experiencia previa

Consigna: “Ahora quisiera conocer un poco sobre su experiencia en el cuidado de otras personas”



- ✓ ¿Ha trabajado anteriormente con niños menores de 6 años?
- ✓ ¿Cómo ha sido esta experiencia?

Nota: Si bien es favorable que la persona evaluada haya tenido experiencia de cuidar a otros, también es importante explorar la calidad de dicha experiencia. Identificar si se tiene una visión “idealizada” o “realista” de la función de cuidado.

Formas de relación

Consigna: “A continuación, me gustaría saber un poco más de usted y de las personas con las que se relaciona cotidianamente”

- ✓ ¿Con quiénes vive actualmente?
- ✓ ¿Cómo es su relación con las personas con las que vive?
- ✓ ¿Cuándo tiene alguna dificultad personal a quién recurre generalmente?
- ✓ ¿Tiene pareja? ¿Cómo describiría su relación?
- ✓ (En caso tuviera hijos) ¿Cómo describirías la relación con tus hijos?

Nota: Esta es la oportunidad para explorar si existen dificultades en el entorno familiar, si la persona evaluada cuenta con una red de soporte social, es decir, otros significativos que le brinden apoyo frente a situaciones difíciles. También será relevante conocer cómo es la interacción con sus hijos, así como la calidad de dicha interacción.

Nivel de motivación

Consigna: “En relación a aquellas actividades que le gusta realizar actualmente o le gustaría realizar en el futuro”

- ✓ Si pudiera elegir alguna tarea u oficio ¿Cuál sería y por qué?
- ✓ ¿Cómo así decidió desempeñar el rol de cuidado hacia otros?
- ✓ ¿Qué es lo que más le gusta del hecho de cuidar a otros?
- ✓ ¿Qué es lo que menos le gusta de cuidar a otros?
- ✓ ¿Cómo se imagina en diez años?, ¿Qué le gustaría hacer?, ¿A qué le gustaría dedicarse?

Nota: Se busca conocer cuáles son los deseos actuales y las expectativas en relación al futuro, identificando si la tarea de cuidar a otros, forma parte de dichos deseos o expectativas.



Manejo del estrés

Consigna: “Todas las personas, en algún momento de la vida, atravesamos por situaciones difíciles, ya sea a nivel personal o laboral. En ese sentido, quisiera saber cuál ha sido su experiencia”

- ✓ ¿Recuerda alguna situación difícil por la que haya atravesado ejerciendo el rol de cuidado?
- ✓ Por favor describa esta situación y cuénteme ¿qué hizo para lidiar con ella?
- ✓ Si un niño tiene una rabieta y se torna demandante ¿cómo manejaría la situación?
- ✓ ¿Cuándo está preocupada/o o ansiosa/a qué hace para sentirse mejor?

Nota: Con este conjunto de preguntas se busca conocer las experiencias previas de la persona evaluada, reparando en qué situaciones son consideradas estresantes. Asimismo se deben explorar los recursos con los que cuenta la persona para lidiar con el estrés.

Ejemplos:

Caso 1

“Tengo dos hijos, uno de 6 y otro de 3 años... y sé que es difícil criarlos, porque una tiene que estar atenta a lo que necesitan y a veces una no tiene ganas o está preocupada por otras cosas. Cuando eso sucede, busco el apoyo de mi familia, porque ellos saben que también necesito trabajar.

Creo que una persona que cuida a niños necesita mucha paciencia porque a veces los niños hacen renegar, también hay que saber decirles que “no” porque tienen que aprender que no todo va a ser como ellos quieren... Yo creo no siempre tengo paciencia, por eso cuando estoy molesta busco la ayuda de otras personas... porque si una reacciona estando molesta puede hasta maltratar y eso no es bueno para nadie”

Análisis:

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> e. La evaluada posee experiencia en el cuidado de niños. • Es consciente de las implicancias de la tarea de cuidado. • Es consciente de sus debilidades. • Cuenta con una red de soporte social. • Reconoce la importancia de establecer 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiene cierto nivel de sobrecarga en tanto es madre de dos niños y requiere realizar trabajos adicionales para mejorar sus ingresos. • Requiere desarrollar estrategias personales para lidiar con algunos estresores.



límites, los cuales son entendidos como una forma de cuidado.	
<ul style="list-style-type: none"> Rechaza el uso de la violencia como estrategia en el cuidado de niños. 	
<p>Síntesis: Es una persona que cuenta con los recursos suficientes para asumir la tarea de cuidar a otros. Se recomienda que la organización implemente espacios de cuidado que además contribuyan y potencien sus recursos. Asimismo, es necesario que la tarea de cuidado cuente con un reconocimiento económico.</p>	

Caso 2

“Yo no tengo hijos, pero seguramente en algún momento seré madre... Tengo dos hermanas mayores que tienen hijos y pierden la paciencia rápido, una de ellas golpea a su hijo, porque es un niño terrible!!! Yo a veces peleo con ella porque creo que ya es demasiado... Cuando éramos chicas mi papá nos levantaba la voz y a veces también nos pegaba, nos jalaba la oreja o el pelo, yo creo que era para educarnos y que aprendiéramos a ser más responsables... Pero mi hermana exagera”

Análisis:

Fortalezas	Debilidades
<ul style="list-style-type: none"> Tiene nociones sobre el impacto negativo de la violencia. 	<ul style="list-style-type: none"> Aunque sería importante seguir explorando sus percepciones en torno a la maternidad, pareciera que ésta es entendida como un mandato social, más que como un deseo personal. No hay una buena relación con la familia de origen. Valida el uso de la violencia como una forma de impartir disciplina.
<p>Síntesis: Esta persona cuenta con una historia de violencia y aparentemente no ha tenido espacios de cuidado personal que le permitan tramitar el impacto de dicha experiencia. La justificación del uso de la violencia constituye un factor de riesgo en tanto es probable que utilice dichos mecanismos en el cuidado de otros.</p>	



3.3. Riesgo Psicosocial

3.3.1. Riesgo Psicosocial en cuidadores y cuidadoras

Para prevenir, identificar y aminorar los riesgos psicosociales a los que se encontraría expuesto un cuidador o cuidadora de la primera infancia, en primer lugar, es necesario definir qué es un riesgo psicosocial y resaltar los factores, tanto internos como externos que influyen en su aparición.

○ ***¿Qué es un riesgo psicosocial?***

Los riesgos psicosociales son acontecimientos, situaciones o estados con una alta probabilidad de dañar la salud de los cuidadores e incluso la de los niños y niñas que se encuentran a su cargo. Los riesgos psicosociales que suelen presentarse con mayor frecuencia en quienes ejercen la función de cuidado son:

a. El síndrome de agotamiento profesional

El agotamiento es el resultado de un proceso de estrés crónico que deriva en lo que podríamos denominar como una fatiga desmotivante frente a la tarea de cuidado. La principal diferencia con el estrés es que el primero tiene manifestaciones fisiológicas, mientras que el síndrome de agotamiento profesional (SAP) presenta mayores efectos a nivel emocional, aunque también presente repercusiones negativas en la salud física, debido a una acumulación de estresores. El SAP puede estar asociado a la presencia de sintomatología depresiva y/o psicósomática (Ceballos y Zambrano, 2007)

En esa misma línea, algunos autores sostienen que este síndrome se presenta cuando una tarea (generalmente de cuidado hacia otros), ha supuesto un desgaste progresivo de los recursos personales, sin que el entorno haya contribuido con la recuperación de los mismos (Larbá, 2012),

Este riesgo psicosocial constituye un perjuicio para quien ejerce el rol de cuidado, sin lugar a duda, pero también para quienes reciben cuidado, es decir niños y niñas, en tanto una de las expresiones más comunes de esta forma de agotamiento es el distanciamiento afectivo, reduciendo cualquier probabilidad de establecer un vínculo significativo.

El SAP no es la consecuencia de la vulnerabilidad del cuidador, sino de cumplir con las demandas interpersonales y afectivas propias de la tarea de cuidado, sin que el cuidador o cuidadora cuente con los recursos suficientes para el desarrollo de dicha tarea.



b. Estrés crónico.

El estrés puede ser definido como una respuesta inespecífica del organismo frente a una diversidad de exigencias; es el desequilibrio percibido entre la demanda y la capacidad de respuesta del individuo bajo condiciones en las que el fracaso ante esta demanda, posee importantes consecuencias percibidas. Entonces el estrés surge de una relación entre la persona y su medio ambiente, en la que el sujeto evalúa si las demandas ambientales exceden o no a sus recursos personales para responder a ellas. (Terrasa, 2012).

El estrés es la respuesta automática y natural de nuestro cuerpo ante las situaciones que nos resultan amenazadoras o desafiantes. Nuestra vida y nuestro entorno, en constante cambio, nos exigen continuas adaptaciones; por tanto, cierta cantidad de estrés (activación) es necesaria. En general tendemos a creer que el estrés es consecuencia de circunstancias externas a nosotros, cuando en realidad entendemos que es un proceso de interacción entre los eventos del entorno y nuestras respuestas cognitivas, emocionales y físicas. Cuando la respuesta de estrés se prolonga o intensifica en el tiempo, nuestra salud, nuestro desempeño académico o profesional, e incluso nuestras relaciones personales o de pareja pueden verse afectadas.

Los eventos externos como generadores de estrés no necesariamente deben ser muy notorios o intensos, sino que pueden “acumularse” en sus efectos hasta que llegamos al límite. La manera en que interpretamos y pensamos acerca de lo que nos ocurre afecta a nuestra perspectiva y experiencia de estrés.

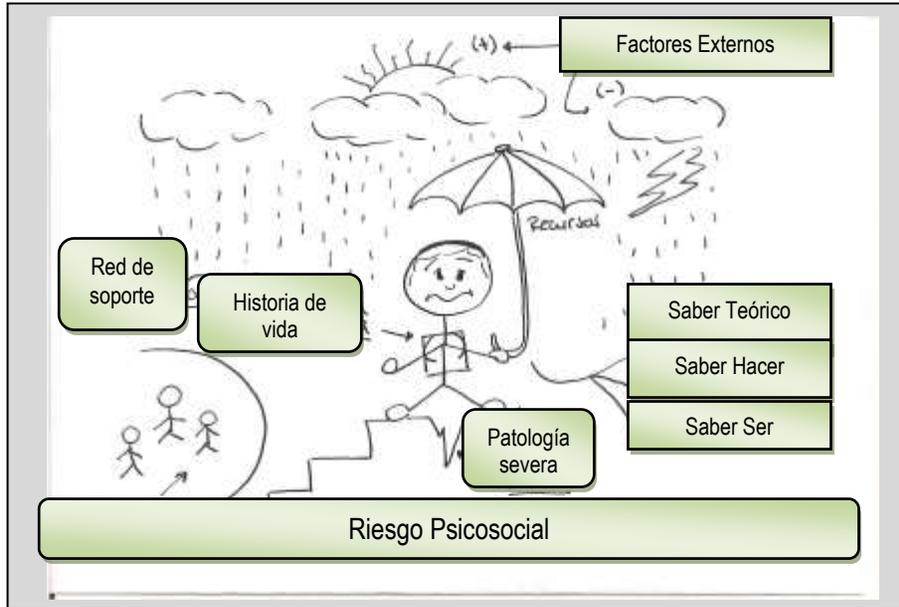
Las investigaciones señalan que aquellas personas que ejercen el rol de cuidado suelen estar más estresados, deprimidos y tienen peores niveles de bienestar subjetivo, salud y auto eficacia que los no cuidadores (De la Hoz y Anyel, 2012).

Aquellas personas que se dedican al cuidado de otros, especialmente cuando estos “otros” son niños o niñas en situación de abandono o privación, están más expuestas a sufrir las consecuencias de riesgos psicosociales (Seguí, Ortiz-Tallo y De Diego, 2008).

Es importante señalar que la vulnerabilidad es el resultado de un proceso dinámico en el cual interactúan factores internos o externos, tal como se observa en el siguiente gráfico:



Gráfico: Riesgo psicosocial



📍 *El rol de cuidado y sus implicancias: “Y la lluvia caerá”*

Como se mencionó anteriormente, el rol de cuidado puede ser una fuente de gratificación personal, pero también un riesgo para las y los cuidadores, debido a la demanda y desgaste emocional que supone darle espacio mental a otros. En ese sentido, es importante señalar que ejercer el rol de cuidador constituye siempre un reto para el cuidador, independientemente de las características de personalidad y otras variables internas.

📍 *La historia de vida: “La mochila personal”*

El cuidador o cuidadora es una persona con una subjetividad construida a partir su propia historia de vida, la cual en muchos casos pueden incluir experiencias de violencia, exclusión, abandono, etc. Si bien estas características no descalifican a la persona en cuestión para ejercer el rol de cuidado, merecen ser tomadas en cuenta no para estigmatizar y vigilar, sino para generar condiciones que favorezcan a la elaboración de dichas experiencias.

En relación con la “mochila personal” del cuidador, esta podría incluir la presencia de sintomatología severa a nivel emocional, lo que ubica a la persona en una situación de mayor vulnerabilidad frente a la tarea de cuidado.



☉ *La red de soporte social: “¿Estamos solos en esto?”*

Uno de los factores protectores frente al riesgo psicosocial es la presencia de una sólida red de soporte social, la cual está compuesta por los familiares, amigos, vecinos u otras personas significativas, que puedan prestar apoyo a diferentes niveles. Dentro del espacio laboral también puede construirse una red de soporte social.

Es importante que la red exista, es decir que el o la cuidadora tenga acceso a personas significativas; luego es necesario que esta potencial red de soporte brinde apoyo efectivo ya sea a nivel material o emocional.

Debido a su importancia, la presencia y funcionalidad de la red de soporte social es un aspecto tomado en cuenta durante la entrevista personal.

☉ Factores psicosociales externos: “Condiciones climáticas organizacionales”

Los factores psicosociales son aquellas condiciones que caracterizan a una organización o institución y que pueden influir en la sensación de bienestar de quienes forman parte de dicha cultura institucional, en ese sentido, los factores psicosociales no son buenos ni malos en sí mismos, pero si pueden influir en la salud laboral positiva o negativamente.

Los factores psicosociales están en permanente interacción con variables individuales como son los recursos personales de las y los cuidadores, sus expectativas y necesidades, así como con su situación personal, percepciones y experiencias particulares.

Cuando los factores psicosociales de una organización generan malestar o respuestas psicofisiológicas de estrés, estamos frente a factores psicosociales de riesgo que pueden tener un impacto negativo en la salud de las y los cuidadores.

A continuación se presentan algunos ejemplos de factores psicosociales inadecuados y que por tanto se constituyen como un riesgo para las y los cuidadores.

Factores Psicosociales de Riesgo	
Características del trabajo	Trabajo rutinario
	Trabajo fragmentado y sin sentido
	Bajo uso de habilidades
	Trabajo ambiguo / falta de claridad sobre la tarea
Sobrecarga	Exceso de trabajo
	Alta presión



Horarios	Constantes cambios de turno
	Horarios inflexibles
	Horario imprevisible
	Jornadas largas o sin tiempo para la interacción
Nivel de control	Baja participación en la toma de decisiones
	Baja capacidad de control sobre la carga de trabajo
Ambientes y equipos de trabajo	Falta de espacio personal
	Escasa luz
	Excesivo ruido
	Equipo de trabajo inadecuado
Cultura Organizacional	Poco apoyo de parte de los jefes
	Liderazgo autoritario o ambivalente
	Prácticas incongruentes con lo que promueve la institución
Remuneración / Promoción	Remuneración insuficiente
	Falta de reconocimiento “salario emocional”
	Pocas posibilidades de crecer profesionalmente dentro de la organización.
	Derechos laborales no cubiertos
Relación Trabajo – Familia	El trabajo genera problemas en el ámbito familiar

☞ Los recursos con los que cuenta el cuidador o cuidadora: “El paraguas”

Estos recursos no es otra cosa que la capacidad de resiliencia, es decir la posibilidad de lidiar con estresores de manera saludable y adecuada. La capacidad de iniciativa, el sentido del humor, la autonomía, la resolución de problemas, el pensamiento flexible, etc.; son algunos ejemplos de los recursos con los que puede contar cuidador o cuidadora suficientemente bueno.

De igual modo, como se mencionó anteriormente, es necesario que las y los cuidadores cuenten con los conocimientos teóricos y prácticos necesarios para responder de manera adecuada frente a la tarea encomendada. En ese sentido, la organización (en este caso el sector salud) es la encargada de promover programas para el fortalecimiento de capacidades de las y los cuidadores.

3.3.2. Prevención del riesgo psicosocial

Dado que la presencia o ausencia del riesgo psicosocial en las y los cuidadores de la primera infancia está supeditada a la interacción de un conjunto de variables, las cuales no siempre pueden ser controladas por la organización (ejemplo: historia de vida, calidad de la red de soporte social,



etc.); es necesario centrar los esfuerzos en la prevención del riesgo psicosocial, así como en el fortalecimiento de los recursos personales de las y los cuidadores.

Gráfico 3: Fortalecimiento de capacidades de las y los cuidadores



A manera de ejemplo se presenta un taller de capacitación para cuidadores y cuidadoras de la primera infancia, cuyo objetivo será el de fortalecer el “saber teórico” y el “saber hacer”.

Tema: “Fortaleciendo nuestra capacidad de cuidado”

Objetivo General:

Potenciar los recursos personales de las y los participantes para el ejercicio del rol de cuidado dirigido a niños menores de seis años.

Objetivos Específicos:



- ✓ Dar a conocer conceptos básicos sobre la infancia, etapa central en el proceso del desarrollo humano.
- ✓ Reflexionar en torno a la importancia de un vínculo saludable durante la primera infancia.
- ✓ Abordar la importancia de utilizar herramientas artísticas y lúdicas para el establecimiento de un vínculo saludable con los niños y niñas (receptores de cuidado).

Número de participantes: de 6 a 16 personas.

Tiempo	Metas	Actividad	Materiales
20 minutos	Generar un clima de confianza entre las y los participantes Introducir la noción de cuidado y vínculo.	“La tela de araña” Con la ayuda de un ovillo de lana, cada participante se presentará mencionando su nombre y la primera idea que se le ocurra cuando piensa en la palabra “cuidar”.	Ovillo de lana.
50 minutos	Ampliar el rango de juego de las y los participantes.	Las y los asistentes elegirán tres juegos tradicionales que hayan jugado durante la infancia. Los participantes que propongan el juego serán los responsables de dar las instrucciones del caso. Nota: Independientemente del juego es importante que se cumplan las reglas y consignas para que este sea divertido.	Implementos básicos: pelota, soga y liga (dependiendo de los juegos tradicionales de la región).
20 minutos	Experimentar la importancia de dar y recibir un cuidado adecuado.	“El lazarillo” Se trabajará en parejas. Uno de los miembros de la pareja se vendará los ojos, mientras que el otro será el responsable de dirigirlo por el espacio, cuidando que no se lastime. Durante el ejercicio no será posible emitir palabra alguna.	Vendas.
30 minutos	Reflexionar en torno a lo vivido durante el taller.	El facilitador o facilitadora explorará como se sintieron las y los participantes durante las dinámicas. Es importante tomar en cuenta aspectos como: <ul style="list-style-type: none"> • La imagen de vínculo de interdependencia que genera la “tela 	Ninguno.



		<p>de araña”</p> <ul style="list-style-type: none"> • La sensación de bienestar que genera el juego. • La sensación de angustia que genera la falta de palabra (a propósito de la técnica del lazarillo). • La preocupación que genera hacerse cargo del bienestar de otro. 	
60 minutos	Brindar un cierre conceptual que tome en cuenta lo experimentado durante el taller.	<p>El facilitador abordará temas como:</p> <ul style="list-style-type: none"> • La importancia del vínculo durante la primera infancia. • El rol del juego en el desarrollo integral del niño y la niña. • Las demandas propias del rol de cuidado y el posible impacto en el cuidador. <p>(Estos conceptos se encuentran descritos en la primera y segunda parte del manual).</p>	Pizarra plumones y/o material audiovisual.

Para el “saber ser” se sugiere la implementación de espacios de cuidado profesional. Es importante que las instituciones y organizaciones posibiliten la creación y desarrollo de un espacio de reflexión grupal de lo que se hace y lo que se omite en el ejercicio de cuidar; se trata entonces de un espacio que permita la contención y elaboración de las ansiedades, temores, dificultades y “errores” del cuidador, de modo que este pueda sentirse acompañado y apoyado en la difícil tarea de contener a otros.

Asimismo recomendamos contar con espacios de supervisión, dado que la presencia de un adecuado acompañamiento, proporciona seguridad para la acción, así como una mayor posibilidad de análisis y comprensión de las diversas situaciones. En esa misma línea, la supervisión también se configura como un espacio de contención emocional que facilita la elaboración del impacto producido por la actividad de cuidar a otros.

Ya sea un espacio de reflexión grupal o una supervisión psicológica en estricto, dicho espacio debiera contar con las siguientes características:

- ☉ Debe desarrollarse en grupo.
- ☉ El facilitador o facilitadora debe ser (en la medida de lo posible) un profesional de la salud mental, de preferencia externo a la organización.



- Ⓢ No se debe emitir ningún juicio de valor en relación a los contenidos expresados por el grupo.
- Ⓢ La confidencialidad será parte de los acuerdos de convivencia.
- Ⓢ Puede recurrirse al uso de técnicas lúdicas y/o artísticas que faciliten la comunicación en el grupo.

Otras medidas de autocuidado y preservación profesional consisten en evitar el trabajo aislado, ya que sólo mediante la discusión entre pares es posible prevenir el peligro de reacciones emocionales no controladas y difíciles de procesar.

El concepto de “vulnerabilidad universal” sostiene que no existe ningún tipo de entrenamiento o preparación previa que pueda eliminar completamente el riesgo psicosocial. Sin embargo, también es cierto que un adecuado proceso de inducción, así como la incorporación de procesos de capacitación que fortalezcan las habilidades de las y los cuidadores, se constituyen como factores protectores frente a los riesgos psicosociales a los cuales se encuentra expuesto un cuidador o cuidadora.

3.3.3. Detección del riesgo psicosocial en las y los cuidadores

Tanto el estrés como el síndrome de agotamiento profesional suponen una serie de manifestaciones observables. En ese sentido, es importante estar atentos a la presencia de los siguientes indicadores:

- ✓ Dificultad para reintegrarse a su hogar y/o conflictos con los miembros de su familia.
- ✓ Tristeza o cambios repentinos de humor.
- ✓ Deseo de mantener contacto con algunos compañeros.
- ✓ Sentimientos de inquietud, aburrimiento.
- ✓ Irritación o enojo.
- ✓ Sentimientos de distanciamiento o aislamiento.
- ✓ Conflictos con algunos compañeros de trabajo.

Una dificultad en el estudio del síndrome de agotamiento profesional y otras manifestaciones generadas a partir del ejercicio de cuidado, es la carencia de instrumentos de evaluación en Colombia, pues muchas veces se depende de la entrevista como único método de evaluación (Ceballos y Zambrano, 2007).

Una alternativa para superar dicha dificultad es La Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit, instrumento que cuantifica el grado de sobrecarga que padecen los cuidadores de las personas dependientes. Aunque no es la única escala existente, es la más utilizada en el mundo, habiendo



sido validada en inglés, francés, alemán, sueco, danés, portugués, español, mandarín y japonés (Breinbauerka, Mayanza, Vásquez, Guerra y Millán, 2009).

La Escala de Zarit, está compuesta por 22 preguntas que evalúan los efectos emocionales adversos vividos por el cuidador, al incluir en su rutina diaria el cuidado del paciente dependiente (Breinbauer y col; 2009).

Consigna:

A continuación se presenta una lista de afirmaciones en las cuales se refleja cómo se sienten a veces las personas que cuidan a otras personas. Después de leer cada afirmación, debe indicar con qué frecuencia se siente usted así: nunca, rara vez, algunas veces, muchas veces, casi siempre. A la hora de responder piense que no existen respuestas acertadas o equivocadas, sino tan solo su experiencia.

Puntuación para cada respuesta		Nunca 1	Rara vez 2	Algunas veces 3	Muchas veces 4	Casi siempre 5
1	¿Piensa que los niños a su cargo piden más ayuda de la que realmente necesitan?					
2	¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su trabajo como cuidador/a, no tiene suficiente tiempo para usted?					
3	¿Se siente agobiado/a por intentar compatibilizar el cuidado de los niños y niñas con otras responsabilidades (trabajo, familia)?					
4	¿Siente vergüenza por conductas de los niños y niñas que tiene a su cargo?					
5	¿Se siente enfadado/a cuando está con los niños y niñas?					
6	¿Piensa que cuidar de los niños y niñas, afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?					
7	¿Tiene miedo por el futuro de su familia?					



8	¿Piensa que los niños y niñas dependen de usted?					
9	¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar a los niños y niñas?					
10	¿Se siente tenso/a cuando está cerca de los niños y niñas?					
11	¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría, debido a tener que cuidar a niños y niñas?					
12	¿Siente que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar a niños y niñas?					
13	¿Se siente incómoda por distanciarse de sus amistades, debido a tener que cuidar a niños y niñas?					
14	¿Piensa que los niños y niñas le consideran a usted la única persona que les puede cuidar?					
15	¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a niños y niñas, además de sus otros gastos?					
16	¿Piensa que no será capaz de cuidar a niños y niñas por mucho más tiempo?					
17	¿Siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó a percibir los problemas de los niños y niñas?					
18	¿Desearía poder dejar el cuidado de niños y niñas por otra tarea o función?					
19	¿Se siente indecisa sobre qué hacer en determinados momentos con los niños y niñas?					
20	¿Piensa que debería hacer más por los					



	niños y niñas?					
21	¿Piensa que podría cuidar mejor a los niños y niñas?					
22	Globalmente ¿qué grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a niños y niñas?					



Calificación

Cada respuesta obtiene una puntuación de 1 a 5. Luego se suma el puntaje obteniendo un resultado entre 22 y 110 puntos. Este resultado clasifica al cuidador en:

- Ⓢ “Ausencia de sobrecarga”: Puntuación menor o igual a 46.
- Ⓢ “Sobrecarga ligera”: Puntuación entre 47 y 55.
- Ⓢ “Sobrecarga intensa”: Puntuación igual o mayor a 56.

Nota: El estado de sobrecarga intensa se asocia a mayor morbilidad del cuidador, quien en ese caso debiera ser referido al segundo nivel de atención u otro que cuenta con profesionales de la salud mental: psicólogos y psiquiatras.

Ejemplos

Caso 1

Puntuación	Interpretación
50	Sobrecarga ligera

Interpretación: Pese a que la persona evaluada presenta un nivel ligero de sobrecarga, es importante no pasar por alto dichos resultados. La institución debe implementar acciones como grupos de ayuda mutua o espacios de cuidado en el interior de la organización.

Caso 2

Área	Puntuación
70	Sobrecarga intensa

Interpretación: Esta persona debe ser referida al segundo nivel de atención, dado que experimenta el síndrome de sobrecarga del cuidador.

Nota: Es importante que este instrumento sea aplicado con cierta periodicidad. Se recomienda hacerlo dos veces al año.



3.4. Algunas preguntas para reflexionar

¿Qué es un riesgo psicosocial?

Un riesgo psicosocial es una respuesta negativa, que surge como el resultado de la interacción de diversos factores, provenientes tanto del entorno (cultura organizacional), como de las características personales de los cuidadores en interacción con las demandas propias de la tarea de cuidado. Dicho de otro modo, se trata de un resultado no deseado que pone en juego la integridad física y emocional de las y los cuidadores. En ello radica la importancia de prevenirlo, identificarlo y atenderlo.

¿En quiénes se presentan los riesgos psicosociales y por qué?

Los riesgos psicosociales pueden presentarse en cualquier profesional o trabajador comprometido con una tarea que demande un esfuerzo ya sea físico o emocional. De igual modo, sabemos que las condiciones laborales también son una fuente generadora de riesgo psicosocial, razón por la cual sería válido afirmar que dichos riesgos se presentan también en las personas que forman parte de una organización o institución que no brinda las condiciones necesarias para preservar y/o incrementar el nivel de bienestar de sus trabajadores.

Por otra parte, sabemos que la tarea de “cuidar a otros” es una asignatura compleja, que demanda que el cuidador o cuidadora pongan en juego sus recursos personales, no sólo para sobrellevar la tarea y mantener un nivel de equilibrio óptimo, sino porque también asumirán las responsabilidades de contener y brindar una atención de calidad a personas que se encuentran en pleno desarrollo integral.

¿Qué son los factores psicosociales?

Son las condiciones del entorno, éstas pueden ser favorables o desfavorables y se encuentran asociadas al nivel de bienestar de los trabajadores que forman parte de la organización. Algunos factores psicosociales favorables podrían ser: una cultura de respeto hacia la opinión de los trabajadores, un sistema de reconocimiento claramente definido, el ejercicio de un liderazgo democrático etc.; mientras que, por el contrario, un liderazgo autoritario y ambivalente, así como la falta de reconocimiento del trabajo realizado, aunado a las presiones propias del trabajo pueden generar las condiciones necesarias para la aparición de riesgos psicosociales.

¿Qué son las condiciones psicosociales de las o los cuidadores?



Son las características propias de las y los cuidadores, vinculadas a su historia de vida, estilos de personalidad, calidad de sus relaciones interpersonales, nivel de motivación, experiencia y conocimiento en relación a la tarea de cuidado, recursos personales para lidiar con el estrés, entre otros.

¿La feminización del cuidado de los niños menores de seis años, es positiva?

La feminización del cuidado es un fenómeno que responde a estereotipos de género tradicionales y rígidos, en esa medida, es necesario empezar a cuestionar nuestra creencia de que las mujeres son las personas más idóneas para el cuidado, dado que esta concepción excluye a los varones del ejercicio de una paternidad cálida y “suficientemente buena”.

¿Quién debe llevar a cabo el proceso de selección de las y los cuidadores?

La entrevista personal puede estar a cargo de algún representante de la organización, sin embargo la aplicación e interpretación de los demás instrumentos deberá estar a cargo de un psicólogo/a o una persona debidamente entrenada en el desarrollo de entrevistas.



Bibliografía

- American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect . (2002). When inflicted skin injuries constitute child abuse. *Pediatrics*, 644-645.
- Anzola, R. (1997). *El niño que soy*. Venezuela: Lumen.
- Alpuche, V; Ramos, B; Rojas, M y Figueroa, C (2008) Validez de la entrevista de carga de Zarit en una muestra de cuidadores primarios informales. *Psicología y salud*, Vol. 18; número 2: 237 – 245.
- Barbosa, A. M. (1998). *A compreensão e o prazer da arte [La comprensión y el goce del arte]*. Sao Paulo : Mariana.
- Bhatia, S. (2007). Childhood and Adolescent Depression. *American Family Physician*, 75(1), 73-80.
- Black, M., & Krishnakumar, A. (1998). Children in Low-Income Urban Settings: interventions to promote mental health and well-being. *American Psychologist*, 56(6), 635-646.
- Breinbauer Ka, H; Vásquez, H; Mayanz Sa, S; Guerra, C y Millán, T (2009) *Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada*. *Revista Médica de Chile* (137: 657-665)
- Cabrejo, E. (2008). Boletín de Linguística . *Lenguaje y saberes infantiles* (págs. 166-176). Bogotá: Universidad Distrital Francisco José de Caldas.
- Castillo, I; Azia, C. (2010) *Manual de género para niñas, niños y adolescentes*. Buenos Aires – Argentina
- De la Hoz, B; Anyel, M (2012) *Riesgo a enfermar y sobrecarga del cuidador principal del anciano dependiente*. *Revista Ciencias Biomédicas*; 3(2), 77 – 85.
- DEMUS (2009) *Un Modelo de Atención Integral en casos de violencia contra las mujeres*. Lima – Perú.
- Earls, F., & Carlson, M. (2001). The Social Ecology of Child Health and Wellbeing. *Ann Rev Public Health*, 143-66.
- Esquivel, F. (2010). *El juego y la psicoterapia infantil* . Mexico, D.F.: Manual Moderno.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). (2012). *Estado Mundial de la Infancia* . Nueva York: UNICEF.
- FORENSIS Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2011). *Violencia Intrafamiliar*. Bogotá: INML.



- García de Lima, R., Azevedo, E., Nascimento, L., & Melo, S. (2009). A arte do teatro Clown no cuidado às crianças hospitalizadas. *Rev Esc Enferm* , 186-93.
- Gómez, A. Mi mamá y yo. *Cuadernos de arte, 2010*. Colegio Provinma, Bogotá.
- Greenspan, S., & Thorndike-Greenspan, N. (1997). *Las primeras emociones* . Barcelona : Paidós
- Grizzle, K., Simms, & M. (2006). Desarrollo temprano del lenguaje y trastornos en el aprendizaje del lenguaje. *Pediatrics in Review*, 46-51.
- Halpern, R., Giugliani, E., Victora, C., & Barros, F. (2000). Factores de riesgo para sospeita de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor aos 12 meses de vida. *J Pediatr* , 421-28.
- Herrera, E., Y, L., & Rojas, L. (2009). Prevalencia de la Depresión Infantil en Neiva Colombia. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 27(001), 154-164.
- Herrera, H., Nuñez, A., Tobón, S., & Arias, D. (2009). Análisis Bibliométrico de la depresion Infantil. *Pensamiento Psicológico*, 27(001), 154-164.
- Huizinga, J. (2005). *Homo Ludens, el juego y la cultura* . . Fondo de la Cultura Económica.
- Ignacio Montorio, I; Izal, M; López, A y Sánchez, M (1998) *La entrevista de carga del cuidador. Utilidad y validez del concepto carga*. Revista Anales de Psicología Vol. 14, nº 2 (229 – 248). Universidad de Murcia, España.
- Instituto Nacional de Medicina Legal . (2011). *Violencia Intrafamiliar*. Bogotá: INML.
- Larbán, J (recuperado 2012) “*Ser cuidador, el ejercicio de cuidar*” Ibiza, España.
- Lowenfeld, V., & Brittain, W. (1961). *Desarrollo de la capacidad creadora*. Buenos Aires: Kapelusz.
- Maldonado, C., & Carrillo, S. (2002). El vínculo de apego entre hermanos: Un estudio exploratorio con niños Colombianos de estrato bajo. *Suma Psicológica*, 9(1), 107-132.
- Mantilla, L. F., Sabalza, L., Diaz, L. A., & Campos, A. (2004). Prevalencia de la Sitomatología Depresiva en Niños y Niñas escolares en Bucaramanga Colombia. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 33(2), 163-171.
- Millán, A y D'Aubeterre, M (2012) *Propiedades psicométricas del MaslachBurnoutInventory – MBI en una muestra multiocupacional venezolana*. Revista de Psicología Vol. 30 (1), 2012 (ISSN 0254-9247). Universidad Metropolitana, Caracas, Venezuela.
- Ministerio de Educación Nacional . (2012). *Desarrollo Integral en la Primera Infancia* . Bogotá.
- Ministerio de Protección Social. (2003). *Estudio Nacional de Salud Mental* . Bogotá: MPS.



- Moreno, B y Báez, C (2010) *Factores y Riesgos Psicosociales: Formas, consecuencias, medidas y buenas prácticas*. Universidad Autónoma de Madrid, España.
- Neruda, P. (1974). *Confieso que he vivido. Memorias*. Santiago de Chile: Losada.
- Núñez, P. (1998) *Higiene Mental de la familia*, 4º edición. Lima, Organización Panamericana de la Salud.
- Organización Panamericana de la Salud (2002) *Protección de la salud mental en situaciones de desastres y emergencias*. Serie "Manuales y Guías sobre desastres N° 1", Washington, OPS.
- Organización Panamericana de la Salud. (2005). *Evidencia de las Intervenciones Serie OPS/FCH/CA/o5-05.E*. Zelee Hill: OPS.
- Osofsky, J. (2011). *What is Infant Mental Health and Why is it Important*. Louisiana: Harris Center
- Patel, V., & al, e. (2008). Promoting Child and Adolescent Mental Health in Middle Income Countries. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 49(3), 313-334.
- Perdikidis, L. (2006). Más allá de la identificación del maltrato infantil: reconocer los factores de riesgo de recurrencia. *Evid Pediatr*, 149-152.
- Primera Conferencia Internacional de Promoción de La Salud . (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Canada .
- PROFAMILIA. (2010). *Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS)*. Bogotá: Printex impresores Ltda.
- Reyes, Y. (2005). *La lectura en la primera infancia*. Bogotá: Centro Regional para el fomento del libro en América Latina y el Caribe CERLAC.
- Rodriguez, C. (2006). *Del Ritmo al símbolo: Los signos en el nacimiento de la inteligencia* . Barcelona: Universidad de Barcelona.
- Seguí, J; Ortiz-Tallo, M y De Diego, Y (2008) Factores Asociados al estrés del cuidador primario de niños con autismo: Sobrecarga, psicopatología y estado de salud. *Revista Anales de Psicología* Vol. 24, nº1 (100 – 105).
- Terrasa, S (2012) Actualización: Factores psicosociales y su asociación con la enfermedad cardiovascular. *Rev. Evidencia – Actualización en la práctica ambulatoria* Vol.14, nro 4; 149 – 152.
- Thorne, C; Corveleyn, J; Pezo, C; Velázquez, T y Valdez, R (2011) *Buenas Prácticas en la prevención y atención de la violencia social. Sistematización de la labor realizada por instituciones y organizaciones peruanas*. Lima, Pontificia Universidad Católica del Perú.



Convenio 485/10

Velázquez, T. (2007) *Experiencias de dolor: Reconocimiento y reparación. Violencia Sexual contra las mujeres*. Lima, Perú.

Vinaccia, S., Gaviria, A., Martínez, P., Aterhotúa, F., & Trujillo, C. (2006). Prevalencia de la Depresión en Niños Escolarizados entre los 8 y los 12 años en el Municipio de La Ceja Antioquia. *Diversitas.Perspectivas en Psicología*, 2(2), 217-227.

Zarit, S, Orry N, Zarit, J (1995) *The hidden victims of Alzheimer's disease: families under stress*. New York: NY University