

# PROCESO SALUD-ENFERMEDAD MENTAL EN LA PRIMERA INFANCIA DESDE UNA INTERVENCIÓN INSTITUCIONAL

Adriana Mendieta<sup>1</sup>

## Resumen

El objetivo de este trabajo es investigar – a través del análisis de una situación clínica - el proceso salud-enfermedad en un niño, la implicancia de la familia y el apuntalamiento en el contexto educativo de una institución.

Los datos se obtuvieron a través de la observación y de la realización de entrevistas abiertas y semiestructuradas. Se utilizó una metodología de investigación cualitativa, interpretada de acuerdo al marco referencial. Los resultados permiten señalar el impacto que ejercen los modelos familiares y lo transgeneracional en el desarrollo del niño.

**Palabras clave:** Apego, Vínculos, Salud Mental, Interdisciplina.

---

<sup>1</sup> Licenciada en Psicología. Diplomada en Drogodependencias. Cursando Maestría en Salud Mental. Actividad profesional institucional en la primera infancia desde 1995 a la fecha. Desde el año 2006 realizando intervenciones clínicas con usuarios con uso problemático de sustancias psicoactivas.

PROCESS OF HEALTH-MENTAL  
ILLNESS IN THE FIRST CHILDHOOD  
FROM AN INSTITUTIONAL  
INTERVENTION

**Abstract**

*The objective of this work is to investigate - through the analysis of a clinical situation - the health-disease process in a child, the implication of the family and the supporting in the educational context of an institution.*

*Data were obtained through the observation and the realization of opened and semi-structured interviews. The author used a methodology of qualitative research, interpreted according to the frame of reference. The results allow us to draw the impact of family models and transgenerational in the development of the child.*

**Key words:** attachment, bond, Mental Health, interdiscipline.

O PROCESSO SAÚDE-DOENÇA  
MENTAL NA PRIMEIRA INFÂNCIA  
DESDE UMA INTERVENÇÃO  
INSTITUCIONAL

**Resumo**

*O objetivo deste trabalho é compreender – através da análise de uma situação clínica - o processo saúde-doença em uma criança assim como a implicância do entorno familiar e sua afirmación no contexto educativo da instituição implicada. Os dados foram obtidos através da observação e da realização de entrevistas abertas e semiestruturadas. Foi utilizada uma metodologia de pesquisa qualitativa, interpretada de acordo com o marco referencial. Os resultados permitem assinalar o impacto que exercem os modelos familiares e o transgeracional no desenvolvimento da criança, quem conta com recursos de comunicação diversos que mostram os aspectos mais saudáveis de si mesmo detectados através de sua demanda de ajuda.*

**Palavras-chave:** Apego, Vínculos, Saúde Mental, interdisciplina.

## Introducción

Las privaciones orgánicas, emocionales, sociales y culturales, ejercen efectos perjudiciales en el desarrollo de un niño, dada la gran vulnerabilidad infantil en los primeros años.

Se consideran tres razones relevantes para realizar prestaciones de salud a los niños: 1) Los programas de investigación y de asistencia se pueden concentrar en etapas del desarrollo donde es probable que aparezcan los trastornos. 2) La intervención temprana puede prevenir y reducir la probabilidad de discapacidad a largo plazo. 3) Las prestaciones eficientes reducen la carga de los trastornos mentales en el individuo y la familia así como los costos a los sistemas sanitarios y a las comunidades.

Se considera que los niños con buena salud mental pueden poseer sentido de identidad y autoestima, establecer prósperas relaciones familiares y de pareja, desarrollar capacidad para aprender, para ser productivos, para afrontar desafíos y para utilizar recursos culturales para maximizar su crecimiento.

## Objetivo general

Comprender el proceso-salud enfermedad en un niño en etapa preescolar, que transcurre junto con su familia por un proceso psicológico terapéutico brindado a nivel de la institución educativa.

## Objetivos específicos

- Integrar las posibles intervenciones terapéuticas preventivas teniendo en cuenta el ciclo vital de la niñez.
- Reflexionar sobre posibles modos de abordaje.
- Analizar los recursos de la institución y las dificultades existentes.

## Metodología

A través de un enfoque cualitativo, estudios de caso<sup>1</sup>, se pretende articular el marco teórico con la práctica y plantear posibles intervenciones desde una mirada integral interdisciplinaria.

Se tomó el caso de una niña de 3 años 5 meses y su madre de 32 años de edad.

## Recolección de datos

**Entrevista:** Se define (Janesick, 1998) como el encuentro entre entrevistador y entrevistado/s donde se logra una comunicación así como la construcción conjunta de significados respecto a un tema. En este trabajo se utilizaron entrevistas semiestructuradas, las cuales se basan en una guía de asuntos o preguntas, donde el entrevistador tiene la libertad de introducir preguntas adicionales para profundizar sobre información relevante y entrevistas abiertas. Estas últimas se fundamentan en una guía general de contenido, el entrevistador posee la flexibilidad para manejarla (Grinnell, 1997). Se realizaron una entrevista semiestructurada y dos entrevistas abiertas (Sampieri R, 2003).

**Observación:** No es una mera contemplación, se utilizan todos los sentidos, implica adentrarse en profundidad a situaciones sociales manteniendo un rol activo de reflexión permanente, se priorizan los sucesos, eventos e interacciones (Grinnell, 1997). En este caso se realizó la observación en el salón de clases (Sampieri R, 2003).

## Marco Conceptual

### a) Datos de epidemiología infantil en Uruguay.

En noviembre de 2005 se celebró en Brasilia la “Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental” auspiciada por la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y el Gobierno de Brasil. En el documento final se sintetizan los desafíos técnicos y culturales en los servicios de Salud Mental, enfatizando: 1) “*El aumento de la mortalidad y de la problemática psicosocial de la niñez*”. 2) “*El aumento por parte de la sociedad de la demanda de servicios que faciliten la adopción de medidas efectivas de prevención y abordaje precoz de la conducta suicida y del abuso de alcohol*”. 3) “*El aumento creciente de las diferentes modalidades de violencia, el cual exige una participación activa de los servicios de salud mental, en especial con referencia a la atención de las víctimas*”.

El informe de la OPS/OMS “*Salud en las Américas 2007*” analiza diversos indicadores

sobre la respuesta de los países a sus necesidades de salud mental. Casi el 73% de los países de la región cuenta con políticas explícitas de Salud Mental; sin embargo el gran reto en la actualidad es la implementación real, efectiva de esas políticas y planes nacionales. El 75% de los países tiene legislación específica pero no está actualizada.

La OMS ha manifestado que en el mundo, la atención y prevención en salud mental no están suficientemente financiadas, especialmente en los países en vías de desarrollo. En América Latina y el Caribe los trastornos mentales representan el 22% de la carga general de enfermedades; sin embargo el presupuesto dedicado a la salud mental es mínimo (OPS, 2009).

En el enfoque de los problemas de salud en la infancia predominó, hasta el siglo pasado el paradigma biomédico, fundamentalmente curativo. Sin embargo en las últimas décadas, los avances en el estudio de las enfermedades crónicas o no transmisibles, con el aporte de las ciencias de la salud, han impreso a la medicina un enfoque preventivo con estímulo al abordaje en promoción de salud. Se hace hincapié en la importancia de los factores protectores y factores de riesgo en la comprensión del origen, curso y desenlace de los trastornos mentales (OPS, 2009).

En casi todos los países, la edad comprendida entre los 2 a 6 años ha sido la menos atendida, generalmente los programas se concentran en las etapas prenatales, de lactancia y en etapa escolar.

El Uruguay ha avanzado, en la atención a la niñez implementando la obligatoriedad de la educación inicial y primaria en 5 años. Se quiere llegar a cubrir la franja de 3 años de edad. Se busca la disminución de la mortalidad materna, la infantil, así como el porcentaje de niños menores de 5 años con déficit nutricional, persistente en sectores carenciados. Se ha avanzado en política de apoyo a la compatibilización de los roles laborales y parentales con el cuidado infantil temprano, sin embargo persisten dificultades prácticas (Estrategia Nacional para la Infancia

y la Adolescencia (ENIA) 2010-2030)<sup>2</sup>

El país se encuentra en transición demográfica <sup>3</sup> “con tasas de crecimiento poblacional bajas, incremento de la esperanza de vida y un envejecimiento de la población muy por encima de lo que ocurre en otros países de la región”. En estratos de menores ingresos surgen diferencias, altas tasas de natalidad y mayor morbilidad. (ENIA, 2008). Más del 40% de las mujeres de estratos altos y medios tienen menos hijos de los que desearía, mientras que cerca de 30% en los estratos bajos, manifiesta que tiene más de los que desearía. Esta doble insatisfacción afecta el bienestar de unas y otras en relación con el logro de la realización plena de sus aspiraciones y desarrollo personal (Peri, A y Pardo, I. 2006).

#### **b) Violencia doméstica y adicciones en Uruguay**

El Ministerio de Desarrollo Social (MIDES, 2005) a través del Programa Infancia, Adolescencia y Familia realizó una investigación para Montevideo y Área Metropolitana sobre prevalencia del maltrato intrafamiliar contra niños y adolescentes<sup>4</sup>. Se registraron prácticas de violencia psicológica o física en el 80% de los adultos entrevistados hacia los menores considerados de 0 a 17 años. Se incluyen como una de las formas de violencia, las conductas negligentes con los menores. La violencia física se manifestó en el 55%. El 63% expresó que al menos una de las conductas que implican violencia psicológica o física ocurrió más de una vez en relación con el menor de referencia.

El último informe de la Junta Nacional de

---

<sup>2</sup> Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia. 2010-2030. Bases para su implementación. Uruguay; Diciembre de 2008; p 32-33.

<sup>3</sup> Proceso por el cual las poblaciones pasan de una situación de equilibrio, consecuencia de una mortalidad y natalidad altas a otra situación de equilibrio, con mortalidad y natalidad bajas donde el crecimiento poblacional es bajo o nulo.

<sup>4</sup> Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Prácticas de crianza y resolución de conflictos familiares. Prevalencia del maltrato intrafamiliar contra niños y adolescentes. Montevideo, 2008

Drogas (JND) año 2007 muestra que 1 de cada 5 personas considera de bajo riesgo el consumir cigarrillos o alcohol frecuentemente (JND, 2007). En el 40% de los hogares hay exposición al humo ambiental de tabaco y alta presencia de alcohol y marihuana. Uno de cada 7 uruguayos es dependiente del alcohol, uno de cada 5 al tabaco, 13 de cada 100 ha consumido drogas ilegales. En uno de cada 5 hogares existe consumo de drogas ilegales o abuso de alcohol.

El alcohol es la droga más consumida, de la que más se abusa y la que más problemas sociales y sanitarios causa. Su uso pasó a ser más socializado, plenamente integrado y legitimado en la vida cotidiana, atravesando todas las capas sociales.

Teniendo en cuenta las características epidemiológicas citadas, los agentes de salud junto a todos los actores involucrados, deberían contribuir en la atención, la prevención y promoción de salud en la primera infancia. Es importante considerar que, los factores de riesgo aumentan la probabilidad de problemas de salud, mientras que los factores protectores moderan los efectos de exposición al riesgo. Las políticas, planes y prestaciones específicas deberían diseñarse reduciendo los factores de riesgo y aumentando los factores protectores (OPS, 2009)

Las variables que han sido reconocidas como factores de riesgo para el desarrollo infantil se encuentran dentro de tres grupos fundamentales: 1) Las características socio-económicas. 2) Las características psicopatológicas y de disponibilidad parental. 3) Las características propias del niño (OPS, 2009). Es primordial considerar que por la etapa del desarrollo en que se encuentra el niño, el mejor tratamiento será aquel que se ajuste al grado de vulnerabilidad, el modo de manifestación del trastorno de acuerdo a su contexto.

### c) Primera Infancia

El Fondo de Naciones Unidas Para la Infancia (UNICEF) en 1965, define a la infancia como el período que va desde el destete hasta el ingreso del niño a la escuela.

El desarrollo (Canetti, A *et al.* 1993) se define como “*el conjunto de fenómenos que*

*posibilitan la transformación progresiva de un individuo, desde su concepción hasta la edad adulta*”. Proceso complejo, multidimensional, dinámico donde el niño interactúa permanentemente con su medio ambiente en forma dialéctica<sup>(ii)</sup>.

El desarrollo neuropsíquico para Canetti, A *et al.* 1993, es el proceso a través del cual se ponen en actividad los diferentes mecanismos de la vida intelectual y de relación.

Según M. Freire de Garbarino (1992) el vínculo temprano, se considera como el encuentro madre-hijo que permite desarrollar el nuevo ser, en un juego de acciones recíprocas

Bowlby, J. (1969) desarrolló la teoría del apego, indagó la conexión entre los acontecimientos de los primeros años de vida, la estructura y función posterior de la personalidad. Describió la relevancia del comportamiento de las personas con las que convive el niño, en los años más tempranos, especialmente la madre. Hizo hincapié en los cuidados, asegurando que el niño sea criado en lo posible por una misma persona. Las investigaciones actuales amplían la perspectiva de la teoría del apego, considerando el papel de las influencias genéticas y temperamentales del niño, las variables contextuales y el impacto que sobre los vínculos tienen los otros contextos de socialización del individuo (Lamb, M y Easterbrooks, M. 1981. Belsky, J. 1984).

Las evidencias desde las neurociencias dan cuenta, que el desarrollo del cerebro depende de las interacciones afectivas que moldean las redes neuronales. (Shore, R. 1997). Durante los primeros tres años, el cerebro desarrolla un 90% de su tamaño adulto y ubica la mayor parte de los sistemas y estructuras. Su desarrollo se asocia, con la capacidad cuidador-infante de desarrollar una relación interactiva positiva<sup>5</sup>. Siguiendo el pensamiento de S. Freud (1905)<sup>6</sup> el apoyo, como puede ser la existencia de un objeto

5

[http://www.childtraum.org/ctamaterial/attach\\_ca\\_sp.asp](http://www.childtraum.org/ctamaterial/attach_ca_sp.asp). Consultado: julio 2010

6

Extraído de: Laplanche J. Pontalis J. Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Labor. España. 1981:403

externo, el cuidador, las zonas erógenas predominantes y el autoerotismo constituyen tres características interdependientes, fundamentales para comprender la sexualidad infantil. La misma está caracterizada por fases libidinales: oral, anal y fálica o genital (Freud, S. 1913-15)<sup>7</sup>. La sexualidad surge ligada en sus orígenes a las necesidades primarias, con fuerte dependencia del soporte corporal, la repetición de experiencias placenteras, generan huellas mnémicas o representaciones psíquicas que posibilitan la inscripción del deseo a nivel inconsciente.

#### d) Familia

La familia se define como, un conjunto de personas vinculadas por la pertenencia al sistema de parentesco, (Berenstein I. 2007) se incorpora al sistema de lengua con un orden jurídico. Es una comunidad de sostén de lo común, que se organiza en el vínculo entre sujetos que se obligan a realizar la acción de dar a otro ser humano lo que no tiene por su calidad de incompleto. Se comparte un mismo tiempo y espacio lo que se llama cotidianidad. Caracterizada por dos tipos de vínculo: vínculos de sangre y vínculos de alianza. Se origina en un vínculo de alianza dado en la pareja parental que funda a la familia en la trascendencia, dada en un vínculo de sangre que los instituye a todos como parientes.

La pauta o el vínculo tiene la peculiaridad de caer o desaparecer de la conciencia y constituir un inconsciente lo que determina las modalidades de relación, el espacio llamado “entre” lugar donde provienen funcionamientos vinculares y sufrimiento solo entendibles desde el vínculo. (Berenstein I. 2007). El vínculo es una combinatoria de presentación de los otros y representación del conjunto y se inscribe como tal en el psiquismo. S. Freud (1919) define la identificación originaria como la transformación producida en el individuo al asumir una imagen, operación que tiene un efecto apaciguador de la angustia inherente a la vivencia de incoordinación y fragmentación. Se complementa con la conceptualización del estadio del espejo

(Lacan J. 1936) donde el yo se constituye siendo otro, la imagen completa es una introyección en espejo de ideales identificatorios externos<sup>8</sup>.

#### Presentación del caso

Se cuenta con el consentimiento informado (Ruiz M. Morillo Z. 2004) para la difusión de información relevante del caso para habilitar la intervención así como la posibilidad de contribuir con la investigación en la temática.<sup>iii</sup>

Se seleccionó el caso de una niña que llamaremos Laura, quien a partir de una instancia de observación en clase llama la atención por su comportamiento marcado por la expresión de ansiedad y angustia, lo que dificulta su atención, así como la interacción con pares y referentes. Ante la menor frustración llora y dice “*quiero irme con mi mamá*”. Aspectos confirmados por la maestra quien detecta cambios significativos en el comportamiento, lo que motivó la citación de la madre para entrevista psicológica.

La madre a quien llamaremos María, se presenta en forma cordial, disminuida en su postura, detectándose un franco deterioro, captado en la disminución del peso corporal para la edad así como en su rostro, demacrado, con ojeras. Se angustia y plantea que “*no sabe cómo enfrentar la situación, los pasos que doy, a veces terminan en macanas*”, pidió licencia por enfermedad, “*quiero ver cómo me organizo*”, manifiesta que la niña “*se está haciendo encima todos los días*”.

Reconoce que le ha costado consultar, así como asistir a las reuniones de padres y otros eventos del centro educativo. Sacó fecha para psiquiatra pero no concurrió y por factores económicos estaba pensando en la posibilidad de sacar a la niña del centro.

Como datos significativos de la historia familiar surge que el papá mantuvo vínculo familiar hasta el mes de Laura, retomándolo al año, separándose definitivamente por violencia doméstica. Dice “*me agredió y me*

---

<sup>7</sup> Ibid: 150-155

<sup>8</sup> Extraído de: Pachuk S. Friedler R. Diccionario de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares. Ediciones del Candil; BsAs

pegó con ella en brazos”. Existieron agresiones en el embarazo.

María hace 6 meses que se separó de su pareja, con quien convivió un período de dos años, la niña lo reconoce como referente paterno. En la actualidad viven solas, madre e hija, en el mismo terreno que la abuela materna y la tía, con dos primos.

María plantea que los cambios de ánimo de Laura comenzaron en el último período de convivencia de la pareja, la niña había presenciado discusiones que llegaron a la violencia.

En relación a María, surgen como datos significativos que repitió un año de escuela, retomó los estudios comenzando el liceo pero los abandonó por problemas de horarios en el trabajo. Consume alcohol, desde los 17 años y cigarrillos desde los 12 años. Su padre era alcohólico, falleció cuando María tenía 16 años, *“no tuve mucha relación con él, mi madre lo veía venir y me mandaba para el cuarto”, “aún con la distancia que ponía mi madre, mi padre era con el que más tenía relación”*. Existían problemas de violencia en la pareja parental de María. *“Cuando consumo me acuerdo de mi padre, de muchas cosas que son las que me deprimen”, “todo esto me hace sentir inferior, veo a mis hermanas que hacen su vida”*. Relata haber perdido un bebé de 14 días, luego varios embarazos antes de tener a Laura, no recordando las fechas de los acontecimientos. Plantea que su madre esta al tanto de toda su vida, la apoya, *“hace dos semanas estoy pensando en la posibilidad de internarme”*. En el último período, durante dos meses estuvo con otra pareja, con él incorporó el consumo de Pasta Base de Cocaína. Relata que sus vínculos sociales, son con consumidores de drogas, fuera del ámbito laboral y familiar.

### Análisis de la situación

Se elige este caso para ilustrar el impacto de la psicopatología del entorno familiar en una niña, expresado dentro del contexto institucional, lo que motivó la realización de diferentes estrategias de intervención para dar respuesta a su demanda de ayuda.

Escuchando los emergentes detectados en la

entrevista con la madre, se plantea como primer abordaje estratégico realizar un apoyo psicológico, contribuir a la *“organización psíquica de la mamá”* realizando un *“maternaje”*, habilitando un vínculo de empatía, que le permitiera sostenerse-sosteniéndola ante tanto desborde de angustia. Se generaron múltiples acciones de intervención, dándole prioridad a la obtención de una beca a la niña, para asegurar su continuidad en el centro educativo. Es un factor protector para la niña, el estar integrada al jardín, el contar con una actividad en doble horario lo que le permite mantener los vínculos con sus pares y otros adultos que ha establecido desde hace dos años.

Con autorización de María se realizaron coordinaciones con sus referentes en la red, paralelamente se coordinó una nueva entrevista, se le solicitó la concurrencia con su madre para investigar sus vínculos familiares y visualizar redes de sostén.

La Directiva del centro educativo, realizó gestiones con la encargada del área laboral del trabajo de María, para garantizar la estabilidad laboral así como el apoyo al tratamiento de María. Se indagó la mayor información y ampliación de los servicios disponibles dentro de la red asistencial, teniendo en cuenta que tiene mutualista, lo que circunscribe las posibilidades de internación al ámbito privado. La consultante plantea como recurso la internación<sup>9</sup>. Hay distintos tipos de intervención: una alternativa es la internación en una comunidad terapéutica, otra, la de reducción de riesgos y daños.

El equipo que integra el centro educativo está conformado por dos encargadas, siete maestras, cinco auxiliares docentes, una psicomotricista, un profesor de educación física, dos psicólogas, una profesora de música, una profesora de inglés y un auxiliar

---

<sup>9</sup> Respecto a la internación existen convenios con algunas mutualistas que cubren un mes de internación pudiendo extenderse, no en todos los casos. Con respecto al tratamiento de reducción de riesgos y daños si bien existe una red asistencial pública y privada a través de diferentes ONGs se detectan dificultades reales de implementación de servicios en forma coordinada.

de servicio.

Se realizaron reuniones dentro del equipo para coordinar los pasos a seguir, buscando estratégicamente ampliar la visión de la situación planteada y ofrecer una respuesta consensuada. Se realizó interconsulta con la colega psicóloga, para habilitar un espacio, personalizado de intervención con la niña, que facilite la elaboración de vivencias de separaciones, duelos y cambios. La niña con su sintomatología actual, "incontinencia", a los que se agregan: ansiedad, baja tolerancia a la frustración, conductas agresivas hacia sus compañeros, refleja sus vivencias desorganizadoras, así como dificultades de apego con la figura materna. Otro aspecto relevante a considerar es la etapa evolutiva. A los tres años y medio, el niño si se desarrolla normalmente, tendría que transitar la fase genital, donde la curiosidad y construcciones simbólicas giran alrededor de la sexualidad propia como de quienes le rodean. En este aspecto se observan mecanismos regresivos producto probablemente y entre otras cosas del contexto familiar en deterioro. La madre no se encuentra disponible la mayor parte del tiempo para responder a las demandas afectivas de la niña desde un lugar saludable, comportándose de modo descuidado y negligente para Laura como para sí misma. Laura ha perdido a su padre sin mediar ninguna explicación lo que para ella es un factor estresante, generador de angustia y ansiedad.

Es desde estos aspectos que podemos comprender su ambivalencia en el entorno del jardín donde coexiste el amor y el odio. Es esperable que lo que la niña vive pasivamente en su vida cotidiana por su vulnerabilidad yoica y por desplazamiento, lo actúe con sus pares donde está en igualdad de condiciones. Se prioriza el apuntalamiento institucional con Laura para, a través de lo lúdico encontrar formas de tramitación de vivencias traumáticas que posibiliten su inclusión en las distintas propuestas, de modo menos sufriente, teniendo especial cuidado de no reenviarla a situaciones de rechazo ahora expresadas en el vínculo con sus pares y referentes, aspecto sumamente complejo que hay que tener presente en la interacción con la

niña.

Como primer recurso, se piensa en la disponibilidad de los referentes más familiarizados con la niña, que le sirvan como modelos sustitutos saludables a los que progresivamente se pueda sumar el apoyo psicológico.

Las distintas propuestas del centro educativo buscan potenciar el aprendizaje a través de lo lúdico creativo en la interacción del niño con su grupo de pares y adultos referentes. Rescatamos el ámbito de lo lúdico y lo creativo como generador de salud mental, donde el disfrute, la espontaneidad en el encuentro con otros oficia de espacio continente para la expresión y elaboración de situaciones traumáticas.

Las distintas intervenciones se realizan desde una perspectiva inclusiva en los derechos del niño/a, situación que genera múltiples desafíos al confrontar los constructos teóricos de la convención, con la realidad que desborda, generando múltiples interrogantes al equipo, que estratégicamente resuelve ir planificando diferentes etapas en la búsqueda de alternativas. Dichas estrategias de intervención pretenden contribuir a fortalecer el vínculo madre-hija, generando una apertura de soporte, contención y guía afectiva dentro de lo posible de todo el equipo, integradora e incluyente de la figura materna.

Se realiza un abordaje integral a nivel de Atención Primaria en Salud (APS), donde se incluye, la perspectiva de bienestar acorde a los derechos del niño. Este enfoque es útil para la prevención del maltrato infantil, poniendo el acento en los factores protectores y en la satisfacción de las necesidades del niño, lo que requiere la inclusión de condiciones familiares y sociales de máximos, que aseguren el bienestar y mínimos donde el niño está expuesto a factores de riesgo, como el maltrato (Canetti A. *et al.*2010)

Se busca acompañar la evolución y desarrollo infantil en forma amplia, flexible y articulada con las necesidades e intereses que van surgiendo, en dirección a la generación y potenciación de condiciones educativas y de convivencia saludables.

El psicólogo como parte de la institución contribuye al desarrollo y el bienestar del niño, de su familia y de los docentes, apuntando a propiciar el buen desarrollo del proceso evolutivo-formativo.

María se encuentra en la edad adulta, en riesgo vital, a su decir se siente “*inferior*” lo que muestra su baja autoestima al compararse con el entorno inmediato de sus hermanas. No ha podido sostener un vínculo estable de pareja, relata que en la actualidad presenta policonsumo de drogas, situaciones de violencia doméstica y en riesgo de perder los hábitos hasta ahora conservados, como el laboral y especialmente el vínculo con su hija. Como hipótesis diagnóstica inicial se plantea la presencia de psicopatología dual con trastorno por consumo de sustancias y trastorno límite de personalidad, de acuerdo a la clasificación del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM IV) (Pichot P. *et al.* 1996). Se suman aspectos depresivos. Existen duelos patológicos, que no ha podido elaborar hasta la fecha, a lo que se suma el declive económico y el cambio en la estructura familiar, de ser una familia ensamblada<sup>10</sup> a ser una familia monoparental lo que implica, sobrecarga en las múltiples funciones hogareñas.

Ayudar a Laura también implica ayudar a María a quien se le ofrece un espacio donde poder pensarse, organizarse y recibir tratamiento.

El fracaso actual de pareja, su condición de adicta (así se define ella misma) en un marco de violencia, la reenvían a situaciones frustrantes del pasado que dan cuenta de la trama vincular transgeneracional actualizada, al no haber mediado un proceso de elaboración.

No es casual sino posiblemente determinante en el psiquismo de María que haya comenzado el consumo de alcohol a los 17 años, un año después del fallecimiento de su padre agregando que “*cuando consume se acuerda de su padre y de otras pérdidas*”

---

<sup>10</sup> Las familias ensambladas se originan a partir del segundo matrimonio o unión de hecho, cuando uno o ambos integrantes de la pareja tiene hijos de una unión anterior.

buscando, quizás con la sustancia, el alivio a su dolor como modo de anesthesiarse a la vez que, al consumir y no poder parar “*se consume*” como posible acto de suicidio en pequeñas dosis. Su mundo interno esta poblado de relaciones objetales<sup>11</sup> parciales donde no esta el otro que con su efecto de presencia pone un tope, intersubjetivo, organizador.

Existen factores de riesgo asociados a la vulnerabilidad emocional tanto de la madre como de la niña a lo que se agregan los síntomas depresivos maternos, policonsumo de drogas, dificultades en las pautas de crianza, un clima de violencia, ausencia de la figura paterna, entre otros aspectos a develar, que impactan en la niña.

Como factores protectores surgen los vínculos que mantiene María a nivel familiar con su madre y hermana, así como su actividad laboral, si bien existen factores de riesgo como problemas del carácter: irritabilidad, ansiedad, insomnio, trastorno en la alimentación a lo que se suma la tendencia al aislamiento además del consumo problemático de drogas.

La institución educativa, considerada como encuadre siguiendo el concepto de Bleger, J. (1986) ha permitido la depositación, de aquellos aspectos mas primitivos de Laura, su desorganización, síntomas, “*haciendo sonar su voz*”, denunciando la situación de alta vulnerabilidad yoica y materna.

## Conclusiones

A través de la presentación del caso se busca transmitir una experiencia clínica en su contexto natural como lo es la institución de educación preescolar. Se busca contribuir a la comprensión del mundo infantil así como de su entorno. El niño es sensible a los cambios que se dan en su contexto donde confluyen factores económicos, ambientales, sociales y especialmente aspectos psicopatológicos de sus referentes.

---

<sup>11</sup> Término aportado por Melanie Klein que alude a la posición paranoide. El objeto es parcial y se halla escindido en dos (objeto bueno-objeto malo). Las pulsiones agresivas coexisten con las pulsiones libidinales, la angustia es de naturaleza persecutoria.

El centro educativo cumple una función esencial para contribuir a la elaboración de conflictos. En sus diferentes propuestas, favorece la expresión de los mismos tanto a nivel corporal como en el comportamiento, en el juego y la palabra.

Es vital que quienes integran equipos en centros educativos estén atentos a los cambios anímicos en el niño. En este caso las reacciones comportamentales de la niña en clase como en otros espacios dentro del centro permiten aproximarnos a la comprensión de su mundo interno, situación familiar y social. Concomitantemente se reconocen en la niña sus modos de vincularse con pares y adultos dentro de la institución, lo que da pautas de los modos de vincularse en su entorno inmediato: la familia.

En la exposición de relatos de la madre queda evidenciada su condición sufriente así como

el impacto de aspectos transgeneracionales que se actualizan al no haber sido tramitados por una intervención terapéutica oportuna.

En la situación aparece una problemática multicausal por lo que debería comprenderse desde su integralidad. Es por ello que se plantea una intervención con la madre y con la niña y desde el trabajo en equipo interdisciplinario.

El construir una tarea común es un trabajo arduo, permite el intercambio de acuerdo a la función, donde el objetivo central es favorecer el desarrollo del niño y su familia. El intercambio en equipo contribuye a la comprensión de la situación así como a la contención y la elaboración de angustia dentro del equipo especialmente expresada en quienes están comprometidos diariamente en la tarea educativa.

## Referencias bibliográficas

- Belsky, J. *The determinants of parenting: A process model. Child Development.* Londres;1984.
- Berenstein. I. Del ser al hacer. Editorial Paidós; BsAs; 2007; p 84-103.
- Bleger J. Psicohigiene y psicología institucional. Editorial Paidós; BsAs;1986.
- Bowlby J. Los cuidados maternos y la salud mental. Editorial Humanitas. BsAs; 1982
- Canetti A. Cerutti A. Schwartzman L. Desarrollo del Niño de 0 a 5 años. Editorial Roca Viva, Montevideo; 1993
- Canetti A. Gandolfi A. *et al.* Reflexión sobre la Convención por los Derechos del Niño para el equipo de salud. V Congreso Uruguayo de Psicología Médica. Más allá del genoma, más acá de la cultura. La Salud Mental desde el paradigma de la complejidad. Montevideo; 2010.
- Estrategia Nacional para la Infancia y la Adolescencia. 2010-2030. Bases para su implementación. Uruguay; 2008
- Freire de Garbarino M. Interacción Temprana. Investigación y Terapéutica Breve. Editorial Roca Viva, Montevideo; 1992
- Hernández Sampieri. R. *et al.* Metodología de Investigación. BsAs; 2003
- Junta Nacional de Drogas (JND). Situación y tendencias del consumo de drogas en el Uruguay. Observatorio Uruguayo de Drogas. Dirección Nacional de Impresiones y Publicaciones Oficiales, Uruguay; 2007.
- Lamb, M. y Easterbrooks, M.A. (1981). *Individual differences in parental sensitivity: Origins, components and consequences.* En M. Lamb y K. R. Sherrod (eds.): *Infant Social Cognition: theoretical and empirical considerations*, 127-153. Hillsdale, NJ
- Laplanche J. Pontalis JB. Diccionario de Psicoanálisis. Editorial Labor, España; 1981;
- Ministerio de Desarrollo Social (MIDES). Prácticas de Crianza y Resolución de Conflictos Familiares. Prevalencia del maltrato intrafamiliar contra niños y adolescentes. Montevideo; 2008.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Salud Mental en la Comunidad. Washington DC; 2009
- Pachuk C. Friedler R. Diccionario de Psicoanálisis de las Configuraciones Vinculares. Ediciones del Candil; BsAs
- Pichot P. López J. Valdés M. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, DSM IV. Editorial Masson, Barcelona; 1996.
- Pineda EB. Arévalo EL. Metodología de la investigación. Organización Panamericana de la Salud. Washington, DC; 1992
- Pineda E. Alvarado E. Consideraciones éticas en el Desarrollo de Investigaciones. En: Metodología de la investigación. Organización Panamericana de la Salud; Washington; 2008.

---

<sup>i</sup> Pineda, E. B., de Arévalo, E. L. Metodología de la investigación. Organización Panamericana de la Salud. Washington, D. C.; p106.

<sup>ii</sup> Canetti, A. y col. El niño de 0 a 5 años. GIEPp. Uruguay; 1993; p 6.

<sup>iii</sup> Pineda, E. y de Alvarado, E. Metodología de la investigación. Capítulo 16: Consideraciones Éticas en el Desarrollo de Investigaciones. Organización Panamericana de la Salud; Washington; 2008; p 225.