

CUIDAR DESDE EL COMIENZO

SALUD MENTAL
EN LA PRIMERA INFANCIA



Cuidar desde el comienzo. Salud mental en la primera infancia

Consejo Coordinador de la Educación en la Primera Infancia, CCEPI

Autoridades:

Ministerio de Educación y Cultura:

José Carlos Mahía (ministro), Gabriela Verde (subsecretaria),
Gabriel Quirici (director nacional de educación)

Administración Nacional de Educación Pública:

Pablo Caggiani (presidente), Elbia Pereira,
Carolina Pallas, Julián Mazzoni y Daysi Iglesias (consejeros)

Dirección General de Educación Inicial y Primaria:

Gabriela Salsamendi (directora general), Selva Pérez (subdirectora general)

Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay:

Claudia Romero (presidenta), Mauricio Fuentes (vicepresidente)

Ministerio de Salud Pública:

Cristina Lustemberg (ministra), Leonel Briozzo (subsecretario)

Ministerio de Desarrollo Social:

Gonzalo Civila (ministro), Federico Graña (subsecretario),
Nicolás Lasa (director nacional de desarrollo social),
Susana Muñiz (secretaría nacional de cuidados y discapacidad)

Consejo Coordinador de la Educación en la Primera Infancia:

Ministerio de Educación y Cultura, Dirección Nacional de Educación:

Javier Alliaume Molfino y Denise Courtoisie

Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, Programa Primera Infancia:

Bettina Alpuy y Andrea Ren

Administración Nacional de Educación Pública,

Dirección General de Educación Inicial y Primaria:
Selva Pérez, Graciela Caballero

Ministerio de Salud Pública, Salud Perinatal y Niñez:

Marie Boulay y Adriana Sosa

Centros de Educación Infantil Privados:

Virginia Cataldi

Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación Privada:

Claudia Lártiga y Analía Flores

Ministerio de Desarrollo Social, Uruguay Crece Contigo:

Giorgina Garibotto y Verónica Pandolfo

Ministerio de Desarrollo Social, Secretaría Nacional de Cuidados:

Valentina Curto y Andrea Barcia

CUIDAR DESDE EL COMIENZO

SALUD MENTAL
EN LA PRIMERA INFANCIA

Grupo de trabajo técnico a cargo de la elaboración del documento:

Ministerio de Educación y Cultura, Dirección Nacional de Educación:
Área de Educación en la Primera Infancia: Javier Alliaume y Denise Courtoisie
Programa Educación para la Salud: Tania Atchugarry

Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, Programa de Primera Infancia:
Adela Telles, Andrea Ren, Sandra Misol y Nora Uturbey

Administración Nacional de Educación Pública,
Dirección General de Educación Inicial y Primaria:
Carina Sagrera y Mercedes Pirelli

Sindicato Nacional de Trabajadores de la Educación Privada:
Claudia Lártiga y Analía Flores

Ministerio de Salud Pública:
Carolina Fernández

Ministerio de Desarrollo Social:
Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad:
Andrea Barcia, Cecilia Tambasco y Eduardo Álvez
Uruguay Crece Contigo: Florencia Koncke, Florencia Castelli,
Pieryna Stivan y Vanessa Zunino

Consultora por UNICEF Uruguay: Sandra Misol

Corrección de estilo: Leticia Ogues Carusso

Diseño gráfico: Manosanta Desarrollo Editorial

Impresión: Gráfica Mosca

Primera edición: Montevideo, noviembre de 2025

CONTENIDO

Prólogo

Salud mental y primera infancia	7
--	----------

1. Marco normativo y conceptual 11

1.1 Marco legal sobre salud mental y primera infancia	11
1.2 Especificidades de la salud mental en primera infancia	12
1.3 El rol del Estado y de las políticas públicas	17

2. La promoción de la salud mental

como responsabilidad social compartida 19

2.1 Contexto actual: panorama de las infancias en Uruguay	19
2.2 ¿Qué entendemos por promoción de la salud mental?	22
2.3 Perspectiva de corresponsabilidad social y género	23

3. Todos somos parte 27

3.1 El papel de los centros socioeducativos en relación con la salud mental.	27
3.2 El papel de los efectores de salud	34
3.3 El papel de los equipos de proximidad en territorio	38
3.4 El trabajo interinstitucional e intersectorial.	44

4. Desafíos cotidianos y estrategias para la promoción de la salud mental 47

4.1 Comunicación con las familias, intercambio de saberes, fortalecimiento de la parentalidad.	47
4.2 ¿Cómo acompañar el desarrollo psicosexual en primera infancia?	62
4.3 Situaciones de crisis (diferentes duelos en la infancia): atención de primer orden	72

4.4 ¿Qué es y cómo contribuir a la regulación emocional en los niños?: Sociedad de consumo y abuso de la tecnología	87
5. Prevención y detección de situaciones de riesgo	99
5.1 El impacto de crecer en contextos violentos	99
5.2 Reproducción de estereotipos de género o modelos de vinculación violentos aprendidos en el entorno familiar, medios de comunicación o comunidad	101
5.3 Guías y evaluaciones utilizadas en Uruguay para la detección, la valoración y la intervención en situaciones de violencia hacia la primera infancia .	104
5.4 Factores de riesgo y factores de protección: proceso de reparación del daño, contribuciones posibles desde la cotidianidad.	106
6. Autocuidado y cuidado mutuo de los equipos	109
6.1 Estrategias individuales	110
6.2 Estrategias colectivas	111
6.3 Prácticas reflexivas y generación de conocimientos.	113
Referencias bibliográficas	115

Prólogo

Salud mental y primera infancia

En el marco del Consejo Coordinador de Educación de la Primera Infancia (CCEPI) creado por la Ley General de Educación (Ley n.º 18.437) y dependiente de la Dirección Nacional de Educación del Ministerio de Educación y Cultura (MEC), se propone un trabajo articulado interinstitucionalmente que promueva la educación de calidad de la primera infancia, la profesionalización de sus educadores y educadoras, y la coordinación de proyectos y políticas educativas nacionales para la primera infancia.

Estos son algunos de los cometidos del CCEPI, para los que se trabaja desde cada una de las instituciones que lo componen: el MEC, que lo preside; la Dirección General de Educación Inicial y Primaria (DGEIP) de la Administración Nacional de Educación Pública (ANEP); el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU); el Ministerio de Salud Pública (MSP); Uruguay Crece Contigo (UCC) y la Secretaría Nacional de Cuidados y Discapacidad (SNCD), en el marco de Ministerio de Desarrollo Social (MIDES); representantes del Sindicato Nacional de Trabajadores y Trabajadoras de la Enseñanza Privada (SINTEP); la representación de los centros de educación infantil privados y UNICEF.

Desde el CCEPI se genera un espacio de intercambio interinstitucional que permite pensar aquellos temas que implican a la primera infancia y requieren de respuestas, acciones y elaboración de propuestas. En este sentido, promover la calidad de la educación requiere pensar desde las distintas miradas e instituciones aquellos aspectos que se vinculan con el

desarrollo infantil, buenas prácticas en alimentación y nutrición y educación inclusiva, así como la orientación o guía de los equipos que integran los centros de educación y cuidado en primera infancia en estos y otros temas.

Durante la pandemia de COVID-19, los aportes del Área Programática de Salud de la Niñez del MSP fueron fundamentales para elaborar recomendaciones que se convirtieron en documentos de referencia en la preparación de protocolos de actuación. En pospandemia el foco ya no se coloca en atender a la emergencia sanitaria o la generación de respuestas que orienten la actuación ante el virus, sino en aquellos aspectos que se identificaron como desafíos y que tienen implicancias en la salud mental en la primera infancia.

De este modo, desde las diversas instituciones se ha comenzado a dar prioridad a los aspectos relacionados con la salud mental, así como con la identificación temprana de factores de riesgo y las pautas para su abordaje. En esta línea, desde el CCEPI en 2023 se entendió pertinente agregar este tema entre sus líneas de acción estratégica y se generó un grupo de trabajo técnico con la finalidad de elaborar un marco conceptual y orientador de las prácticas promotoras y de prevención en salud mental en la primera infancia.

El documento interinstitucional propone un marco consensuado de cómo entender la salud mental desde una visión crítica, integral y contextualizada. Brinda aportes y reflexiones para todos quienes trabajan desde distintos sectores en torno a niños y niñas en la primera infancia y sus familias, a efectos de contribuir a una mayor promoción del bienestar infantil, la salud mental, la resiliencia y la reparación del daño. Ofrece algunas pistas para detectar señales de riesgo. Señala las oportunidades de intervención desde la cotidianidad (con niños, niñas y familias)¹ y ofrece lineamientos para derivaciones responsables y articulación entre

¹ Por cuestiones de simplificación y comodidad de la lectura, se ha optado por utilizar en algunos casos los términos *niño*, *bebé*, *hijo*, *educador* o *adulto*, en singular o plural, sin que ello signifique discriminación de género.

PRÓLOGO. SALUD MENTAL Y PRIMERA INFANCIA

los diferentes actores. Enfatiza en la importancia del autocuidado y el cuidado mutuo para los referentes de crianza y equipos involucrados en la atención a niños y familias de primera infancia, señalando algunas estrategias posibles de implementar.²

² En diversas partes del documento se ilustran algunos conceptos y estrategias a través de ejemplos reales, en los cuales los nombres y contextos se han modificado para preservar la identidad de los involucrados.

1. Marco normativo y conceptual

1.1 Marco legal sobre salud mental y primera infancia

La Ley n.º 19.529, de Salud Mental, promulgada el 24 de agosto de 2017, establece como definición de salud mental:

... un estado de bienestar en el cual la persona es consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. [...]

Dicho estado es el resultado de un proceso dinámico, determinado por componentes históricos, socioeconómicos, culturales, biológicos y psicológicos. [...]

La protección de la salud mental abarca acciones de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, encaminadas a crear las condiciones para el ejercicio del derecho a una vida digna de todas las personas y particularmente de aquellas con trastorno mental.

Los primeros seis años de vida son claves en el desarrollo de niños y niñas, y en ellos se sientan las bases de su estructuración psíquica y salud mental. La experiencia moldea el cerebro. «Aprender, recordar, olvidar y

recuperarse de situaciones (injurias) son algunas de las acciones que se llevan adelante gracias a esa neuroplasticidad» (Armus *et al.*, 2012, p. 14).

La salud mental como un constructo independiente de la enfermedad o del trastorno pasa a ser entendida como una capacidad, recurso o competencia, por lo que se la entiende como un proceso dinámico, en el cual se reconoce el papel de los determinantes sociales. Se considera de fundamental importancia la promoción de la salud mental, mediante el fomento del establecimiento de condiciones de vida adecuadas, así como del empoderamiento de los actores sociales para que esas condiciones puedan lograrse.

Promover una salud mental positiva implica identificar y abordar cualquier problema o trastorno potencial, y brindar intervenciones y apoyo oportunos para garantizar un bienestar mental óptimo durante esta etapa crítica del desarrollo. La salud mental positiva es un recurso, un valor en sí misma, un derecho humano básico, esencial para el desarrollo social y económico. Así, interesa pensar la salud mental positiva mediante el mejoramiento de los recursos, habilidades y fortalezas de las personas, familias, comunidades e instituciones. Es importante avanzar en el desarrollo de modelos conceptuales que sirvan como fundamento para el abordaje de la salud mental desde un enfoque centrado en la promoción de la salud.

1.2 Especificidades de la salud mental en primera infancia

La salud mental forma parte de la salud integral y en primera infancia está especialmente vinculada al desarrollo, condicionado por aspectos

biológicos, psicosociales y ambientales, según el modelo plurifactorial (Armus *et al.*, 2012).

El cuidado cariñoso y sensible es fundamental para la promoción de dicho desarrollo y comprende cinco componentes:

- 1. Buena salud:** Implica la salud y el bienestar tanto del niño o niña como de sus cuidadores, para asegurar el óptimo desarrollo infantil. El malestar o la acumulación de situaciones estresantes que atraviesan los adultos que comparten la cotidianidad infantil pueden afectar la disponibilidad para el cuidado sensible. «Apoyar la crianza y el cuidado cariñoso y sensible de los hijos entre la población acelera la prevención del abuso y la negligencia, así como sus costosas repercusiones en la salud mental y física a todo lo largo de la vida. Las intervenciones destinadas a promover prácticas parentales positivas también pueden mitigar los efectos de la violencia comunitaria y de otras influencias negativas» (OMS, Oficina del Representante Especial del Secretario General sobre la Violencia contra los Niños y UNICEF, 2012).
- 2. Nutrición adecuada:** Durante el embarazo influye en la salud y el bienestar de la mujer embarazada y de su hijo, y es importante que los cambios alimentarios sean realizados por la mujer, pero también por los demás integrantes del hogar. Desde el embarazo se debe promover que la mujer cumpla con las recomendaciones alimentarias para este período y para la lactancia, el sostenimiento de la lactancia materna exclusiva y luego complementar con alimentos. «En nuestro país, los principales problemas nutricionales han sido históricamente la desnutrición, la anemia y el retraso de crecimiento, asociados a carencias o déficits. Sin embargo, en los últimos años estos han disminuido gradualmente y

han sido desplazados por la epidemia de la obesidad, ya que en las últimas décadas se observa su aumento sostenido en toda la sociedad (msp, 2017). En la actualidad, la malnutrición por exceso representa el principal problema nutricional, también en los primeros años de vida (Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud [ENDIS]). Esto compromete profundamente la salud de los niños, aunque algunas de sus consecuencias no se manifiesten durante la infancia (Black, 2017)» (ccepi, 2020, p. 15).

3. **Protección y seguridad:** Se refiere a proporcionar entornos seguros y protegidos de «peligros físicos, estrés emocional, riesgo ambiental (contaminación) acceso a alimentos y agua» (ops, 2022, p. 2).
4. **Oportunidades para el aprendizaje temprano:** Se Refiere a las posibilidades de interacciones con el entorno, personas, objetos y lugares, entendiendo que cada interacción deja una huella que incide en el desarrollo cerebral y sienta las bases para futuros aprendizajes (ops, 2022, p. 2).
5. **Atención receptiva y cuidado sensible:** Implica la captación de las necesidades infantiles y su respuesta por parte de sus cuidadores, es fundamental para el bienestar infantil y para atender los cuatro componentes anteriores (ops, 2022, p. 2).

Para entender el comportamiento infantil y darle sentido es preciso considerar el contexto en el que se desenvuelve la vida del niño o niña. «El desarrollo humano está determinado por la experiencia vivida durante períodos significativos de tiempo y al interior de un ambiente determinado» (Bronfenbrenner, citado en Ortiz y Nieto, 2012, p. 1). Incluye, por tanto, aspectos objetivos (condiciones materiales como vivienda, alimentación y atención en salud), y ambientes enriquecidos y subjetivos (vínculos afectivos).

Para lograr efectos en el desarrollo a través de intervenciones tempranas, Bronfenbrenner (1974, citado en Ortiz y Nieto, 2012) sugiere tener

en cuenta que durante los tres primeros años de vida las intervenciones deben orientarse a fortalecer los vínculos entre el niño y sus cuidadores, y a mejorar la disponibilidad y la sensibilidad en la crianza.

La mente infantil emerge de la actividad cerebral, cuya estructura y función están directamente modeladas por la experiencia interpersonal. Desde esta perspectiva:

«Todos aquellos adultos que se implican en los cuidados y la educación de los niños y de las niñas en una comunidad están, incluso sin ser conscientes, ejerciendo una parte de la parentalidad social, necesaria para asegurar el bienestar infantil.» (Barudy y Dantagnan, 2010, p. 35)

Niños y niñas desarrollan con sus cuidadores principales un vínculo de apego que es parte del vínculo afectivo. Se entiende por vínculo afectivo «una conexión afectiva, en donde están implicadas intensas emociones y donde el otro no es intercambiable» (Fonagy, 2010, citado en Lecannelier, 2014, p. 24). El vínculo de apego se refiere a la tendencia de niños y niñas a buscar seguridad y confort en un adulto frente a un estímulo estresante (interno, como experimentar hambre o dolor, o externo, como ruidos fuertes, ausencia de sus referentes, etc.). Implica, por tanto, una relación asimétrica, en la que el niño busca la proximidad de alguien de su especie con mayores capacidades. Es una estrategia de supervivencia. Uno de los grandes aportes de la teoría del apego es demostrar empíricamente cómo el apego se desarrolla a través del tiempo y cómo afecta el funcionamiento mental, biológico y social. Un hallazgo fundamental es la relación entre el bienestar infantil y la salud mental de la figura de cuidado principal, estrechamente vinculada con la accesibilidad y la capacidad del cuidador para responder de manera sensible al estrés del niño (Salinas-Quiroz, Posada, Moreno y Pérez, 2015).

A partir de este hallazgo se profundiza sobre el concepto de «sensibilidad en el cuidado» (Ainsworth *et al.*, 1978), que abarca cuatro dimensiones:

- Captación de las señales del bebé
- Interpretación adecuada de dichas señales.
- Respuesta apropiada a ellas.
- Respuesta pronta a las señales.

De acuerdo con las interacciones adulto-niño, se desarrollan diferentes tipos de vínculos de apego: seguro, inseguro-evitativo, inseguro-ambivalente o desorganizado. Estos determinan un modo de enfrentarse al mundo y de regular las emociones, y el estilo de relacionamiento con otras personas. Los niños que tienen cuidadores sensibles suelen desarrollar un apego seguro. Esto les permite confiar en los adultos y explorar el mundo abriéndose a nuevos aprendizajes. Sin embargo, los adultos no siempre desarrollan las habilidades necesarias (a veces por la afectación de su propia salud mental, por reproducir modelos inadecuados de crianza o situaciones vitales estresantes que dificultan un cuidado sensible y coherente) y se desarrollan entonces apegos inseguros o desorganizados (este último es el que tiene una alta correlación con comportamientos desadaptativos).

La seguridad en la primera infancia «está determinada por el modo en que los adultos a cargo sean capaces de regular de forma efectiva las situaciones de estrés que el niño experimente» (Lecannelier, 2012, p. 21).

La estabilidad, la continuidad, la predictibilidad y la sensibilidad en el cuidado posibilitan la exploración y el aprendizaje infantil. Educadores sensibles pueden revertir un apego inseguro en niños y niñas desde un 30 a un 55% (Lecannelier, 2012, p. 24).

Comprender los comportamientos infantiles requiere «sostener el pensamiento complejo» (Janin, 2020, p. 20); no se trata de etiquetar a niños y niñas en primera infancia, sino de entender el significado de su accionar, considerando su singularidad y el contexto familiar y social en el que están insertos. Implica también interrogarse sobre «los cambios en la parentalidad y los vínculos, y la construcción de la subjetividad en el contexto actual» (Guerra, 2020, pp. 19-20).

La primera infancia es un período decisivo en el desarrollo del cerebro y para establecer bases sólidas para la salud mental. «Se necesita toda una comunidad acompañando el proceso de crecimiento aprendizaje y subjetivación» (Armus *et al.*, 2012, p. 6).

1.3 El rol del Estado y de las políticas públicas

El Estado uruguayo ratificó en 1990 la Convención sobre los Derechos del Niño, con la Ley n.º 16.137. A través de este se compromete, entre otras cosas, a «asegurar al niño la protección y cuidado que sean necesarios para su bienestar». Reconoce la necesidad del involucramiento de ambos progenitores en la crianza, con obligaciones comunes, y la necesaria asistencia del Estado para la crianza, tanto en orientaciones como en servicios.

Reconoce también el «derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud», así como a tener un nivel de vida adecuado para su desarrollo físico mental espiritual, moral y social.

Enfatiza en la prevención y se compromete a establecer medidas para promover la recuperación física y psicológica para todo niño o niña víctima de diferentes tipos de violencias (abandono, explotación, malos tratos, conflictos armados).

Combatir las desigualdades y sus efectos sobre la salud mental de los niños es complejo y requiere del esfuerzo mancomunado del Estado,

las organizaciones civiles y la sociedad en general. La desigualdad se puede analizar desde un enfoque vertical (por el nivel de ingresos, años de educación, distribución diferencial del estatus, entre otras) y también se puede pensar a través de la diferenciación horizontal (género y grupo etario). La matriz de desigualdad muestra que estos atributos, que en rigor son diferentes, empiezan a correlacionarse fuertemente con la estructura de desigualdad vertical. El ser una cosa o la otra incrementa el estar en un lugar u otro de la estratificación social. En América Latina, la desigualdad es profunda, de larga data, mayor que en otros países y tiene dos rostros, de niño y de mujer (Katzman y Filgueiras, 2001), realidad que aún no se logra revertir de acuerdo al último censo. Esto refiere a uno de los desafíos para pensar las políticas tomando en cuenta esta interseccionalidad: las categorías edad y género son dos categorías que hay que mirar e interesa identificar cuáles son los mecanismos múltiples que están operando. También es relevante observar y trabajar en otras dimensiones, que incrementan las posibilidades de desigualdad, como lo étnico, la discapacidad, la condición migratoria, entre otras.

Promover la salud mental implica tener en cuenta el impacto de estas interseccionalidades y las estrategias de intervención no se limitan al accionar de un equipo técnico, sino que requieren del fortalecimiento de la malla de protección de manera intersectorial e interinstitucional.

2. La promoción de la salud mental como responsabilidad social compartida

No hay salud mental
sin cierto grado de rebeldía y crítica al sistema.

SANTIAGO LEVÍN (2022), *VOLVER A PENSARNOS*.

SALUD MENTAL, POLÍTICA Y POSPANDEMIA

2.1 Contexto actual: panorama de las infancias en Uruguay

¿En qué condiciones crecen y viven niños y niñas en Uruguay?

En 2024, aproximadamente un 32,2% de niños y niñas menores de 6 años se encontraban en situación de pobreza monetaria, según la medición del Instituto Nacional de Estadística (INE). Uruguay es uno de los países de la región con mayor infantilización de la pobreza crónica y en función del total de la población. No se trata de simples datos, implica condiciones materiales que impactan en el desarrollo integral de niños y niñas. La inseguridad alimentaria «socava el desarrollo físico (retraso en el crecimiento), cognitivo y aumenta el riesgo de muerte por infecciones» (FAO *et al.*, 2023, p. 5). También aumenta la probabilidad de sobrepeso que repercuten en la adquisición de enfermedades no transmisibles (por

ejemplo, hipertensión y diabetes). Las familias en situación de pobreza experimentan estrés crónico, lo cual reduce significativamente la disponibilidad para la crianza. La posibilidad de vivir y ofrecer contextos estimulantes es menos probable, así como el acceso a bienes culturales.

Otra dimensión que afecta a todos los niños y niñas independiente-mente del nivel socioeconómico es la que se vincula con las violencias. Según el informe de gestión 2024 del Sistema Integral de Protección a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPAV), en Uruguay se registraron 8.924 situaciones de violencia hacia niñas, niños y adolescentes durante 2024, lo que equivale a un promedio de 24 situaciones diarias. El tramo de primera infancia (0 a 5 años) representó un 17% del total de situaciones de violencia registradas e intervenidas. Si se suma la exposición a violencias basadas en género, cuyo impacto en niños y niñas como víctimas directas —no ya como víctimas secundarias o testigos— reconoce el artículo 123 de la Ley n.º 19.580, y la exposición a violencias comunitarias, las cifras son más alarmantes aún.

El impacto de la violencia

La violencia «deja caminos de arrasamiento psíquico, que como la marca del rayo quiebra conexiones» (Janin, 2020, p. 7).

Conductas disruptivas, inhibición extrema, no involucramiento en propuestas, dificultades atencionales, problemas de comunicación, son solo algunos desafíos que los educadores enfrentan cotidianamente como consecuencia de dichas violencias.

«Desde que se aprobó la Convención sobre los Derechos del niño hace 34 años, los derechos de la infancia no han estado en una situación de mayor peligro» (Russell, 2023). A la exposición a conflictos, la desigualdad, la pobreza y el impacto del cambio climático, se suman la

celeridad de los ritmos cotidianos, que violenta el ritmo de las infancias, la irrupción de la tecnología en las interacciones, el retaceo del cuerpo adulto, la restricción de la interludicidad,³ todo lo cual repercute en la construcción intersubjetiva, el lenguaje y la regulación emocional (Calmels, 2009).

Las situaciones de vulnerabilidad no se relacionan solo con temas económicos, las violencias atraviesan a todas las clases sociales. La invasión de la tecnología suele ser mayor en familias con mayor poder adquisitivo, así como la sustitución de las interacciones por la compra de objetos o las extensas agendas de actividades que exigen un rendimiento excesivo a las posibilidades del niño o avasallan su ritmo e idiosincrasia.

Sin embargo, todos estos factores no siempre son reconocidos por los diferentes actores sociales del entorno inmediato (familias, educación, salud) cuando tienen que interpretar los nuevos malestares de la infancia.

«El sufrimiento infantil suele ser desestimado por los adultos y muchas veces se ubica la patología allí donde hay funcionamientos que molestan dejando de lado lo que el niño siente.»
(Janin, 2020, p. 10)

A la hora de intentar entender los síntomas que presentan niños y niñas es preciso considerar por lo menos tres dimensiones: «el

³ La interludicidad refiere a la capacidad de los juegos y experiencias lúdicas de entrelazarse entre sí, generando nuevas formas de interacción, sentido y creación compartida. No se trata solo de la yuxtaposición de juegos distintos, sino de una dinámica en la que se cruzan reglas, roles, narrativas y lenguajes, dando lugar a espacios de juego transformadores. Esta noción destaca el potencial creativo del juego cuando ocurre en contextos de encuentro, intercambio y co-construcción simbólica.

funcionamiento propio de ese sujeto, sus aspectos constitucionales: la relación con los otros que conforman su ambiente subjetivante y la cultura en que está inmerso el niño y sus padres, que lo trasciende y condiciona al mismo tiempo» (Guerra, 2020, p. 23).

Considerar todas las variables a la hora de decodificar y comprender el comportamiento infantil es sumamente relevante, así como lo es para desarrollar acciones en los distintos niveles que inciden en el bienestar, el desarrollo integral y la salud mental de niños y niñas.

2.2 ¿Qué entendemos por promoción de la salud mental?

La promoción de la salud mental debe considerarse como parte de la promoción de la salud en general, que se define como el proceso de habilitar a las personas a aumentar su control sobre la salud y a mejorarla. No se limita a fomentar estilos de vida saludables, sino que también implica actuar sobre las condiciones fundamentales y los recursos para la salud: la paz, la vivienda, la educación, el alimento, el ingreso, un ecosistema estable, recursos sostenibles, justicia social y equidad (OMS, 1986).

Exige la participación de una amplia gama de actores e intervenciones. Las intervenciones de promoción de la salud mental incluyen estrategias para promover el bienestar mental de aquellos que no están en riesgo, de aquellos que están en riesgo y de aquellos que están padeciendo o recuperándose de problemas relacionados con la salud mental.

Las actividades para la promoción de la salud mental son principalmente sociopolíticas y socioeducativas y están centradas en mejorar la nutrición, las condiciones habitacionales, el acceso a la educación y el acceso a la cultura y al deporte; fortalecer las redes comunitarias; reducir el consumo de sustancias psicoactivas; prevenir la violencia; fomentar condiciones de vida adecuadas; y disminuir el estrés familiar.

La promoción de la salud mental implica revisar las prácticas de interacción, educación, cuidados y atención en salud dirigidas a niños y niñas en la primera infancia, con base en conocimientos actualizados sobre desarrollo infantil, una concepción del niño como sujeto de derecho y perspectiva de género y diversidad que sea promotora del bienestar infantil.

2.3 Perspectiva de corresponsabilidad social y género

Desde 2015 y con la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC) se reconoce el cuidado como un derecho humano. La Ley n.º 19.353, de creación del SNIC, dice al respecto:

... tiene por objeto la promoción del desarrollo de la autonomía de las personas en situación de dependencia, su atención y asistencia, mediante la creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC), como conjunto de acciones y medidas orientadas al diseño e implementación de políticas públicas que constituyan un modelo solidario y corresponsable entre familias, Estado, comunidad y mercado.

Los cuidados como derecho abonan la ya necesaria protección de niños y niñas, declarada en la Convención sobre los Derechos del Niño y otros tratados internacionales y normas nacionales.

Especificamente, el cuidado como derecho, entendido en el marco del SNIC, se traduce en políticas públicas dirigidas tanto a quienes cuidan como a quienes reciben cuidados, dejando lentamente de ser un problema de las mujeres (históricamente ubicadas en el lugar de cuidadoras)

y, en el mejor de los casos, de las familias, para convertirse en un asunto de interés general y en materia de políticas públicas. El derecho a ser cuidado comprende a niñas y niños, por encontrarse en situación de dependencia, ya sus familias, de las que los niños dependen. Hablar de los cuidados para la primera infancia requiere armonizar las necesidades de los niños con las de las personas adultas referentes y viceversa. Cuando desde las políticas públicas se considera al niño aisladamente, sin una visión sistémica que integre, por ejemplo, las necesidades, posibilidades y preferencias de las familias, se produce un desajuste que puede repercutir en forma negativa en su bienestar integral.

Madres, padres, abuelos, personas a cargo de niños y niñas, son responsables por ellos, pero no son responsables por el lugar donde les toca vivir y crecer. Para las familias más vulnerables el acceso a servicios, bienes materiales y culturales es más difícil. Facilitar el acceso para esas familias requiere de estrategias interinstitucionales y redes sociocomunitarias.

Pensar la salud mental en niños y niñas empieza por la noción de sujeto integral, considerando su subjetividad, su singularidad y su voz. Asimismo, cuando hablamos de salud mental de niños y niñas tenemos que vincularla a la salud mental de los adultos referentes de la crianza, especialmente de las mujeres, por ser ellas las cuidadoras habituales. Reconocer, redistribuir y reducir la sobrecarga de cuidados, propiciando servicios de atención a la infancia de calidad entre Estado, mercado y sociedad, así como la distribución del tiempo de cuidados entre hombres y mujeres, es fundamental y colabora con procesos de desarrollo saludables en niños y adultos referentes.

Algunas acciones que desde el Estado y las políticas públicas se accionan para proteger, promover y cuidar el bienestar de familias, niños

y niñas implican atender las necesidades específicas de familias, territorios o sectores de actividad con déficit de servicios de cuidados, así como asegurar la calidad de todos los servicios de cuidado y educación infantil. Es así como el horizonte propuesto es generar comunidades promotoras de los cuidados, que garanticen el derecho de niñas y niños a recibir cuidados, así como el derecho de quienes cuidan a recrearse, estudiar, trabajar y llevar adelante otras actividades. Esto solo es posible a partir de la intervención de los distintos actores de la sociedad: actores privados (como las familias, las asociaciones de vecinos y otras organizaciones de la sociedad civil, empresas, sindicatos, etc.) y actores públicos (el Estado en sus tres niveles de gobierno).

En definitiva, la responsabilidad compartida del cuidado y pensada en clave de corresponsabilidad ofrece mejores condiciones para la promoción de la salud mental infantil en un escenario social complejo.

3. Todos somos parte

3.1 El papel de los centros socioeducativos en relación con la salud mental

La encuesta realizada por Opción Consultores para Naciones Unidas Uruguay en 2022 sobre los impactos de la pandemia de COVID-19 en el país muestra que un 46% de las familias encuestadas refirieron un aumento de problemas de salud mental y cambios de comportamiento en niños y niñas a partir del cese de la presencialidad educativa. El 78% de las mismas familias mencionaron una disminución de los problemas de salud mental y comportamientos disruptivos al retomar la presencialidad en los centros educativos (Opción Consultores, 2022). Las diferencias percibidas por las familias en el aumento de problemas de comportamiento y salud mental en niños y niñas, relacionados con la concurrencia o no a centro educativos, representa un indicio claro del factor protector de estos centros. Es relevante visualizar las distintas dimensiones en que los centros socioeducativos pueden impactar en la promoción del bienestar infantil.

¿Qué oportunidades tiene un centro socioeducativo para la promoción de la salud mental y la prevención de los problemas emocionales y psicosociales en la primera infancia?

Los centros socioeducativos, junto a los efectores de salud, son la primera mirada externa a la familia sobre niños y niñas. Por lo tanto, juegan un

papel central de acompañamiento familiar en la crianza, la promoción del desarrollo y el aprendizaje, así como en percibir desviaciones del desarrollo u otros indicadores de riesgo, como las violencias. A través del contacto cotidiano durante un número importante de horas tienen la posibilidad de hacer aportes relevantes para entender lo que puede estar incidiendo en el comportamiento infantil y, junto a las familias y el sector salud, desarrollar estrategias que favorezcan el despliegue de potencialidades de los niños mediante propuestas psicopedagógicas e interacciones sensibles.

«El rol de un centro socioeducativo es aportar experiencias favorables del desarrollo infantil que no sustituyen a las familias, sino que las apoyan y complementan» (Zabalza, 2008, p. 52)

Los centros de primera infancia públicos y privados hacen las veces de epicentro de interacciones, generando un marco institucional que representa límites y oportunidades, posibilidades de ser y de crear. Del nacimiento a los 6 años se sientan las bases de toda «la estructura y dinámica personal del sujeto en torno a los ejes de la relación consigo mismo, las relaciones con los otros, la relación con su yo-medio (en su sentido más amplio del medio físico, cultural, institucional)» (Zabalza, 2008, p. 69). La educación inicial juega un papel fundamental en la estructuración intersubjetiva, ocupando un lugar fundamental a la hora de la promoción de la salud mental y la prevención de situaciones de riesgo.

Los centros educativos como espacios de socialización privilegiados son fundamentales para asegurar el acceso a los distintos bienes culturales. Es importante el trabajo en todas las áreas: comunicación, interacción con pares, motricidad, rutinas y hábitos saludables, en un clima emocional seguro. Para ello es importante comprender lo que le pasa al niño y darle un sentido a su comportamiento, antes que rotular (Janin, 2020).

El análisis de las situaciones permite visualizar oportunidades de acompañar a las familias y propuestas psicopedagógicas diversas que se ajusten a la singularidad infantil.

Aun en aquellos casos en que existe una patología, la necesaria derivación al sector de la salud para que el niño acceda a tratamientos no evita el ejercicio de pensar cómo desarrollar el potencial y el bienestar de ese niño o niña en particular. Los educadores son quienes pueden generar propuestas específicas, es parte del rol del docente como investigador mantener vivas la curiosidad y la creatividad. No vamos a encontrar a un niño concreto en un manual (Levin, 2014).

Mucho se ha mencionado sobre la plasticidad neuronal⁴ del cerebro infantil para reorganizarse y compensar funcionamientos deficitarios, pero alerta Esteban Levin (2014): *¿Cómo podemos producir plasticidad si no somos plásticos en el propio quehacer con los niños?*

El cerebro de los niños y niñas funcionan como el de los estadísticos, intuitivamente crean hipótesis aún antes de acceder al lenguaje (basado en lo sensorial) de cómo funciona el mundo, los objetos y las personas y actúa en consecuencia, descartando aquello que no se adecúa a la realidad.

⁴ La plasticidad neuronal es la capacidad cerebral para adaptarse al ambiente. Los estímulos modelan la arquitectura cerebral, modifican la funcionalidad y la bioquímica cerebral. En la primera infancia hay un período crítico en el que la presencia de estímulos adecuados genera mayores impactos, aun en niños con lesiones.

«... la detección del error es indispensable para el aprendizaje, pero muchos niños pierden confianza, motivación y curiosidad, porque en vez de una corrección reciben un castigo. Las emociones negativas aplastan el potencial de aprendizaje de nuestro cerebro, mientras que un entorno que haya desterrado el miedo y la amenaza puede reabrir las puertas de la plasticidad neuronal» (Dehaene, 2019, p. 29)

La actitud del adulto hacia los niños es fundamental para el aprendizaje y el despliegue de potencialidades. «Un bebé de un año comprende si alguien tiene la intención de enseñarle algo, Puede diferenciar una acción banal y una acción realizada con el objetivo de enseñar algo nuevo» (Dehaene, 2019, p. 107).

Promover la salud mental requiere observar las singularidades de cada niño y familia, y crear formas de acompañar ajustadas a cada circunstancia.

La forma de vincularse de los adultos con los niños y la riqueza de experiencias y escenarios lúdicos que les proporcionen van a tener un peso fundamental en el desarrollo y el bienestar infantil.

Todos quienes sostienen un vínculo continuado con niños y niñas pequeños contribuyen a la construcción de su corporeidad, identidad y conocimiento de sí mismos, de los espacios, de los objetos y de los otros.

El trabajo en primera infancia (0 a 6 años), especialmente con aquellos niños que aún no han accedido al lenguaje oral, obliga a los adultos a manejar un registro de comunicación corporal. El educador debe ser un experto en el lenguaje corporal y el desarrollo para poder dosificar los estímulos a lo largo de la jornada y dar un sentido a las iniciativas infantiles.

La sensibilidad en el cuidado es promotora del bienestar emocional, es relevante, por tanto, preguntarse si:

- ¿Se captan las señales e iniciativas de los niños?
- ¿Se responde en forma oportuna y adecuada (es decir, en forma rápida y de acuerdo con la etapa del desarrollo del niño)?
- ¿Se habilitan la exploración y el descubrimiento de acuerdo con los intereses del niño o se interfieren? ¿Se logra ser suficientemente flexible en las planificaciones para dar lugar a las iniciativas infantiles?
- ¿Existe una disponibilidad corporal y lúdica hacia los niños?
- ¿Se acepta a cada niño con sus singularidades?

Ciertas condiciones de encuadre facilitan desarrollar la sensibilidad en el cuidado: el respeto de las ratios propuestas por el CCEPI (2023), las dimensiones de los centros, la calidad del material, la formación de los recursos y la posibilidad de abordajes interdisciplinarios.

Momentos claves de encuentro entre familias y centros socioeducativos

El ingreso de un niño en sus primeros años de vida, por primera vez, a un centro de primera infancia representa una situación de crisis evolutiva (momento de cambio, que exige desarrollar nuevas habilidades de afrontamiento), tanto para la familia como para el niño, y un desafío para quienes trabajan en las instituciones educativas. Poder establecer un modelo cooperativo con las familias es fundamental.

La ausencia o escasa comunicación genera malentendidos, enojo y frustración cuando ciertos procesos de aprendizaje y desarrollo no se dan o las expectativas no se cumplen. Es preciso clarificar qué esperan las familias de los centros y los centros de las familias, para lograr acuerdos de trabajo en conjunto.

Un error frecuente es solo llamar a las familias para comunicar los problemas que se observan en los niños, con la expectativa de que las

familias, solas, puedan resolverlos (González, 2015). Es importante tener presente la fuerte prevalencia en Uruguay de prácticas violentas como formas de educar a niños y niñas, y el impacto negativo que tienen en el desarrollo general y en el emocional en particular (UNICEF y MIDES, 2015).

Cuando la familia castiga o reprende a un niño o niña de primera infancia por algo ocurrido en la escuela, el pequeño no logra comprender lo que sucede. Al estar diferida en el tiempo, no puede asociar la acción con sus consecuencias. Es frecuente que reacciones propias de la etapa evolutiva (como resolver conflictos con otros niños mordiendo o tirando del pelo, o simplemente querer captar la atención exclusiva de un adulto) se tomen como indisciplina. Los niños en la primera infancia recién están conociendo las reglas, necesitan la repetición de las rutinas en forma amable y coherente.

En otras ocasiones, ciertos indicadores de maltrato, al no ser reconocidos como tales, generan desregulación y pueden intensificar el castigo físico ejercido por los padres hacia el niño, especialmente cuando son convocados para hablar sobre su comportamiento.

En la actualidad, para niñas y niños que concurren a centros de primera infancia públicos y privados, jardines de infantes pertenecientes a la ANEP o a grupos de inicial en las escuelas públicas, está previsto que en los primeros días del año lectivo se consideren sus singularidades para un saludable ingreso al centro educativo (en algunos casos) o para retomar las actividades luego del receso de vacaciones. Es un momento privilegiado para observar las interacciones entre padres e hijos y conocer un poco más sobre las creencias y expectativas familiares.

Los niños de 3, 4 y 5 años suelen tener una trayectoria educativa previa en centros de primera infancia, lo que permite períodos de iniciación más breves, vivenciados con alegría y deseo por estar en ellos. Se entiende que la capacidad de adaptabilidad ha ido creciendo, por tanto, para nivel 5, la mayoría de los niños y niñas pueden permanecer toda la jornada ya desde el inicio.

Este proceso implica el involucramiento de las familias para generar confianza en el centro y la flexibilidad necesaria para atender la diversidad presente en cada grupo de niños.

Los centros educativos se preparan para recibir de la mejor manera a niñas y niños, por eso es importante considerar aspectos organizativos y recursos humanos disponibles, y ambientar los espacios para hacerlos funcionales, accesibles, seguros y que brinden oportunidades de aprendizajes significativos, donde se promueva el juego, la interacción entre pares y la exploración.

Desde los primeros días se busca desarrollar las potencialidades, favoreciendo la autonomía progresiva. En un clima de seguridad emocional, afectiva y de atención a las características únicas de cada individuo, se busca fomentar los vínculos interpersonales con los pares y adultos presentes en los centros educativos.

Los centros de primera infancia pueden incidir oportunamente en determinantes psicosociales de la salud mental como:

- Orientar sobre los impactos negativos de las prácticas de crianza violentas.
- Ayudar a visualizar los impactos del uso inadecuado de la tecnología en niños y niñas pequeños (dada la relevancia del tema, se aborda específicamente en este documento en relación con la regulación emocional).
- Fortalecer las capacidades parentales.
- Brindar apoyo a las familias, informar y orientar sobre programas y asistencias que ofrece el Estado.
- Visibilizar y fomentar la creación de redes en la comunidad y entre las familias.
- Mostrar al niño modelos alternativos de interacción, vínculos estimulantes y ambientes enriquecidos promotores de desarrollo integral.
- Detectar señales de alerta, derivación y seguimiento de situaciones, adecuación de propuestas que faciliten la inclusión y la promoción de resiliencia, entendida como «el proceso

a través del cual un individuo es capaz de sobreponerse a experiencias de adversidad o estrés» (Di Bártolo, 2018, p. 152).

- Contribuir al proceso de reparación del daño, definido como «el proceso que transitan niños y niñas desde que la situación de violencia vivida es reconocida por una persona adulta protectora con su primera respuesta», que incluye, además de las intervenciones específicas, la implementación de estrategias educativas y de inclusión social que promuevan el desarrollo de factores protectores individuales, familiares y comunitarios (SIPIAV, 2019, p. 22).

3.2 El papel de los efectores de salud

El primer nivel de atención suele ser el primer y en muchos casos el único contacto con el sistema de salud, por lo cual se encuentra en una posición privilegiada para la detección temprana y los abordajes. El proceso de atención debe realizarse preferentemente en el ámbito comunitario, con un enfoque de sistema de red única, de complejidad creciente, con puerta de entrada en el equipo básico de salud, en el primer nivel de atención y una coordinación desde ese ámbito hacia los niveles de mayor complejidad cuando esto sea necesario, con mecanismos explícitos y claros de articulación entre los distintos dispositivos, niveles de atención y sectores, para garantizar la integralidad y la continuidad de los procesos asistenciales (Ley n.º 19.529). Por lo tanto, es necesario potenciar y desarrollar equipos de salud con una visión integral e interinstitucional que pueda abordar a niños, niñas, familias y entorno con una mirada crítica y preventiva. Asimismo, es imprescindible el papel que juegan múltiples actores e instituciones que trabajan cotidianamente con niñas y niños, para lo cual el país cuenta con un conjunto de instrumentos de detección y protocolos de actuación.⁵

⁵ *Modelo de atención del sipiav* (SIPIAV, 2020, disponible en <https://www.inau.gub.uy/images/pdfs/b5.pdf>); *Protocolo para el abordaje de situaciones de*

Uruguay es un referente para la región en cuanto a avances y concreciones de un proceso de reforma del sistema de salud hacia el acceso universal, la protección financiera y el aseguramiento de un conjunto de prestaciones para la población en todo el territorio nacional (MSP, 2023, p. 102).

El MSP, como autoridad sanitaria nacional, en su función de rectoría, ha definido Objetivos Sanitarios Nacionales al año 2030, como una herramienta fundamental de política que facilita la priorización, la asignación de recursos y la rendición de cuentas en materia de salud, dando continuidad al proceso iniciado en 2015.

Estos objetivos fueron elaborados mediante la priorización de una serie de problemas de salud de la población, según criterios de magnitud y relevancia, para orientar la producción de resultados concretos y medibles que beneficien a la población, objetivados por un conjunto de indicadores.

violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del snis (MSP, 2018, disponible en https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Protocolo%20de%20violencia_web.pdf); *Mapa de ruta ante situaciones de violencia a niños, niñas y adolescentes en Educación Inicial y Primaria* (ANEP, 2024, disponible en <https://www.anep.edu.uy/sites/default/files/images/Archivos/publicaciones-direcciones/convivencia-protocolos-mapas-ruta/Protocolos/Mapa%20de%20ruta%202024%20Primaria%20.pdf>); *Guía de acción interinstitucional para el abordaje de situaciones de explotación sexual de niños, niñas y adolescentes* (CONAPEES, 2024, disponible en https://www.anep.edu.uy/sites/default/files/images/Archivos/publicaciones-direcciones/convivencia-protocolos-mapas-ruta/Protocolos/314_guia_abordaje_Explo_sexual.pdf), y *Guía para el abordaje de aspectos emocionales, conductuales, cognitivos y sociales para el desarrollo integral en la niñez* (MSP y UNICEF, 2025, disponible en <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Abordaje%20aspectos%20emocionales%20desarrollo%20ninez.pdf>).

Entre los problemas críticos priorizados y los resultados esperados que involucran la salud de los niños podemos destacar:

- Prematurez y bajo peso al nacer.
- Alteraciones del desarrollo en la primera infancia.
- Problemas nutricionales críticos en la primera infancia.
- Morbilidad por enfermedades no transmisibles.
- Violencia de género y generaciones.

De esta manera, se busca impactar en los problemas críticos desde una perspectiva de derechos, contemplando las diferencias vinculadas a género y generaciones, y mejorando la atención integral. Los esfuerzos por una atención integral de calidad homogénea implican fortalecer los servicios públicos y privados de la salud en el marco del proceso de complementación y coordinación del SNIS.

Otra de las estrategias utilizadas por el MSP con el objetivo de incentivar el cambio de un modelo asistencial hacia un modelo más preventivo y de promoción de salud son las metas asistenciales, una herramienta de pago por desempeño de la que dispone la Junta Nacional de Salud para orientar la conducta de las instituciones de salud hacia los objetivos planteados por el SNIS y las políticas diseñadas por el MSP. Esta herramienta tiene carácter voluntario y dinámico; voluntario porque no es obligatoria para los prestadores, dinámico porque a través del tiempo los distintos indicadores van enfocando diferentes aspectos prioritarios para la rectoría del sistema.

El MSP ha establecido metas para avanzar en la respuesta del sector salud en diversas áreas. En este sentido, se estableció un componente exclusivo para la mujer embarazada, vinculado al curso de preparación para el nacimiento, y otro componente para la mujer puérpera, integrado por dos indicadores, vinculados al acompañamiento y la consejería de la mujer durante su primer puerperio y a puérperas primerizas con indicios de depresión posparto con consulta con el Comité de Recepción de Salud Mental.

Además de los controles en salud pautados para la primera infancia, el MSP incentiva a través de las metas asistenciales a focalizar acciones concretas vinculadas al diagnóstico, el seguimiento y el abordaje terapéutico de niños y niñas con alteraciones del desarrollo detectadas a partir de la aplicación de la *Guía nacional para la vigilancia de desarrollo del niño y niña menores de 5 años* (MSP y UNICEF, 2019). En 2023, se realizó un proyecto de consultoría con UNICEF, denominado «Asistencia técnica en el análisis de datos de desarrollo infantil», que tuvo como objetivo analizar la información sobre desarrollo infantil que fue reportada al MSP en el marco del seguimiento de las metas asistenciales en el período 2018-2022.

El análisis de los test de desarrollo infantil muestra en primer lugar una amplia aplicación de la *Guía nacional para la vigilancia del desarrollo de los niños menores de 5 años* (MSP y UNICEF, 2019) en el control de los 4 meses, cuando más del 95% tiene resultados normales en todas las dimensiones y menos de un 5% tiene como resultado la derivación a especialista o la reevaluación en al menos una dimensión. La proporción de niños y niñas con resultados normales para todas las dimensiones baja a cerca de 91% en el control de desarrollo al 18.^º mes de vida, por lo que los resultados de reevaluación o derivación a especialista para al menos una dimensión son levemente mayores en esta segunda prueba. El control de los 48 meses muestra cifras mayores en relación con las anteriores y la dimensión del lenguaje es la que muestra mayor proporción de niños en reevaluación o especialista.

En el diseño de las metas vigentes para el período 2024-2025 se consideró muy importante focalizar en el seguimiento de los casos de niños con alteraciones detectadas, además de la identificación, como se realizaba hasta el momento. En su diseño metodológico se contempla que el prestador debe informar respecto a la consulta asignada con el especialista que corresponda al caso y su derivación oportuna.

Los equipos de salud durante los controles pediátricos deben cumplir pautas nacionales y, entre ellas, es necesario que dediquen tiempo a la búsqueda de factores de riesgo para la salud mental y el desarrollo,

de modo tal que se permita un abordaje precoz, mitigando los posibles impactos negativos.

Asimismo, el MSP forma parte de la *Hoja de ruta vinculada al inventario de Desarrollo Infantil* (INDI) (ANEP y MSP, 2023), en el marco de la cual se realiza un trabajo intersectorial articulando entre los prestadores de salud y educación, donde el objetivo es detectar y dar respuesta a las necesidades que surgen en la evaluación del INDI y acompañar situaciones más complejas en el desarrollo infantil articulando esfuerzos entre ambos sectores.

Para avanzar en la respuesta del sector salud a la violencia, facilitando el acceso y logrando que el personal pueda reconocer y asistir a las personas, brindándoles una atención integral, la meta asistencial está enfocada en el seguimiento de los nuevos casos de violencia detectados. Todos los prestadores del SNIS cuentan con un equipo de referencia para el abordaje de la violencia, al que los usuarios pueden ser derivados o acceder a través de los sitios web de las instituciones o por contacto telefónico. Debido a la complejidad del tema, cada institución tiene un teléfono de consultas para los profesionales que detectan o atienden situaciones de violencia. Por otra parte, en la web de las instituciones los usuarios acceden a una herramienta de autopesquisa para identificar si están sufriendo situaciones de violencia. De acuerdo con su respuesta, reciben orientación y contactan con el equipo referente en violencia.

3.3 El papel de los equipos de proximidad en territorio

Los equipos territoriales juegan un rol fundamental en la promoción de la salud mental infantil. Todos podemos ser agentes de salud: profesionales que trabajan en territorio en atención directa, maestros, vecinos, referentes de cuidado.

La particularidad de los profesionales en territorio en atención directa es el anclaje territorial, ya que forman parte del espacio en el

que las personas habitan y, por lo tanto, las intervenciones se dan en la complejidad de la vida de las comunidades que tienen condiciones y problemáticas particulares. No se concibe al territorio solo como una superficie física, sino como una construcción en un interjuego de relaciones históricas, económicas, culturales, simbólicas, políticas y epidemiológicas.

El territorio es la base de la red de cuidados en salud, donde se ponen en juego los vínculos y las relaciones de proximidad para niños y niñas. Es el espacio de lo singular y el sitio del hacer (Spinelli, 2016). Esta dinámica compleja necesita una reconfiguración permanente. Se entiende por complejidad aquello que está tejido junto a la unión entre la unidad y la multiplicidad. Hay complejidad cuando los elementos son inseparables y constituyen un todo, un tejido interdependiente e interactivo (Morin, 1990). El desafío es poder pensar y hacer en esa complejidad que el territorio nos devuelve. Para ello, debemos derribar las barreras tradicionales entre las disciplinas e integrar lo que se concebía separado (Morin, 2000).

Desde 2013, Uruguay Crece Contigo (UCC)⁶ desarrolla acciones universales dirigidas a todas las familias que esperan un hijo. La principal estrategia universal es la entrega de *La guía para el buen comienzo. Consejos para una maternidad y paternidad saludable* (MIDES, s. f.), a partir de la apertura del carné obstétrico, y la entrega del Set de Bienvenida, desde la

⁶ Uruguay Crece Contigo es un área programática de la Dirección Nacional de Desarrollo Social del MIDES, que apunta a consolidar un sistema de protección integral de la primera infancia. Para ello se propone el desarrollo de acciones universales y focalizadas que garanticen los cuidados y la protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo de niños y niñas menores de 4 años y sus familias, desde una perspectiva de derechos, género y generaciones (más información en <https://www.gub.uy/ministerio-desarrollo-social/uruguay-crece-contigo-ucc>).

segunda mitad del embarazo hasta los primeros meses del niño.⁷ Ambas acciones acercan información de calidad para el apoyo a la crianza, así como elementos, soportes materiales, que favorecen la promoción del lenguaje, el juego, la música y el cuidado afectuoso desde antes de nacer. Son entregados en los servicios de salud públicos y privados de todo el país y fortalecen el vínculo entre las familias y los equipos técnicos sanitarios en los enfoques educativos.

Los datos de la Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Salud (ENDIS) 2023 (INE, 2025) muestran que el 93% de las familias que recibieron el set de bienvenida creen que es pertinente o muy pertinente que el Estado lo entregue.

Además de su componente universal descrito anteriormente, UCC acompaña a través de estrategias focalizadas las trayectorias de familias en situación de mayor vulnerabilidad socioeconómica y sociosanitaria. Las acciones focalizadas se llevan adelante por medio de distintos programas (Programa de Acompañamiento Familiar, Teleasistencia, Captación Temprana y Acción Familiar), donde el enfoque socioeducativo es la estrategia para el trabajo con las familias. Las prácticas de crianza que se abordan incluyen aquellas relacionadas con el desarrollo infantil, la alimentación y el sueño seguro, entre otras.

La atención focalizada se caracteriza por procesos comunicativos en los que se apuesta a la capacidad del otro, entendiendo que las situaciones de extrema pobreza suscitan una crisis permanente en las personas y generan desorganización psíquica (Mideplan, 2009). Priorizar la atención de aquellas problemáticas que inhiben la capacidad de funcionamiento posibilita el uso de los diferentes beneficios y servicios institucionales como un punto de partida.

⁷ El Set de Bienvenida es una bolsa de tela que contiene publicaciones dirigidas a los adultos en temas de alimentación, cuidados, movilidad y crianza; además contiene un juguete, un libro de cuentos, un libro para el bebé y una tarjeta con un enlace al proyecto Canciones de Bienvenida.

UCC, con el apoyo de UNICEF, desarrolló el Kit de Bienestar Emocional para que los equipos técnicos del área programática cuenten con herramientas que permitan trabajar sobre el bienestar emocional de las personas referentes de crianza de niños, niñas y adolescentes. Parte de las demandas de los equipos de UCC y en el proceso se integraron referentes de sus programas.

El kit es una herramienta que apunta a incidir positivamente en la regulación emocional de las personas que cuidan a niños, niñas y adolescentes. Sus objetivos son promover el bienestar emocional, y prevenir y enfrentar los desbordes emocionales. A partir de la identificación de fortalezas y debilidades, así como de la habilitación y el reconocimiento de las emociones en las personas, se espera que favorezca la integración de estrategias para una gestión asertiva de las emociones y facilite la reorganización de las dinámicas cotidianas en los contextos donde se desarrolla el cuidado.

Está integrado por una guía conceptual, un manual de uso y once juegos para que los equipos identifiquen cuál se adecúa más y es posible desplegar con cada familia o persona referente. Son recursos diseñados para ser utilizados con los referentes de crianza en instancias individuales o grupales y como orientaciones breves para situaciones puntuales.

Maternidad y depresión

En Uruguay, en 2011 se realizó una investigación sobre la prevalencia de la depresión materna en el posparto, así como otros factores asociados a su presencia. El universo de estudio fueron mujeres que se atendían en maternidades públicas y privadas de Montevideo (Corbo, Defey y D’Oliveira, 2011). La investigación arrojó una prevalencia general de 16,5% de madres de niños mayores de seis semanas y menores de un año del departamento de Montevideo con síntomas de depresión.

Según la ENDIS 2023, que incluye un módulo sobre bienestar emocional de los referentes del hogar, un 29,2% de las referentes principales (en su mayoría madres) reportaron sentirse tristes o deprimidas en las dos semanas previas a la aplicación de la encuesta. Asimismo, un 33,5% manifestó

sentirse nerviosa o ansiosa y un 24,7% dijo que nada les daba placer o interés, lo que puede relacionarse con anhedonia, un síntoma típico de depresión. Otro dato interesante resultante de la ENDIS 2023 es que un 38,1% expresó sentirse sobrepasada por las responsabilidades del cuidado.

Por otra parte, el apoyo social y terapéutico frente a estos malestares es limitado, en tanto un 21,4% indicó que no tiene con quién hablar sobre sus preocupaciones, solo un 45,6% de las madres dijeron contar con apoyo frecuente de familiares o amigos y, finalmente, un 18,3% reportó no recibir ningún tipo de apoyo emocional.

Es preciso diferenciar el llamado «*baby blues*», o depresión posparto normal, «definida como una crisis evolutiva en el tránsito hacia la maternidad, con un fuerte componente hormonal cuya incidencia puede rondar entre el 50 y 80% que tiene una recuperación espontánea con la ayuda de un soporte social adecuado» (Corbo *et al.*, 2011, p. 25), y la depresión materna, que, en cambio, es un cuadro que se presenta en las primeras semanas después del parto y puede extenderse más allá del primer año de vida del bebé, caracterizado por dificultad para disfrutar al bebé, con intensos sentimientos de culpa, vergüenza e ineeficacia respecto a la función materna, con una importante prevalencia.

Al estudiar el comportamiento por nivel de ingresos se observa que, según la ENDIS 2023, entre las madres que viven en hogares del tercilio de ingresos más bajo:

- 41,7% reportan sentirse tristes o deprimidas (versus 18,9% en el tercilio más alto).
- 52,1% se sienten sobrepasadas por las responsabilidades de cuidado (versus 29,4% en el tercilio más alto).
- 28,6% no tienen con quién hablar sobre sus preocupaciones (versus 12,3% en el tercilio más alto).

Lo anterior muestra una clara correlación entre vulnerabilidad económica y malestar emocional materno. Por otra parte, entre las madres sin empleo formal o en situación de desempleo:

- 35,8% presentan síntomas de tristeza o depresión (versus 21,4% en madres empleadas).
- 44,2% reportan ansiedad frecuente (versus 28,7% en madres empleadas).
- 31,5% no reciben apoyo emocional (versus 14,9% en madres con empleo).
- En general muestran menor acceso a servicios de salud mental y mayor dependencia de redes informales.

Además, las madres que trabajan en condiciones precarias o informales tienen menos tiempo para el autocuidado y mayor carga de trabajo no remunerado, lo que agrava el estrés. Los datos de la ENDIS 2023 confirman que la pobreza y el desempleo están fuertemente asociados a mayores niveles de malestar emocional materno, lo que puede derivar en depresión si no se aborda con políticas de apoyo psicosocial y económico.

La importancia del acompañamiento en la crianza

Se entiende que no existen modelos universales ni métodos únicos para abordar la salud mental infantil, que está atravesada por la complejidad del territorio, donde muchas veces los emergentes hacen que se pierda el foco de la prevención y la promoción. Sin embargo, es necesario dar cuenta de un campo de saberes y prácticas construidas que permiten pensar modalidades o lineamientos de trabajo en salud mental que aporten a las políticas públicas de primera infancia.

Entre los propósitos de UCC se destaca la promoción de acciones que fomenten la protección de niños, niñas y mujeres embarazadas, y, entre estas, el cuidado de la salud mental de mujeres embarazadas y en

puerperio. Las mujeres y las familias son acompañadas por una dupla técnica, integrada por un profesional del área social y otro vinculado a la salud. Esta intervención tiene una duración aproximada de 12 meses, en el transcurso de los cuales se realiza el monitoreo de las metas programáticas. A partir de este monitoreo se señala que un 23% de las referentes (en general, son las madres) declaran que se encontraban deprimidas o presentaban algún malestar emocional al inicio de la intervención.

Cuando se analizan los cambios entre el estado emocional de las referentes al inicio de las intervenciones se observa que de un 23% de quienes presentaban malestar emocional al inicio de las intervenciones se pasa a un 15% al finalizarlas. Estos cambios son percibidos también en el estado emocional de las mujeres embarazadas, que pasan de un 29% con malestar a un 17% al finalizar la intervención. Este dato es alentador y propicia la generación de dispositivos concretos para detectar y acompañar a las mujeres madres con riesgo o con depresión perinatal, a medida de su situación.

3.4 El trabajo interinstitucional e intersectorial

Si se entiende la complejidad del campo de la salud mental infantil, se parte de la concepción de que el abordaje debe empezar en lo territorial y en la comunidad, con trabajo de equipos interdisciplinarios e interinstitucionales como promotores del bienestar de niños y niñas, donde se coconstruya un espacio de encuentro que apueste a la responsabilidad compartida, al compromiso y a la promoción de la participación no solo de los referentes de cuidado, sino de los propios niños y niñas.

Lo anterior implica la coordinación de distintos actores sociales para realizar una intervención conjunta, delimitando el rol de cada uno, su complementariedad y la posibilidad de generación de nuevos conocimientos que den respuesta a la complejidad, y supone diferentes

desafíos: conocer y entender las lógicas y los lenguajes de cada institución e intercambiar saberes desde un lugar de horizontalidad, curioso y creativo. Como se ha mencionado, la promoción de la salud mental tiene diversas aristas que involucran al niño, a su familia y a su contexto, y, por tanto, la necesidad de intervenir a distintos niveles, en forma coordinada, sin sobreintervenir. Los nodos y redes focales resulta ser dispositivos útiles para abordar situaciones complejas.

Para implementar el trabajo intersectorial e interinstitucional es preciso identificar en territorio a posibles socios para la acción con el compromiso de las autoridades correspondientes y políticas definidas.

Es recomendable preguntarse a la hora de intervenir:

- ¿Qué instituciones pueden estar involucradas en el abordaje de una situación particular?
- ¿Qué grado de conocimiento se posee sobre los programas, servicios y personas de los cuales dichas instituciones disponen?
- ¿Qué otro tipo de organizaciones y actores sociales pueden incidir en los procesos de transformación requeridos?
- ¿Quién va a hacer qué, cuándo y cómo? ¿Qué indicadores se van a considerar para saber si la intervención resulta efectiva?

4. Desafíos cotidianos y estrategias para la promoción de la salud mental

4.1 Comunicación con las familias, intercambio de saberes, fortalecimiento de la parentalidad

Acompañar la crianza desde un enfoque integral y contextualizado

1. FAMILIAS Y COMPETENCIAS PARENTALES

El concepto de familia se amplió y evolucionó, y hoy existe diversidad de arreglos familiares. La forma en que una familia está compuesta no garantiza por sí misma un buen patrón de funcionamiento (González, 2015). Más bien, los niveles de salud familiar se relacionan con:

- La claridad de fronteras entre subsistemas (hermanos, padres, abuelos), de modo que cada miembro cumpla su rol apropiadamente y los adultos no sobrecarguen a los niños con sus problemas ni los involucren en temas de pareja.

- La flexibilidad de los adultos referentes para adaptarse y acompañar los distintos momentos evolutivos de los niños.
-

«Ayudar a la familia a definir mejor sus fronteras, establecer nítidamente la jerarquía de sus miembros y reforzar la importancia de flexibilizar es trabajar para la mejoría de la salud del grupo familias.» (González, 2015, p. 45)

Ser madre o padre implica «poder satisfacer las múltiples necesidades de sus hijos (alimentación, cuidados corporales, protección, necesidades cognitivas, emocionales, socioculturales)» (Barudy y Dantagnan, 2010, p. 33). Ello requiere desarrollar competencias parentales, que dependen de:

- Las posibilidades personales.
 - Los procesos de aprendizaje influidos por el momento histórico, el contexto social y cultural.
 - Las experiencias previas de buen trato o mal trato.
-

«Promover competencias parentales sanas es prioridad en el orden de cualquier intervención familiar y social destinada a asegurar el bienestar infantil.» (Barudy y Dantagnan, 2010, p. 32)

No se trata de dar consejos ni recetas —no existe una única manera de ejercer la parentalidad—, sino de acompañar a cada familia en la construcción de su propio camino.

2. MARCO CONCEPTUAL: NIVELES DE INCIDENCIA EN LA CRIANZA

«Acostumbramos a mirar lo que sucede desde la perspectiva de las formas de saber y los dispositivos de poder, de acuerdo con modelos

preestablecidos» (Lee, 2020, p. 40). En lugar de ejercer autoridad de manera unilateral sobre los demás (como en un enfoque paternalista), es fundamental promover una relación de poder basada en la colaboración y el acompañamiento mutuo (Decaro, 2000).

El antropólogo Gregory Bateson (citado en Dilts, 2010) describe los distintos niveles en los que se organiza el comportamiento humano, útiles para pensar los diferentes planos de incidencia en la parentalidad:

- Entorno: las condiciones materiales y sociales que facilitan o dificultan la crianza. Si bien los padres son responsables de sus hijos, no lo son del contexto en que nacen. Mejorar las condiciones de vida fortalece la parentalidad, no desde un enfoque asistencialista, sino desde la garantía de derechos y el acceso a programas sociales, educativos y laborales.
- Comportamientos: lo que las familias hacen en la crianza. Una mirada centrada en el déficit invisibiliza los recursos disponibles. Es necesario construir desde las potencialidades, reconociendo aprendizajes y habilidades adquiridas.
- Habilidades y capacidades: aspectos prácticos y relacionales que sostienen la crianza (Barudy, 2010).

Habilidades y capacidades parentales

HABILIDADES	CAPACIDADES
Prácticas, modelos de crianza.	Capacidad para establecer un apego seguro con los hijos.
Habilidad para participar en redes sociales y utilizar recursos comunitarios.	Empatía.

Estos niveles se ven mediados por las creencias —ideas sobre por qué y para qué criar de determinada manera— y, finalmente, por la identidad y la pertenencia: quién se es en la tarea de crianza y con quiénes se comparte. El aprendizaje social se construye también al observar y comparar prácticas con otras familias (modelaje).

3. ESTRATEGIAS E INTERVENCIONES PARA LA CRIANZA Y LA PARENTALIDAD

A partir de los niveles descritos, es posible identificar distintas áreas de intervención, según se muestra en el cuadro siguiente.

Niveles de incidencia y estrategias para promover el bienestar en la crianza

NIVELES	ESTRATEGIAS Y ACCIONES POSIBLES
Ambiente	Acciones que reduzcan tensiones familiares y mejoren las condiciones de crianza. Incluyen la articulación con programas sociales y comunitarios que brinden apoyos y recursos.
Habilidades parentales	No se desarrollan mediante consejos, sino con información sobre características y necesidades infantiles, cuidados de salud e impacto de la violencia. También mediante espacios de intercambio que habiliten la reflexión sobre la crianza —puericultura, encuentros con familias en centros de primera infancia, espacios de juego compartido (por ejemplo, Experiencias Oportunas de los Centros de Atención a la Infancia y la Familia [CAIF]), visitas domiciliarias como las de UCC—.
Creencias	Las prácticas de crianza se sostienen en creencias transmitidas de generación en generación. Transformarlas es un proceso gradual: dudar de la creencia, abrirse a nuevas perspectivas, probarlas y adoptarlas. Estos cambios se facilitan en contextos de confianza y sin juicios, cuando existen experiencias que interpelan lo previo. Ejemplo: un adulto puede creer que no tiene sentido hablar o cantar a un bebé porque «no entiende»; al observar que otras familias lo hacen y constatar efectos positivos en la comunicación, puede abrirse a modificar su práctica.

El arte de preguntar

Es habitual preguntar a las familias datos, nombres, dirección, integrantes del núcleo de convivencia, trabajo, etcétera, pero hay otras **preguntas que permiten comprender** su forma de pensar y de sentir, su forma de concebir la crianza, el mundo, las relaciones. Son preguntas enfocadas al cómo y permiten a las personas tomar conciencia y expresar sus vivencias, por ejemplo: ¿Cómo ha sido criar a Juan sola? ¿Qué momentos te resultan más desafiantes?

Otras **preguntas permiten identificar recursos**: ¿Qué te ha ayudado? ¿Cómo has resuelto esa dificultad? Y otras son una invitación ampliar dichos recursos: ¿Qué has intentado? ¿Qué no has intentado?

Otras **preguntas pueden ayudar a anticipar el futuro e imaginar alternativas**: ¿Qué pasaría si? ¿Qué te gustaría que sucediera con tu hijo en el centro este año? ¿Qué expectativas tenés? Permiten explorar

creencias limitantes: ¿Cómo sabés que algo no es posible? ¿Qué te hace pensar que no lo vas a lograr?

Las preguntas dirigen la atención, ayudan a hacer foco sobre ciertos temas, a priorizar, a volver explícito lo implícito, promueven la reflexión.

En un encuentro, cuando solo una parte está habilitada a preguntar se marca una asimetría en la relación y un ejercicio de poder sobre el otro. El poder «con» el otro implica un plano de horizontalidad donde ambas partes puedan preguntar, escuchar y buscar soluciones conjuntas.

La actitud de apertura y curiosidad es fundamental para acompañar a cada familia en su singularidad. No hay una sola forma de criar, cuidar o educar. Entender las intenciones detrás de los comportamientos permite encontrar otros modos más efectivos de lograr dichos propósitos.

Es importante tener presentes **los contextos de vulnerabilidad más relacionados con la pérdida de cuidados parentales y con más riesgo de institucionalización**. En los últimos años la complejidad de las situaciones familiares ha llevado a un aumento del ingreso de niños y niñas a centros de protección 24 horas.

Según los últimos datos de cobertura institucional del INAU (2024), 147.133 niños, niñas y adolescentes fueron atendidos en 2024 en todos sus programas y dispositivos. De ese total, 15.203 fueron vinculaciones específicas al Sistema de Protección Especial (SPE), es decir, niños, niñas y adolescentes que ingresaron a centros de protección 24 horas u otros dispositivos por orden judicial. Asimismo, al momento de redactar este documento, hay 8.000 niños, niñas y adolescentes institucionalizados en el SPE, lo que representa un promedio considerado excesivamente alto en comparación con otros países de la región. Las vinculaciones al SPE aumentaron un 19% desde 2019.

Es relevante que los operadores puedan conocer «la extensa evidencia científica que informa sobre los daños físicos y mentales relacionados con la privación de un ámbito familiar y con la experiencia de institucionalización en etapas tempranas del desarrollo, estos daños llegan a veces a ser irreversibles» (Luna, 2015, p. 13), así como identificar situaciones de riesgo para el abandono a fin de actuar preventivamente.

Los contextos más relacionados con el abandono y la institucionalización de niños y niñas, sobre los cuales es conveniente intervenir preventivamente, son:

- El nacimiento de un niño con una enfermedad crónica o discapacidad.
- Embarazo producto de violencia sexual.
- Embarazo adolescente.
- Madres y padres privados de libertad.

El nacimiento de un niño con una enfermedad crónica o discapacidad

Cuando nace un niño con una enfermedad crónica o discapacidad, las familias pueden sentir que «no han podido procrear un niño sano» o que «no son capaces de cuidarlo o que no saben hacerlo» (las enfermeras son las que saben). Especialmente las patologías visibles y aquellas que afectan el rostro del bebé, como el labio leporino, pueden generar más rechazo o dificultad. Además, cuando existe necesidad de hospitalización temprana, las condiciones en las que esta ocurre pueden obstaculizar el establecimiento de un vínculo saludable entre padre, madre e hijo si las familias no reciben el apoyo oportuno. Estas situaciones suponen una mayor carga familiar, no solo en lo emocional sino también en lo práctico: las consultas médicas, los tratamientos y los cuidados comprometen el tiempo de los adultos, que deben conciliar la atención a su hijo con otras responsabilidades laborales o cotidianas.

Las familias que logran gestionar en forma más saludable estas circunstancias son:

- Aquellas en las que se puede hablar abiertamente sobre la patología o discapacidad entre todos los miembros.
- Las que cuentan con redes de apoyo.

- Las que presentan cohesión familiar y flexibilidad de roles, lo cual permite que, frente a la ausencia de un miembro, el resto pueda asumir cualquier tarea. Es fundamental intentar que el cuidado del niño no recaiga en una sola persona.
- Las familias que logran conciliar el cuidado del niño con discapacidad o enfermedad crónica con las necesidades de cada uno de sus miembros.

Los equipos de educación, salud y territoriales pueden ser un soporte para las familias, contribuyendo a la inclusión temprana.

La llegada a la familia de una persona con discapacidad requiere de la preparación de todos sus integrantes. Una estrategia de desarrollo informada, comprensiva e inclusiva implica reconocer el bebé como persona, identificar sus potencialidades, acompañar a su familia y contener las situaciones de incertidumbre ansiedad y dolor. (Meresman y Mercer, 2017, p. 12)

Desdramatizar (quedarse centrados en lo dramático paraliza y no permite buscar los apoyos necesarios), despatologizar (la discapacidad no es una enfermedad, ni un déficit en la condición de salud, forma parte de la diversidad humana) y desetiquetar (los diagnósticos tempranos son orientadores para encauzar tratamientos oportunos, pero es importante que no se vuelvan estigmatizantes o condicionadores de las posibilidades de cada niño) son estrategias que se recomiendan para enfrentar esta realidad.

Es frecuente que ante el nacimiento de un hijo con alto riesgo de vida alguno de los referentes, o más de uno, organice toda su vida en función del niño, con la esperanza de que el sacrificio y la abnegación lo salven. Esto tiene impactos muy negativos en la salud mental de los adultos y en el desarrollo infantil (se limitan excesivamente las experiencias) y cuando el niño es mayor puede expresar el peso de sentirse responsable de la tristeza familiar: «Yo soy el culpable del sufrimiento de mi familia» (D., 8 años, portador de cardiopatía congénita).

Apoyar la inclusión temprana es fundamental, para el niño y para la familia, además de ser un derecho. Esto puede requerir adecuaciones educativas y en el acompañamiento sociosanitario.⁸

Un embarazo producto de violencia sexual

Es claro que un hijo producto de violencia genera sentimientos ambivalentes o de claro rechazo por parte de la mujer y cuando es resultado de incesto la situación es traumática y puede generar severos daños en la víctima, que generalmente es una niña o una adolescente. Por eso es importante indagar acerca de las circunstancias de cada embarazo y el estado anímico materno. La edad de la mujer en el embarazo a veces se toma como dato y pasa inadvertido quién es el padre. Es necesario descifrar qué hay detrás de un embarazo en menores de 18 años, y especialmente en menores de 15, para detectar abuso sexual y embarazo forzado. Existe una estrategia interinstitucional para su abordaje, donde se recomienda asignar un referente que陪伴e a la adolescente desde salud y e indagar sobre las circunstancias del embarazo activando los protocolos que correspondan.⁹ El hijo, sobre todo si es varón, puede ser visto como un recordatorio de la agresión sufrida: «una joven que fue abusada desde menor por un adulto que la obligó a tener varios hijos pudo maternar a sus hijas mujeres, pero cuando el hijo varón empezó a tener mayor autonomía y a enfrentarla se desbordaba, viendo reflejado en el niño a su agresor». Este tipo de situaciones pone en evidencia lo delicado del tema y la importancia de visibilizar y brindar una asistencia oportuna.

⁸ Se recomienda leer el documento *Inclusión temprana. Discapacidad, diversidad y accesibilidad para cursar la vida*, elaborado por Sergio Meresman y Raul Mercer (2017) en el marco de UCC y el PRONADIS.

⁹ *Ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de posible embarazo (pea15)*, elaborada con participación del SIPIAV, el MSP, el MIDES, el INAU, la ANEP, el Ministerio del Interior, la Fiscalía General de la Nación, el MEC, la Organización Panamericana de la Salud, el Fondo de Población de las Naciones Unidas y UNICEF.

Embarazo adolescente

Un embarazo en esta etapa de la vida, aunque no sea producto de una situación de abuso, implica exigencias difíciles de conciliar entre lo que requiere el vínculo y las necesidades propias de esta etapa. Se requieren muchas redes de apoyo familiares, de amigos y del sistema educativo para poder generar estrategias que contribuyan a que las y los adolescentes puedan desplegar sus competencias parentales y seguir construyendo sus proyectos y atendiendo a sus necesidades.

Madres y padres en privación de libertad

«Uruguay destaca como un país fuertemente punitivo, no solo en el contexto regional, sino también a nivel mundial» (Comisionado Parlamentario para el Sistema Penitenciario, 2020, citado en Vigna, 2022, p. 6). Presenta un uso extendido del encarcelamiento en relación con sus niveles de criminalidad. A pesar de que el país tiene niveles medios de delito en comparación con la región, ocupa el primer lugar en América del Sur en términos de penas que implican prisión.

De acuerdo con datos de la Oficina del Comisionado Parlamentario para el Sistema Penitenciario (Vigna, 2022), en Uruguay hay unas 15.000 personas privadas de libertad, lo que significa que cada 230 habitantes uno vive dentro de una cárcel. Un porcentaje importante tiene hijos, por lo cual tener algún referente o varios familiares privados de libertad es una realidad para muchos niños de nuestro país.

En los últimos años existe un incremento de mujeres en la cárcel, proporcionalmente mayor que el de varones, relacionado con la mayor severidad de las penas para los delitos de narcomenudeo (la mitad de las mujeres encarceladas en Montevideo y el área metropolitana lo están por infracciones vinculadas a estupefacientes).

En este contexto, es importante señalar que las mujeres ocupan en el mundo del delito lugares subordinados, donde a menudo la comisión de ilícitos debe ser entendida en el marco de situaciones de abuso, dependencia o amenaza. Así, las fronteras entre la figura

de «victima» y de «victimaria» se vuelven especialmente difusas en el caso de las mujeres (Britton, 2000). (Vigna, 2022, p. 8)

Tener alguno de los referentes de crianza en la cárcel puede provocar la dispersión del grupo familiar (en distintos hogares de la red familiar), agrava la precariedad económica, genera impactos psicoemocionales en los distintos integrantes y puede implicar estigmatización social (Barudy, 2009). En algunos casos, cuando un familiar es encarcelado otro sigue con el negocio ilícito de narcomenudeo como forma de subsistencia, por lo cual algunos niños pierden sucesivamente sus referentes de crianza. Esto compromete el bienestar y la salud mental de niños y niñas. Esta realidad con frecuencia es invisibilizada, aunque los niños sigan vinculados a centros socioeducativos, de salud u otros programas sociales. No existen estrategias específicas para su acompañamiento, el tema se torna tabú, cuesta hablar sobre él abiertamente y los niños quedan muy solos para procesar experiencias potencialmente traumáticas.

UCC trabaja dentro de las unidades penitenciarias con las mujeres privadas de libertad con hijos y, en la medida de lo posible, se procura que niños y niñas asistan a centros de primera infancia, jardines de la ANEP e incluso escuelas cuando se piden prórrogas. Conocer esta problemática permite ajustar las intervenciones y estrategias educativas, así como detectar oportunidades para la promoción de salud mental.¹⁰

Al entrar a un centro de primera infancia, se observa un niño de 2 años, acostado en el piso con un tono descendido y mirada triste. No muestra interés por las propuestas ni las interacciones con otros niños. Luego de unos minutos se dirige a la ventana y queda adherido a ella, esperando algo que no sucede. Cuando se pregunta a la educadora si tiene idea de qué le puede suceder, contesta: «Ayer hicieron una redada y la policía se llevó a su papá. Él estaba presente». Al indagar respecto a

¹⁰ Este documento recoge experiencias del territorio, no se nombran los centros y los nombres de niños y niñas son ficticios para proteger la confidencialidad.

qué se le explicó al niño de lo sucedido, respecto a dónde está su papá o si existe posibilidad de visitarlo en algún momento, la educadora responde: «No me animé a preguntar, creo que la familia aún no tiene muy claro cuál va a ser el panorama».

Dentro de la incertidumbre, los niños necesitan manejar una información mínima sobre las experiencias vividas. Si ya accedieron al lenguaje verbal, es preciso que puedan expresar temores y dudas.

Los niños aprenden intuitivamente lo que está mal o bien, o al menos lo que es peligroso y susceptible de castigo. «Ayer la policía se llevó a la tía, encontraron la droga, ¿entendés?» (relato de una niña de 3 años a su educadora). Estos relatos son posibles por la confianza que la niña tiene en su educadora. Mostrar empatía con frases tales como «te debés haber asustado mucho» o «¿estás preocupada?», e incluso escuchar, ya es un gran aporte.

A partir de los 2 o 3 años los niños pueden entender que tanto los adultos como los niños tienen que cumplir con reglas. Se les puede explicar que si una persona grande no cumple con algunas reglas puede ser llevada por un tiempo a una cárcel. Es preciso explicar que la cárcel es un edificio donde las personas pueden trabajar y estudiar, donde comen y duermen, pero no pueden salir, aunque sí recibir visitas. Los niños suelen preocuparse sobre si su madre o padre está solo en ese lugar, si come, si tiene frío, si hay amigos, o respecto a cuándo va a volver. Poder tranquilizar al respecto y aclarar si va a haber contacto puede colaborar en que la experiencia sea procesada.

En niños más pequeños lo principal es espejar (imitar desde la gestualidad la expresión del niño) para reflejar sus emociones y ponerlas en palabras. Es importante evaluar el entorno, los desafíos para el cuidado que pueden atravesar y la disponibilidad para la crianza. El sitio web de

la Plataforma Regional por la Defensa de los Derechos de Niñas, Niños y Adolescentes con Referentes Adultos Privados de Libertad (NNAPES)¹¹ tiene numerosos materiales orientadores para preparar a los niños para las visitas y a los adultos para que puedan seguir interactuando con sus hijos sin que estos se vuelvan desconocidos. Acciones tan sencillas como mandar fotos acompañadas de un breve relato de los juegos, logros y experiencias del niño o enviar un material para jugar en los encuentros puede tener un valor de promoción del vínculo y protector del bienestar.

PARTICULARIDADES DE LA CRIANZA EN PRIVACIÓN DE LIBERTAD

La privación de libertad constituye una situación de crisis en la vida de las mujeres, que puede estar agravada por una fragilidad mental previa, adicciones o el cúmulo de factores estresantes vinculados a la detención (desprotección de otros hijos o familiares a cargo, simultaneidad en la detención de la pareja, falta de apoyos y visitas). Aquellas que optan por que sus hijos menores de 4 años ingresen con ellas (la mayoría de las veces por no disponer de otras alternativas) enfrentan el desafío de la crianza entre rejas.

LAS DIFERENTES REALIDADES

En Montevideo la Unidad 9 es solo para madres con hijos a cargo, lo cual implica una sobrecarga en la crianza al estar todo el tiempo con sus hijos, en un estado emocional de duelo por la pérdida de libertad y en las dinámicas que implican las instituciones totales.¹² Si bien en la actualidad hay una operadora que se encarga de los niños cuando las mujeres concurren a estudios o realizan algún tipo de trabajo, no suelen existir apoyos. Las mujeres son estigmatizadas y menos visitadas que los varones. En las cárceles del interior están juntas madres con hijos

¹¹ Ver <https://www.nnapes.org/noticias/>

¹² Se denominan instituciones totales aquellas donde la vida de un grupo de personas transcurre en un mismo lugar, en una convivencia forzada y con reglas impuestas por otros, donde los espacios personales se pierden (Goffman, 1961).

pequeños y mujeres que no comparten la prisión con sus hijos porque son de mayor edad o porque no los tienen. Esto puede significar un apoyo o un motivo de rivalidad y conflicto. Generalmente, las instalaciones asignadas están dentro del perímetro de las cárceles de varones y con condiciones ambientales más desfavorables.

IMPACTO DE LA CULTURA CARCELARIA EN EL DESARROLLO Y LA CONSTRUCCIÓN INTERSUBJETIVA

Los niños que nacen o permanecen en la unidad, van integrando la cultura carcelaria. Palabras como *celda* o *reja* son parte de su vocabulario cuando acceden al lenguaje verbal. El investimento¹³ del espacio es restringido, como estrategia para evitar conflictos con otras mujeres y sanciones, las madres pueden limitar el juego del niño a la celda o incluso instar a que permanezca en la cama o viendo televisión durante largo períodos. Estos niños no acceden a espacios naturales y sociales como el resto de los niños, salvo algunas salidas programadas por la unidad. La privación de libertad, la convivencia forzada, la propia dinámica de una institución total, implican diferentes violencias. Son contextos donde las necesidades infantiles no son consideradas o cuyas circunstancias abrumen a las adultas y afectan su disponibilidad. Por su parte, los funcionarios del Instituto Nacional de Rehabilitación (INR) son formados en una lógica diferente y los niños son una realidad que los desconcierta: «No fuimos preparados para esto» (relato de un operador del INR durante un curso interinstitucional sobre primera infancia).

El contexto se caracteriza por dinámicas violentas, que los niños expresan a través de palabras: «mamá escupió, pegó» (refiriéndose a enfrentamientos con otras reclusas) o con acciones: «Juan llegó y dio vuelta todo el centro, sillas, colchonetas, almohadones, no entendíamos

13 Término que se refiere a la energía emocional o afectiva que una persona dedica a un objeto, actividad o relación, fundamental en el desarrollo de vínculos y motivaciones internas.

qué pasaba, lo dejamos y cuando terminó lo invitamos a ordenar. Luego nos enteramos de que había habido una requisita¹⁴ la noche anterior».

En las cárceles, igual que en los hospitales, los niños perciben que sus madres no mandan, hay otros que establecen las reglas, y pueden confrontar a sus madres: «Si me rezongás, yo voy a hacer que te pongan en penitencia». La crianza en estas condiciones está interferida por discursos y actores que opinan, censuran y pueden reaccionar (otras reclusas) o tomar medidas (operadoras).

EL ACOMPAÑAMIENTO DE UCC Y DE LOS CENTROS DE ATENCIÓN A LA PRIMERA INFANCIA A LAS MUJERES PRIVADAS DE LIBERTAD CON SUS HIJOS

Las diferentes duplas de UCC en el ámbito departamental acompañan a las mujeres privadas de libertad embarazadas o con hijos, favoreciendo las mejores prácticas de crianza posibles para promover su desarrollo.

Desde las unidades del INR se procura, especialmente a través del Programa de Atención a Mujeres con Hijos (PAHMI), facilitar que los niños concurran, de acuerdo con su edad, a los diferentes centros socioeducativos.

Considerando la menor disponibilidad afectiva de las mujeres vinculadas a la situación de encarcelamiento, es recomendable que la educadora que logre un vínculo de apego (a quien recurre el niño en situaciones de malestar, inquietud o miedo) pueda planificar momentos singulares de contacto cara a cara, en los que pueda retomar iniciativas no verbales del niño o niña para darles un sentido. La predictibilidad del adulto da un marco de seguridad que favorece el desarrollo socioemocional y la organización psíquica. Anticipar las distintas actividades diarias y mantener algunas rutinas y espacios también contribuye en el mismo sentido. Encuadrar las diferencias de escenarios (cárcel y centro de primera infancia) es necesario para facilitar la comprensión del niño de los diferentes contextos.

Es conveniente disponer de ciertos objetos tutores de los cuales el niño pueda disponer en el centro en forma resguardada (recordar que

¹⁴ Procedimiento en que las operadoras buscan, drogas o cortes dentro de las celdas.

en la cárcel lo individual y personal queda muchas veces borrado por la dinámica de las instituciones totales). En caso de egreso (ya sea por la libertad materna o por haber cumplido los 4 años), entregar alguno de los objetos tutores puede favorecer la interiorización de las experiencias positivas compartidas en el centro. Los objetos tutores son aquellos objetos o juguetes que permiten evocar momentos de juego significativo con adultos y posibilitan al niño jugar solo (Guerra, 2020).

Los niños que viven en la unidad tienden a estar juntos dentro de los centros de primera infancia, se buscan, algunos incluso necesitan estar en contacto al momento del descanso. Se puede pensar que representan una base segura frente a los cambios y el mundo hostil que habitan. Es preciso reflexionar sobre los beneficios de esta necesidad de estar juntos y pensar estrategias que amplíen los vínculos y la integración con otros niños que no provengan de la unidad. Los equipos de primera infancia proponen experiencias lúdicas y promotoras del desarrollo, sin embargo, hay poca literatura y experiencia en otros tópicos relevantes que es preciso contemplar:

- ¿Cómo se conversa con un niño pequeño sobre la realidad carcelaria en que vive? ¿Cómo se negocia con la familia un discurso coherente?
- ¿Cómo se le ayuda en las transiciones de la unidad al centro y en el regreso del centro a la unidad (especialmente cuando muestra resistencia a regresar al encierro)?
- ¿Qué estrategias existen para ayudarlos a apropiarse del espacio y regular su actividad (algunos se angustian cuando se cierran puertas o corren en forma desenfrenada en espacios abiertos)?
- ¿Cómo facilitar el acceso a bienes naturales y culturales que no conocen, como la noche, la música, el teatro o la literatura infantil?
- ¿Cómo se amortigua el estrés tóxico que viven? ¿Cómo se gestionan las separaciones de otros niños de la unidad cuando egresan unos y otros no?

- ¿Cómo registrar las experiencias en el centro como parte de su infancia, para que su historicidad no quede marcada solo por la privación de libertad?
- ¿Qué puede hacer el centro en acuerdo con la madre para fortalecer algunos vínculos familiares con el afuera, especialmente si hay hermanos?
- ¿Cómo manejar estos temas con las otras familias y niños de un centro o jardín para favorecer la inclusión y no estigmatizar?¹⁵

A la hora de establecer propuestas en un centro socioeducativo o enviar tareas que impliquen el apoyo de adultos, es preciso considerar la realidad en que vive cada niño y la dinámica cotidiana de donde habita, a fin de evitar revictimizaciones y sentimientos de vergüenza o inadecuación, especialmente a partir de los 4 o 5 años (ya sea que el niño esté en un centro de protección 24 horas o en la cárcel, o su familia sea disfuncional).

4.2 ¿Cómo acompañar el desarrollo psicosexual en primera infancia?

La sexualidad es también un tema tabú en nuestra sociedad, al igual que la muerte, lo cual dificulta su abordaje. No es un tema neutro y cada adulto está atravesado por su propia historia, miedos, prejuicios y concepciones respecto al tema. Hace falta un conocimiento sólido de la temática que incluya la revisión de las propias actitudes sexuales.

Entendemos por sexualidad una dimensión constitutiva del ser humano que se desarrolla a través del tiempo e incluye el reconocimiento

¹⁵ Los ejemplos y reflexiones de este apartado se nutren con los aportes de Centros de Atención a la Primera Infancia (CAPI) y CAIF que atienden cotidianamente a niños y niñas que comparten la privación de libertad con sus madres.

y disfrute corporal, la posibilidad de comunicar y expresar afectos, la identidad sexual, identificarse o no con el cuerpo biológico con el que se ha nacido (aspecto que se define a los 3 o 4 años), la orientación sexual, es decir, quién o quiénes van a ser objeto de deseo (empieza a definirse en la adolescencia), el ejercicio de la genitalidad y el despliegue de la respuesta sexual (que va acompañada de un cambio físico y hormonal en la adolescencia), la reproducción (que hoy en día implica diferentes alternativas médicas) y una dimensión ética que implica los criterios personales que la determinan (Cerruti, 2008).

Como otros aspectos del desarrollo, la sexualidad en la primera infancia tiene sus especificidades y no es comparable con la sexualidad adulta. Es un riesgo atribuir a los comportamientos infantiles una intención adultocéntrica en sus expresiones de curiosidad y exploración del propio cuerpo y del de otros niños.

¿Qué necesitan niños y niñas para desarrollar plenamente su sexualidad como dimensión constitutiva de su ser?

¿En qué teorías y conocimientos sobre el desarrollo y realidades contextuales nos basamos a la hora de diseñar una propuesta?

El cuerpo y la sexualidad son construcciones sociales: «El adulto participa consciente o no, de la construcción del cuerpo del niño», afirma Calmels (2009, p. 23). Una mirada que reconoce o condena, un gesto que habilita o frena, un cambio entonacional que abraza o censura, van instaurando permisos y prohibiciones y valoraciones respecto a la corporeidad, su exploración y su despliegue. Por este motivo, la revisión de las propias actitudes sexuales, las creencias, la formación y la actualización permanente de quienes comparten la cotidianidad con niños y niñas es un prerequisito.

La teoría de Freud fue creada hace más de un siglo por alguien que casi no trabajó con niños y vivió en una época muy distinta a la nuestra. Por eso, no se ha explorado mucho cómo se desarrolla la sexualidad

desde una mirada más actual y específica. Sin embargo, las teorías sobre el apego y los avances en el conocimiento del desarrollo integral permiten problematizar algunas concepciones y abrir otras líneas de pensamiento.

La sociedad de consumo en la que vivimos jerarquiza las posesiones en detrimento de los vínculos (Bauman, 2010). El desarrollo de la tecnología permite crear imágenes, sonidos, colores, formas, espacios, sin necesidad del exterior (Levin, 2006). ¿Cómo afecta el predominio de las imágenes las vivencias de los niños? ¿Cómo afectan la retirada del cuerpo del adulto y la reducción de los juegos corporales compartidos sus habilidades de interacción, su capacidad de habitar su propio cuerpo y sus posibilidades de sentir?

Beatriz Janin (2020) plantea que es en los cuidados, en esa intrincación entre las necesidades del niño y la niña y las caricias tiernas, que se construyen los recorridos del placer. Es decir, el adulto sensible y respetuoso en el cuidado agrega un plus, un disfrute compartido, que constituye una matriz para la intimidad.

Ese placer, que es diferente de la excitación adulta que busca un orgasmo, tiene un valor integrador del cuerpo y las vivencias.

Los niños y niñas pequeños precisan de un adulto que les acepte con sus características, que les habilite el conocimiento de su propio cuerpo, que tenga un trato respetuoso, anticipando el cambio de pañales, pidiéndoles permiso y dándoles un lugar protagónico; alguien disponible corporalmente para la escucha y el juego, que tiene presente las diferencias intergeneracionales y, por ende, protege, y, simultáneamente, da espacio para la autonomía progresiva, que favorece el sentimiento de autoeficacia infantil.

Todos los adultos contribuimos a moldear las actitudes hacia el propio cuerpo, el ajeno, las interacciones, el disfrute o la interacción violenta.

Mario Marrone, psicólogo que llevó adelante estudios sobre los primeros vínculos de apego de los niños con sus referentes de crianza y es un estudioso de la sexualidad humana a lo largo del ciclo vital, encontró un correlato entre los primeros patrones interaccionales y la forma de establecer vínculos de pareja.

Las niñas y los niños que establecieron un apego seguro con referentes sensibles y predecibles en la vida adulta logran expresar sus deseos teniendo en cuenta al otro. Son capaces de disfrutar con todos sus sentidos y de vivir su sexualidad de acuerdo con ciertos principios y valores construidos.

Los adultos que comparten la cotidianeidad de niños y niñas inciden en los procesos de socialización de la sexualidad, tanto desde las interacciones como desde las propuestas lúdico-pedagógicas.

Es preciso conocer las características y formas de expresión más comunes del momento evolutivo del desarrollo biológico, psicológico, social, sexual y moral por el que transitan niños y niñas para interpretarlos, comprenderlos y favorecer el proceso de maduración que están viviendo (Cerruti, 2008).

Los procesos de socialización de la sexualidad inciden en:

- La relación entre intimidad y exposición social.
- La capacidad de jugar y explorar el propio cuerpo.
- El desarrollo de la capacidad de disfrutar lo propioceptivo (el contacto, la presión) y toda la sensorialidad.

- La aceptación del propio cuerpo con sus características y del de los demás.
- La expresión o no de los deseos, emociones e ideas (Marrone, 2015).

Es preciso que las interacciones adulto-niño y las propuestas pedagógicas:

- Valoren y entiendan la construcción corporal y de la dimensión afectivo-psicosexual.
- Revisen estereotipos de género que se pueden expresar a través de actitudes, juguetes que se asignan a unos y otros, expresiones que se favorecen o inhiben según sea niña o niño.
- Estén atentos a comportamientos que repliquen conductas violentas y de violencia de género, para intervenir con una intencionalidad educativa.
- Distingan entre conductas esperables e indicadores de abuso sexual.

En la actualidad hay una tendencia al borramiento de las diferencias intergeneracionales, se pone al niño o niña en un lugar de saber —«lo sabe todo»— por su acceso y manejo de la tecnología y las redes, y de «lo puede todo». El acceso a ciertos contenidos por internet u otros medios no da cuenta de que los comprendan, no poseen las posibilidades cognitivas de niños más grandes y no pueden integrar informaciones sin una determinada experiencia vital (Janin, 2020).

Intereses propios de los niños en la primera infancia

En la primera infancia a los niños les interesa reconocer su cuerpo y sus posibilidades, incluidos sus genitales. Pueden presentar interés por los orificios: nariz, boca, ombligo. Cerca de los 2 años prestan más atención a lo que sale de su cuerpo: orina, materias fecales. Esta curiosidad se ve reflejada en el cuerpo de sus pares y se descubren las diferencias

anatómicas. Es común que exploren su cuerpo e intenten tocar el cuerpo de los adultos o de otros niños.

Esto representa una oportunidad para introducir progresivamente la noción de lo público y lo privado, de la intimidad, y para explicar cuáles son las formas de expresar afecto o interactuar entre adultos, entre niños, o entre adultos y niños. Los niños aún no pueden comprender abstracciones como «hay que respetar el cuerpo del compañero», estas palabras quedan vacías de sentido. Es posible que se detengan por el gesto de reprobación o el tono de voz del adulto. En sus aprendizajes sociales necesitan ayuda para poder desarrollar empatía, su pensamiento es egocéntrico. Aprenden por modelado (viendo actuar al adulto o a otros niños) o por intervenciones concretas. Por ejemplo, si un niño toma una actitud intrusiva y molesta a otro niño o niña, se puede mostrar lo que ese otro siente: «A Margarita no le gusta que miren cuando le cambian el pañal», «Pedro no quiere un beso ahora, él está jugando con los animales de la granja».

Cuando se habilita un espacio de escucha de comportamientos verbales y no verbales, se detectan las inquietudes infantiles que se vinculan a sus experiencias vitales.

Se pueden interesar por su origen: ¿cómo se formaron?, ¿por dónde salieron de la panza de la mamá?

Cuando una persona del entorno cercano está embarazada, la curiosidad por el tema aumenta. Los niños formulan sus propias teorías, creen que el embarazo se relaciona con algo que se ingiere. Los niños pequeños no tienen conciencia del interior del cuerpo. Los primeros órganos que reconocen son el corazón (por los latidos) y la panza (por las sensaciones que experimentan cuando están llenos o tienen hambre). Ciertas explicaciones no van a ser cabalmente comprendidas hasta que su desarrollo psíquico lo permita.

Es importante recordar que la curiosidad en la primera infancia es concreta, se vincula a la experiencia. Un niño de 5 años pregunta:

«¿Por qué se mueren los bebés en la panza?». La educadora, antes de dar una respuesta abstracta, lo mira, registra su preocupación y conversa respecto a si conoce a alguna persona a la que le haya pasado eso. El niño relata que su madrina estaba embarazada pero «el bebé murió en la panza». También en esta edad quieren saber cómo se conocieron sus padres o si querían tenerlo, aspectos relevantes para su autovaloración.

También interesa tener presente que los niños tienen un pensamiento mágico y se sienten responsables de lo que pasa a su alrededor. Es necesario que entiendan, por ejemplo, que el alejamiento de un progenitor no tiene que ver con ser bueno, malo, lindo o feo, sino con que algunos adultos no están preparados para cuidar o no saben hacerlo. Es frecuente que se hable delante de los niños de diversos temas, como si no captaran nada de las conversaciones adultas. El ejemplo de «los bebés que mueren en la panza» muestra lo receptivos que son a lo que sucede en su entorno, su curiosidad y su sensibilidad. Las preguntas también pueden estar referidas a noticias difundidas por los medios, especialmente a partir de los 4 años.

Pistas para diferenciar la curiosidad sexual infantil de indicadores de abuso

CURIOSIDAD SEXUAL INFANTIL	INDICADORES DE ABUSO SEXUAL INFANTIL
Son juegos de exploración que se realizan con alegría e interés. Pueden incluir observar a otros niños o niñas, mostrar sus genitales o levantar la ropa de otros (se interviene como en cualquier situación donde un niño impone al otro una actividad). No le impiden disfrutar de otras actividades. Disminuyen espontáneamente cuando su curiosidad es atendida sin dramatizar.	Son comportamientos autoeróticos (balanceos, frotarse contra objetos) que se realizan con tensión e incluso angustia. Imitan prácticas sexuales que no son propias de la edad. Por ejemplo: Una niña de 3 años se escondía detrás de una cortina y le decía a un niño, con mucha tensión: «Chupamela». Pueden hacer pedidos reiterados de cambio de pañales, por la percepción de tener algo o dolor, o mostrar resistencia repentina al cambio de pañales. Hay relatos espontáneos específicos: «El tío me puso el dedo peludo en la cola».

No existen respuestas correctas y únicas, lo principal es mostrar la disposición a aclarar las dudas, responder en forma sencilla y chequear si el niño ha quedado satisfecho con la respuesta.

Es fundamental transcribir literalmente las verbalizaciones de niños y niñas. No se deben realizar preguntas ni indagar detalles, ya que los centros de primera infancia solo son responsables de levantar la sospecha de abuso, no de determinar si este existe.

Las distintas instituciones educativas tienen guías para proceder frente a la sospecha de abuso, que es importante conocer.

Algunas consideraciones para pensar estrategias de prevención de abuso sexual infantil en primera infancia

Los niños y niñas, especialmente de 0 a 3 años, necesitan asistencia corporal de sus referentes de crianza para distintas actividades, como el baño o vestirse, entre otras. Las cifras del SIPIAV revelan que los abusadores suelen ser del entorno cercano (padres, padrastros, etc.). Existen múltiples asimetrías entre un adulto y un niño: de poder, cognitivas, emocionales. Las dinámicas abusivas son graduales, engañosas y no siempre involucran los genitales ni la penetración, por lo cual poner el énfasis en la resistencia infantil o en el pedido de ayuda no parece ser la estrategia más adecuada (especialmente en menores de 4 años).

Trabajar sobre estos temas con los adultos antes de que se den situaciones puede colaborar en desnaturalizar los abusos, hacerlos visibles, aumentar el número de referentes adultos protectores y desarrollar el control social sobre esta problemática. Existen algunos mitos sobre el abuso sexual infantil que es preciso desterrar.

Independientemente de los tratamientos específicos que sean necesarios, hay un rol desde la cotidianidad que educadores y cuidadores pueden realizar para la reparación del daño. No puede haber reparación mientras continúe la situación de abuso o violencia.

Mitos y realidades sobre el abuso sexual infantil

MITO	REALIDAD
Los niños pequeños se olvidan, no se dan cuentas, no deja secuelas.	La irrupción de la sexualidad adulta en la vida de los niños deja secuelas a corto, mediano y largo plazo. Aun cuando el niño o niña no logre recordar, hay una memoria implícita que se inscribe en el cuerpo (*).
Los ofensores sexuales son personas que sufren una patología o abusan bajo efectos del alcohol.	No hay un perfil de ofensores sexuales, alguien respetado en la comunidad, amable y cariñoso con el niño, puede ser un abusador.
Los abusos sexuales se producen solo en las clases bajas.	El abuso sexual infantil se da en todas las clases sociales, religiones y géneros (Baita, 2015)

(*) «Está muy bien documentado que el abuso sexual infantil afecta de manera profunda las capacidades psíquicas fundamentales. El niño no está psíquicamente preparado para procesar los estímulos y el significado del contacto sexual con un adulto, particularmente si es su figura de apego» (Marrone, 2015, p. 67).

Se entiende por *reparación del daño* el proceso por el cual se procura revertir o amortiguar los efectos negativos en el desarrollo infantil ocasionados por experiencias adversas:

- Lo primero es ofrecer un entorno donde el niño logre sentirse seguro, con reglas claras y adultos predecibles. Anticipar rutinas y actividades ayuda en ese sentido.
- Mostrar disponibilidad afectiva y poder reconocer expresiones de lo traumático,¹⁶ no interpretándolas como indisciplina. Generar propuestas y espacios de calma y expresión para cuando el niño o niña lo requiera.
- Ser muy respetuoso en el trato corporal.
- Introducir propuestas graduales que le permitan al niño o la niña disfrutar de la sensorialidad y el movimiento.

¹⁶ Ver en este documento el apartado sobre crisis traumáticas.

Para que un niño pequeño pueda revertir lo traumático y volver a confiar en los vínculos va a necesitar:

1. Un adulto con disponibilidad física y emocional al que pueda recurrir cuando lo necesita.
2. Que ese adulto tenga empatía y tacto para responder a las comunicaciones verbales y no verbales que expresan la necesidad de cuidado.
3. Que sea capaz de facilitar el diálogo (de acuerdo con la edad del niño) respecto a las interacciones (Marrone, 2015).
4. Recordar que un factor de protección no es necesariamente un factor de resiliencia, lo que significa que no alcanza con proteger al niño de la agresión, sino que se requieren diferentes apoyos para superar la adversidad, específicos o especializados, pero hay también una tarea a realizar desde la cotidianidad.

Otra posibilidad de contribuir al bienestar y la protección infantil es conocer cuáles son los ambientes óptimos familiares para la construcción de la dimensión psicosexual, para poder trabajar en su fortalecimiento, y cuáles los de riesgo.

Un **ambiente óptimo** es aquel en que la familia reconoce la importancia de esta dimensión, «ofrece información clara y útil, brinda apoyo emocional y da libertad para expresarse, de juego, de exploración. Limita el acceso a experiencias eróticas que están por encima de su capacidad de procesamiento» (Baita, 2015, pp. 72-73) (esto abarca evitar tener relaciones genitales en presencia de sus hijos, controlar a qué contenidos de internet acceden, supervisando el cuidado).

Los **ambientes de riesgo** son los permisivos, que exponen demasiado a los niños a escenas de contenido erótico; los seductores, donde alguno o ambos padres tienen comportamientos erotizados hacia el niño o niña, manifestando excitarse con él o ella. Ambientes abusivos son

aquellos donde el incesto y el abuso sexual infantil realmente existen. Los ambientes evasivos y negativos hacia la sexualidad estimulan la culpa y la vergüenza e inhiben la curiosidad infantil, dándole connotaciones adversas a esta dimensión.

Los ambientes de riesgo se caracterizan por poner al niño en función de los deseos y necesidades del adulto, por ejemplo: «Duerme conmigo, porque desde que me separe me siento sola».

En los ambientes de riesgo son habituales los besos en la boca o incluso el beso de lengua (del adulto al niño) como forma de saludo. Estas expresiones confunden, son formas de interacción entre adultos, por lo cual ponen a los niños en un lugar de vulnerabilidad. Una mujer joven le solicita a su sobrino de 3 años, al retirarlo de un centro de primera infancia: «Dame un beso de lengua, si no no te compro caramelos». Estas situaciones ofrecen oportunidades de intervención y planificar el cómo, cuándo y con quiénes trabajar será parte de una estrategia a resolver por cada equipo.

4.3 Situaciones de crisis (diferentes duelos en la infancia): atención de primer orden

«Todos los seres humanos pueden estar expuestos en ciertas ocasiones de sus vidas a experimentar crisis caracterizadas por una gran desorganización emocional, perturbación y colapso en las estrategias previas de afrontamiento» (Slaikeu, 2000, p. 19). Suele pasar a partir de un acontecimiento que irrumpre en la vida de las personas y trastorna la cotidianidad, y para la cual los mecanismos habituales de solución de problemas no funcionan o no son suficientes (un accidente, un fallecimiento, la aparición de una enfermedad grave, una inundación, incendio u otra catástrofe natural que afecte la vivienda, la pérdida de empleo, la prisión de un integrante de la familia, son solo algunas de las múltiples crisis

que las familias experimentan). El impacto genera confusión, dificultad para pensar y resolver, ansiedad, angustia, desorganización.

La atención de primer orden o los primeros auxilios psicológicos son aquellos que se proporcionan a tiempo cero, es decir al momento de suceder el acontecimiento. Pueden ser llevados a cabo por educadores, personal de salud, policial, psicólogos o personas del entorno inmediato. Tienen un enfoque preventivo y procuran ayudar a la persona a ordenarse y enfrentar la situación en el corto plazo, reducir el riesgo de mortalidad o daño mayor por conductas impulsivas o la propia confusión y establecer una coordinación inicial con recursos y apoyos que permitan una intervención más específica en el mediano plazo.

Los cinco componentes de estos primeros auxilios son:

- Establecer un contacto empático y de escucha activa a la persona que plantea el problema.
- Ayudarla a ver las dimensiones del problema y establecer prioridades.
- Explorar posibles soluciones y recursos personales.
- Asistir en la ejecución de pasos concretos (llamado a una familiar, coordinación con otros actores).
- Seguimiento para verificar el progreso.

Un adulto en crisis disminuye transitoriamente su sensibilidad y capacidad de cuidado, por lo cual es fundamental ayudar a pensar en otras personas que puedan colaborar en la atención y sostén de los pequeños.

Crisis en primera infancia

Los niños también experimentan crisis. En la primera infancia es clave la función de sus figuras de apego para amortiguar el impacto de estas y su procesamiento. Los referentes de crianza y todos los adultos que comparten la vida cotidiana de la primera infancia deben cumplir un rol de filtro o paraguas (es decir, amortiguar y graduar los estímulos perturbadores

del exterior). Un ejemplo de esto es el accionar de una maestra durante el tornado ocurrido en Dolores, departamento de Soriano, en 2016, que salvaguardó a los niños de su grupo, ubicándolos debajo de una mesa, mientras les cantaba una canción y sus cuerpos estaban en contacto, transmitiendo calma, dominio de la situación y cercanía frente a una situación muy atemorizante (viento extremadamente fuerte, voladura de techos, caída de objetos). Winnicott (1993[1958]) denomina a esta función del cuidado «función de para-excitación». Es la capacidad de graduar los estímulos nocivos del entorno para que sean llevaderos por el psiquismo infantil.

Otras situaciones comunes que implican crisis para niños y niñas son las hospitalizaciones, propias o de una persona cercana, las mudanzas, las migraciones (este es un fenómeno en aumento, en tanto Uruguay ha incrementado su población migrante en los últimos años), el nacimiento de un hermano, la separación de sus padres, que un parente se ausente del hogar (frecuente en los militares asignados a misiones). El impacto depende del modo en que la situación se produzca, sus consecuencias en la cotidianeidad y la capacidad del adulto para acompañar las circunstancias.

¿CÓMO MANIFIESTAN LAS CRISIS LOS NIÑOS EN LA PRIMERA INFANCIA?

- Cambios de comportamiento.
- Cambios de humor.
- Retraimiento o conducta disruptiva (se entiende por tal un patrón de comportamiento desajustado, habitualmente de descarga, movimientos rápidos que dificultan interacciones y poder adecuarse a consignas o propuestas).
- Pérdida transitoria de algunas adquisiciones (como el control de esfínteres, querer volver a dormir con los padres cuando ya dormían solos, hablar como cuando eran más pequeños [regresiones] o dejar de hablar, entre otras).
- Dejar de jugar o juegos reiterativos y estereotipados que dan cuenta de lo vivido.

Algunos ejemplos son:

- Durante las primeras semanas posteriores al evento, los niños de primera infancia que habían experimentado directamente las consecuencias del tornado en Dolores repetían en la sala de psicomotricidad un juego en el que todo se derrumbaba gritando y corriendo (nivel 2 años).
- Una niña de 3 años reproducía con muñecos de diferentes tamaños que se asemejaban a miembros de familias (bebé, niños, mujeres, varones, jóvenes viejos, de diferente color de piel) las discusiones de sus padres durante el proceso de separación. Cambiaba el tono de voz y reproducía las amenazas e insultos que escuchaba cuando su papá iba a visitarla.
- Una niña de 18 meses, que desarrollaba interacciones armónicas con niñas y niños de su sala, comenzó a morder cuando le sacaban algún objeto con el que ella jugaba o del que estaba en posesión. Cuando se exploró con la familia lo que sucedía, la madre relató: «Hace quince días me separé de su papá y nos fuimos de casa. Las circunstancias impidieron que pudiera sacar la ropa de Melanie y sus juguetes, está muy inquieta desde entonces».

¿QUÉ PRECISA UN NIÑO DE PRIMERA INFANCIA

EN UNA SITUACIÓN EN CRISIS?

«Cuando un niño no puede enfrentar una situación (una mudanza, separación de sus padres, muerte de un familiar, otras) estará vulnerable y abierto a la ayuda que pueda recibir para comprender lo que sucede y aprender formas para enfrentarlo» (Slaikeu, 2000, p. 367), pero cuando el niño es pequeño, menor de 3 años, necesita que el adulto referente gradúe los cambios y le dé sentimientos de continuidad de su existencia y seguridad.

Algunos ejemplos son:

- Una mujer migrante que en el primer año de residencia tuvo que cambiar numerosas veces de residencia con su hija de 9 meses llevaba siempre algunos objetos (un cuadro, una lámpara, unas sabanitas con unos osos y un móvil) para ambientar de modo similar el espacio donde su hija dormía. Mantenía ciertas rutinas a la hora de dormir y comer y especialmente su forma de interactuar con la niña.
- En una familia con un niño de 3 años, en la que el padre fue asignado a una misión, jugaban con el niño con casitas muñecos y aviones, anticipando el viaje. Se esforzaron por mantener el centro socioeducativo al que concurría, establecieron una rutina de comunicaciones por videollamada los fines de semana, siempre lejos de la hora de despertar o de ir a dormir. A los niños pequeños les cuesta las transiciones — pasar del sueño a la vigilia, del reposo al juego, del juego a alimentarse—, especialmente las que implican pasar de un estado de conciencia a otro. Las llamadas cerca de la noche pueden producir alteraciones del sueño y es más difícil en ese horario implementar actividades placenteras y distractoras que ayuden a cambiar el foco de atención. Es preciso permitir al niño expresarse (dejarlo llorar, validar el enojo), poner en palabras lo que siente, y luego ofrecer alternativas para que se sienta mejor y sobrelleve la espera. Tener fotos de actividades compartidas con el padre facilitaba hacerlo presente durante su ausencia.

Los centros de cuidados y atención a la primera infancia, así como el personal de salud (cuando un niño es hospitalizado), tienen grandes oportunidades para acompañar estos momentos y contribuir al mejor desarrollo de habilidades frente a las situaciones nuevas, por las horas que comparten pero también por los objetivos: estas intervenciones promueven el desarrollo, el aprendizaje y la salud psicoemocionales.

- Ingrera un recién nacido, portador de una cardiopatía congénita, a una unidad de cuidados intensivos. El pronóstico vital es incierto. Cuando se pregunta a la pareja de progenitores si tienen más hijos, contestan que tienen otro varón, de 2 años, que quedó al cuidado de sus abuelos desde que ingresaron para el parto. No le dijeron nada de lo que sucedía: que nació su hermano, que está enfermo. Al no saber si él bebé sobrevivirá, optaron por el silencio, con la esperanza de evitar explicaciones dolorosas y el dolor de su otro hijo. Se turnan en ir a quedarse a dormir con él. Al consultarlos si han observado cambios, afirman que: «Está terrible, se porta muy mal». A partir de ese momento se intercambia con la pareja, desbordada emocionalmente por la situación de su bebé (situación de crisis), respecto al proceso del embarazo y la situación de su otro hijo: «Le hablamos de su hermano durante todo el embarazo, era habitual que apoyara su cara en mi vientre o la mano sintiendo sonidos y movimientos del bebé. Le explicamos que cuando el bebé naciera, mamá y papá íbamos a ir al hospital, a que el doctor ayudará a salir al bebé de la panza y luego regresaríamos a casa». Transcurrieron tres días (para un niño de primera infancia que aún no tiene una noción de tiempo), lo cual representa un cambio significativo. El niño percibe la tensión del ambiente familiar, pero en la ausencia de palabras queda solo con su inquietud, que se expresa en su agitación psicomotriz. Se acuerda con los padres la importancia de que expliquen «con sus propias palabras» (es importante no vaciar el rol parental con consejos, sino fortalecer su comprensión y recursos para criar a sus hijos, aun en circunstancias adversas) lo que sucede y que el niño concurra al hospital para conocer a su hermano. El niño entra a la unidad de cuidados intensivos en brazos de su padre y, cuando se acerca a la cuna, suspira y dice: «¡Ahí está el bebé y tiene tetel!». Si bien estaba con respirador en la nariz, tenía un chupete en

la boca. ¿Qué imágenes, sensaciones o ideas experimenta este pequeño en el período de silencio parental? Después de esta visita, el niño cesó su comportamiento disruptivo.

A veces lo que ocasiona una crisis en un niño puede no ser tan evidente para el adulto:

- Un niño de 6 años es derivado por presentar «fobia escolar». Empezó con alegría su primer año de escuela, aunque le costó adaptarse a tener menos tiempo de juego. Era hijo de una maestra y un empleado bancario. Su maestra, recién recibida, le dedicaba un especial esmero para que aprendiera a escribir (le preocupaba mostrar su saber frente a la colega madre del niño). Como el niño iba algo rezagado, se quedaba con él en los recreos para ayudarlo a practicar. La situación se volvió muy estresante para el niño, que empezó a experimentar dolores de panza al ir a la escuela, hasta su total rechazo. Una vez comprendida la situación, bastó con disminuir la presión respecto a la escritura, habilitar el juego y buscar otras estrategias pedagógicas para que el rechazo escolar cediera.

La intervención en crisis tiene un enfoque principalmente preventivo y no sustituye la necesidad que puedan tener algunos niños de un acompañamiento profesional específico.

CRISIS TRAUMÁTICAS

Niños y niñas pueden vivir situaciones que les abruman y generan una desconexión entre su mente y su cuerpo. «La base del trauma de un suceso único en contraste con la negligencia y abuso continuos es principalmente fisiológica» (Levine, 2017, p. 46). Frente a una amenaza

intensa, se activa una extraordinaria cantidad de energía y se desencadena una serie de respuestas corporales, como respiración rápida y superficial, dilatación de pupilas, disminución de la producción de saliva, aumento de la tensión muscular (se pueden producir temblores). Al no poder huir ni defenderse, el niño puede colapsar y quedar paralizado. Posteriormente, alcanza con que se repitan algunas señales similares al evento traumático para que el niño entre en una especie de trance: mirada perdida como si estuviera percibiendo una pesadilla, llanto, retraimiento o agitación importante.

A modo de ejemplo:

- N., de casi 3 años, presenció cómo le disparaban a su mamá en una fiesta y la ambulancia se la llevó. Las educadoras del centro al que asiste se enteran por la prensa de lo sucedido el fin de semana. Para su sorpresa, el niño acude el lunes en compañía del abuelo. Los primeros días no expresa nada, pero luego cada vez que aumenta el bullicio en la sala queda con la mirada perdida y llora.

En estas situaciones es fundamental que el adulto a cargo se tome unos minutos para calmarse y estar en condiciones de desarrollar una «presencia tranquilizante». Luego hay que evaluar la situación. Es preciso «si el niño muestra señales de shock (ojos vidriosos piel pálida, pulso y respiración superficial, desorientación) intentar que permanezca en un lugar quieto, y que no regrese al movimiento o al juego» (Levine, 2017, p. 44). No es conveniente hacer preguntas al niño, sino que hay que ayudarlo a entrar en contacto con sus sensaciones y que se ubique (dónde y con quién está). No hay que interrumpir el llanto, el niño necesita descargar toda la energía acumulada. Es necesario validar y tranquilizarlo respecto a lo que siente. Por ejemplo: «Estás en la sala, yo estoy contigo, estás seguro ahora, está bien si querés llorar, presenciaste cosas que te asustaron mucho».

Siguiendo con el ejemplo de N., las educadoras armaron una especie de carpas con telas y objetos blandos y le dijeron a todo el grupo que

podían usarla cuando la precisaran, incluido N. A partir de ese momento, N. iba a la carpeta cada vez que el bullicio en la sala aumentaba, los demás niños no iban a su espacio; solo cuando N. estuvo mejor empezó a compartirlo con otros. Se hicieron otras acciones a nivel familiar para ayudar en el cuidado de N., entre ellas, el niño visitó a su mamá cuando estuvo mejor.

Es importante confiar en las capacidades infantiles, animar al niño a que descanse y ayudarlo a dar sentido a lo ocurrido.¹⁷

Desafíos para el acompañamiento de situaciones de duelo en la primera infancia

La muerte es una de las situaciones límite que los filósofos existencialistas señalan como hitos que confrontan al ser humano con toda su existencia. Abre un tiempo de reflexión sobre lo importante y lo accesorio en la vida de las personas, las cosas que entendemos esenciales, la forma de vincularnos, los proyectos, los miedos, el sentido de la vida. La muerte de alguien cercano, conocido, de nuestro entorno inmediato, siempre genera algún tipo de impacto, en lo personal y en lo social. «Toda la humanidad está en cada uno de nosotros» (Fromm, 1985, p. 120), por lo cual la muerte del otro es un inevitable espejo de nuestra vulnerabilidad, de nuestra finitud.

«El presente está obnubilado por la potencialidad de la ciencia y la tecnología lo que ha provocado una pérdida de la noción de los límites, de lo imposible» (Díaz, 2004, p. 21). El título del libro del doctor Álvaro Díaz, *La medicina desalmada*, si bien hace referencia al contexto médico, nos interpela como sociedad en cualquier institución o lugar social en el que estemos insertos. «Desalmado significa literalmente que carece de

¹⁷ Este ejemplo surge del intercambio con un equipo de un centro comunitario de educación infantil del programa Nuestros Niños.

Alma, en este sentido carecer de alma se emparenta con la incapacidad de percibir la presencia del otro, de sufrir por el otro, de ser indiferente como si el otro fuera una cosa» (Díaz, 2004, p. 24).

La trivialización de la muerte cobra fuerza en los videojuegos (Calmels, 2015), en las series, en los informativos, donde cada vez es necesario agregar más detalles crueles para commover y donde a veces se desliza que hay muertes menos importantes que otra («abatieron a un delincuente», «mataron a un individuo», «se supone ajuste de cuentas», «una mujer consumidora es asesinada mientras dormía en situación de calle»). En este contexto, cuando la muerte se vuelve real por la pérdida de alguien cercano, el horror, la desesperación y la necesidad de apoyo se vuelven imperiosos. «Durante toda la historia de la humanidad, salvo la época más reciente, la muerte ha sido una posibilidad habitual y omnipresente. Daba igual si uno tenía 5 o cincuenta años» (Gawande, 2021, p. 25). Cuanto más ajeno se experimenta un fenómeno, las personas quedan más vulnerables para su afrontamiento.

LA DIMENSIÓN SOCIAL DEL DUELO

Duelo viene del latín *dolus* ('dolor') y es la respuesta emotiva natural a la pérdida de alguien o algo. Implica sufrimiento, pero también se refiere a las etapas y tareas que tienen que realizar las personas ante la pérdida. Luto proviene del latín *lugere* ('llorar') y alude a los signos visibles, comportamientos sociales y ritos religiosos, es la dimensión social del duelo (Pangrazzi, 2005). El ser humano como ser gregario tiene una arquitectura mental que se basa en la presencia de los demás, en el grupo, y en esta situación se precisa el apoyo humano. Rollo May, en su libro *La necesidad del mito* (1998), incluye una metáfora que sintetiza estas circunstancias: «Una piedra sola se hunde, pero si hay un barco que las contiene (comunidad) pueden flotar muchas piedras» (p. 29).

Los familiares en duelo viven su dolor, en el contexto de una realidad social que tiene su relieve en el proceso de superación de la pérdida. El clima cultural, con sus condicionamientos y sus múltiples facetas, ejerce un influjo sobre la elaboración de la experiencia luctuosa.

«La muerte es socialmente importante, y todas las culturas ofrecen alguna respuesta y la rodean de diferentes rituales, desde la vertiente personal social y cultural» (Bordin, 1997, p. 15).

EXPERIENCIA SOCIAL DE LAS FAMILIAS

Es importante considerar que «quien está en duelo tiene la sensación de que la vida se ha detenido, se ha interrumpido y se siente fastidiado por el comportamiento de quien continúa el acostumbrado trajín cotidiano como si nada hubiera pasado» (Pangrazzi, 2005, p. 67). El sentido de no pertenencia, interpretar el interno como indiferente, es uno de los aspectos más difíciles del duelo. Esto se agudiza cuando el sentido de no pertenencia es alimentado por el comportamiento indiferente de los demás, que «realmente se comportan como si nada hubiera sucedido» (Pangrazzi, 2005, p. 68).

Un centro de primera infancia o un jardín de infantes, como espacios sociales y de referencia comunitaria, desempeñan un rol fundamental, como constructores de significado social del valor de la vida, modelos de contención y facilitadores de la participación solidaria de la comunidad afectada. Por ello, frente a la muerte de un niño, un familiar directo o un integrante de la comunidad educativa, es preciso comunicar, dar señales de que no resulta indiferente y contribuir, en la medida de lo posible, a transitar los procesos de duelo, brindando orientación o coordinando con el sector salud cuando estos procesos dan cuenta de la necesidad de un apoyo especializado.

LAS PÉRDIDAS EN LA PRIMERA INFANCIA

¿Cómo impacta la pérdida de una madre o un padre en niños y niñas pequeños?

A veces sucede que un niño llega a saber que ha perdido a su madre, que se ha ido, que ha muerto, que no volverá a verla. Para experimentar semejante sentimiento es preciso que el desarrollo del aparato psíquico se haya vuelto capaz de una representación de la muerte

cosa que no sucede, más que a partir de los 6 años aproximadamente. (Cyrulnick, 2003, p. 40)

Esta dificultad para comprender no significa que no haya sufrimiento y malestar, el mundo sensorial del niño cambia, el dolor está en la ausencia, en los cuidados, las miradas, las caricias que ya no están. «Experimenta un desafecto lento, un malestar que altera al niño de forma tanto más insidiosa cuanto que no puede dominar, combatir, compensar esta privación afectiva» (Cyrulnick, 2003, p. 47).

Cuando fallece la joven madre de una niña de un año y un varón de 6, estos pasan a vivir con sus abuelos maternos, en duelo por su hija, y la niña ingresa a un centro de primera infancia. La educadora comenta: «Llora mucho, le cuesta el período de iniciación, la toman en brazos mientras la abuela espera afuera». Los educadores y referentes de crianza sensibles experimentan en su propio cuerpo la angustia del niño o niña (en el contacto corporal se siente la tensión muscular ligada a la emocionalidad infantil). Es importante reconocer el impacto para poder actuar. Aunque aún no entienda el concepto de muerte cognitivamente, la niña siente la ausencia y el cambio sensorial de su cotidianidad: la abuela comenta que la niña camina hacia el portón donde siempre esperaba a su mamá cuando llegaba de trabajar.

Un niño en primera infancia lo primero que necesita es a alguien que pueda cumplir la función de la persona muerta: ser protegido, cuidado, alimentado. Es vital para su supervivencia física y emocional. Necesita rutinas, tutores sensoriales que se mantengan hasta que cobre seguridad. Por tutores sensoriales nos referimos a lugares y objetos conocidos, rutinas, formas de cuidado lo más parecidas posible a las que está acostumbrado. No es prioridad en un período de iniciación, de estas características, la separación del referente de crianza que queda a cargo. Es un momento de especial sensibilidad y es relevante contribuir a que el niño vuelva a cobrar seguridad y familiaridad con los cuidados.

Siguiendo el ejemplo anterior, en la medida en que la educadora conozca y pueda interpretar ciertas señales corporales, y se anime a resonar

en la entonación de la palabra y el espejamiento del gesto que comprende su malestar, producirá alivio en la niña: «Este lugar es nuevo, claro, no está mamá, creo que estás asustada», «La abuela está acá y yo también voy a cuidarte, soy Margarita». La nueva referente de crianza a cargo también requiere apoyo, aprender el nuevo rol, y estar en sala le permite observar cómo lo hace la educadora, así como poder preguntar inquietudes cotidianas o recibir apoyo y orientaciones, dado que también está implicada en la pérdida y, por tanto, en crisis. A medida que la niña vaya teniendo otras posibilidades cognitivas va a poder ir elaborando su orfandad.

Las investigaciones sobre el impacto en la salud mental de los niños por pérdidas tempranas mencionan que juega un papel fundamental el estado mental y la disponibilidad de los familiares sobrevivientes a cargo.

Los niños que ya acceden al lenguaje verbal pueden realizar preguntas sobre qué pasó con su madre, padre o abuelo, como dónde está, tener momentos de retraimiento, llanto, desasosiego. Pueden volver a comportamientos de más pequeños, perder temporalmente el control de esfínteres logrado o necesitar dormir con el parente sobreviviente, hermano o hermana. El entorno puede malinterpretar su malestar atribuyéndolo a problemas de «límites».

Es habitual y comprensible que las familias quieran evitar el dolor a sus hijos, pero el dolor está relacionado con las ausencias y los cambios, no con las palabras.

Es importante que el niño no se sienta excluido, los niños de 3 a 6 años pueden incluso desarrollar sus propias teorías sobre lo que ocurre. Por

su pensamiento mágico y egocéntrico, pueden pensar que son responsables de lo que sucede, que ellos han hecho desaparecer a la persona.

Cuando murió mi hermana, yo tenía 5 años, mis padres me enviaron al campo con otros familiares, supongo para que me distrajera. Recuerdo sufrir mucho, creer que mis padres no me querían más y que tenía la culpa por la muerte de mi hermana. Tenía celos, la cuidaban mucho por su enfermedad. (Relato de una persona adulta)

Es relevante acordar un discurso común con las familias, teniendo presente cómo evoluciona el concepto de muerte de acuerdo con la edad del niño. A partir de los 2 o 3 años les preocupa lo que pasa con la persona que fallece. Como aún no ha adquirido el concepto de irreversibilidad de la muerte, le cuesta entender el cese de funciones y creen que la muerte es temporal. Entienden lo que el adulto les dice en forma literal. Si se les dice que la persona fallecida está en el cielo, para ellos es un lugar real, al que se puede ir en un avión o con una escalera y del que se puede regresar. Un niño pequeño no entiende explicaciones filosóficas o espirituales, tiene un pensamiento concreto. Necesita saber cómo va a cambiar su realidad y quién va a cuidarlo.

En este sentido, un niño de 3 años, cuya madre murió en un accidente y la abuela le explicó «que su madre estaba en una estrella y desde allí lo cuidaba», juega con un revólver de plástico a disparar a las estrellas: «Le estoy disparando a las estrellas para que se caigan, así veo a mi mamá».

Los duelos pueden tener consecuencias a corto, mediano y largo plazo, por lo cual es importante recordar lo siguiente:

- Los niños de 0 a 2 años no comprenden el significado de la muerte, pero sienten la ausencia de la persona y los cambios sensoriales en su mundo, en sus rutinas. Los impactos dependen, más que de la pérdida en sí, de contar con una

figura de referencia que pueda cuidarlos y sostenerlos. Son muy sensibles al ánimo de la persona que los cuida.

- De los 3 a los 6 años predomina un pensamiento egocéntrico y mágico. En esta etapa consideran la muerte como temporal y reversible. Les cuesta entender el cese de las funciones vitales. Si hay un adulto dispuesto a contestar (si el niño siente que al adulto le molestan las preguntas o lo entristecen deja de expresar sus inquietudes), interpretan las respuestas en forma literal.¹⁸

Duelos migratorios

En los últimos años ha aumentado el flujo de migrantes en Uruguay. En 2011 representaban un 2% de la población, mientras que en 2023 ascendieron a un 3%, de acuerdo con los datos del último censo. De acuerdo con el lugar de procedencia y las circunstancias de salida del país de origen, así como según las distintas trayectorias, se encuentran diversas realidades que impactan tanto a los adultos como a los niños implicados, ya sea que nacieran antes, durante o inmediatamente después del ingreso al país.

La migración, aunque sea elegida, implica un desarraigo y un duelo migratorio: las familias extensas se separan y se pierden las referencias espaciales y culturales del lugar de origen, a lo que puede sumarse el dolor por las expectativas no cumplidas en el nuevo país.

¹⁸ Se recomienda leer *Explícame qué ha pasado. Guía para ayudar a los adultos a hablar de la muerte y el duelo con los niños* (Cid Egea, 2011), material que facilita la comunicación entre adultos y niños sobre el tema de la muerte, disponible en [https://www.psie.cop.es/uploads/GuiaDueloFMLC\[1\].pdf](https://www.psie.cop.es/uploads/GuiaDueloFMLC[1].pdf)

«La crianza se tensiona, por las diversas emociones experimentadas en el duelo migratorio, la ausencia de referentes y apoyos a los que se suma en el entrecruzamiento cultural» (Olaya, Cárdenas, Álamo y Tesch, 2023, p. 9).

En un centro de primera infancia con alto porcentaje de migrantes dominicanos, llama la atención la escasa gestualidad de los niños, el rezago en el lenguaje y en algunos casos niños que juegan sosteniendo el silencio. Al intercambiar con la maestra, afirma: «Sí, lo habíamos notado, con los padres pasa lo mismo. Optamos por empezar a preguntar cómo había sido su viaje hasta Uruguay. Algunas historias parecen de película, atravesando selvas, corriendo riesgos, siendo estafados por personas que iban asegurar su tránsito. Los niños reflejan el miedo y la tristeza vivida. Es posible que el silencio haya sido una estrategia de supervivencia para no ser descubiertos, patrones que han quedado impregnado en el cuerpo, el rostro de los niños y en el silencio de sus labios.

Sin duda hay mucho por aprender para acompañar desde los distintos programas estas nuevas realidades. ¿Cómo favorecer ambientes seguros, que promuevan aprendizajes? ¿Cómo favorecer la integración y cuidar aspectos que forman parte de la identidad y cultura de los migrantes? ¿Cómo apoyar en la crianza en estas circunstancias tan especiales? Ser migrante no es un simple dato, encierra una historia de pérdidas y esperanzas.

4.4 ¿Qué es y cómo contribuir a la regulación emocional en los niños?: Sociedad de consumo y abuso de la tecnología

Desde el nacimiento, los niños necesitan de un adulto sensible que les ayude a regular los períodos de sueño, alimentación y juego. El adulto va a graduar los estímulos provenientes del entorno y captará las señales de niños y niñas, sus ritmos, para ir dándoles una organización y un sentido. Las distintas sensaciones corporales van a ser interpretadas

por un adulto que tiene la capacidad de preguntarse respecto a qué le sucede al niño e intentar resolver su demanda («Creo que tiene pichí, o hambre, o sueño»).

En los primeros momentos se genera una situación en la que el niño y el cuidador comparten el afecto y posteriormente es necesario que uno de ellos (el más capacitado para hacerlo) asuma otro papel dando un significado a ese afecto. (Miller, 2013, p. 62)

Cuando esto es parte de un patrón, el niño puede tolerar mejor ciertas tensiones, porque confía en su resolución. Si, por ejemplo, cuando un niño llora por dolor de panza su madre, padre o abuelo a cargo se desespera, la desregulación del niño aumentará. El adulto recibe la emoción, la transforma y la devuelve al niño modulada. Los niños necesitan de un adulto tranquilo, que pueda gestionar su propia emocionalidad, para poder relajarse internamente. Van construyendo una cierta evaluación (a partir de las vivencias, como fenómeno experiencial no racional) de la disponibilidad de su cuidador y de cómo va a reaccionar (Ainsworth, citado en Lecannelier, 2009).

«Las experiencias tempranas reales juegan un papel preponderante en el desarrollo de la psicodinámica de la mente y los trastornos. Estas experiencias a pesar de que tienden a borrarse siguen ejerciendo una influencia muy importante en el procesamiento cognitivo y afectivo.» (Lecannelier, 2009, p. 49)

Poder corregular a un niño o niña emocionalmente requiere que el adulto a cargo logre gestionar su propia emocionalidad, la cual depende de los recursos cognitivos y emocionales que posea, de las circunstancias (nivel de estrés que enfrenta), de la interpretación que dé a las circunstancias (si les atribuye un sentido de indisciplina o maña o las

ve como la dificultad esperable de un niño pequeño de poder posponer su deseos), además del temperamento del niño, que puede tornar más difícil la tarea. Se entiende por temperamento la sensibilidad con la que el niño nace, relacionada con poseer umbrales bajos o altos para los estímulos externos, el nivel de actividad o pasividad que presenta, y la intensidad de su reacción a los estímulos y frustraciones.

«Podría decirse que los cuidados precoces caóticos o inapropiados afectan la estructuración psíquica dado que impide la adecuada regulación de los afectos y provocan trastornos en los procesos de simbolización» (Schejtman, 2008, citado en Miller, 2013, p. 65).

Algunos niños pueden presentar una dificultad particular para procesar y modular los estímulos externos (sensoriales) como internos. Algunos niños pueden ser hipersensibles, otros hiperactivos y algunos cuyo problema se centra en la desorganización e impulsividad ligadas a la respuesta frente a la estimulación. (Armus *et al.*, 2012, p. 47)

Los niños hiperactivos pueden pasar desapercibidos en un centro de primera infancia, no generan problemas, pero, sin duda, requieren ser involucrados en propuestas para su desarrollo. La observación y la evaluación son claves para monitorear avances. Con los niños que presentan mayor intensidad se suelen implementar actividades de descarga para canalizar su impulsividad, las cuales requieren algunas precisiones.

Las actividades que permiten un mayor despliegue motriz, como correr, saltar o trepar, implican un mayor gasto energético. Cuando se propone a un niño golpear objetos o gritar, es preciso considerar que dichas actividades pueden generar mayor movilización y tensión. En psicomotricidad, cuando son utilizadas hay una intención de acompañarlas para que evolucionen en un juego que tenga un comienzo, un desarrollo y un fin, en el cual se acceda a un estado más distendido y de descentración, donde el niño pueda expresar su sentir de un modo no tan centrado en el cuerpo (títeres, cuentos, construcciones, plástica).

La regulación emocional implica reconocer lo que se experimenta y paulatinamente poder graduar la duración y la intensidad de las emociones.

Contribuyen a la regulación:

- Las figuras de cuidado estables.
- Las rutinas medianamente previsibles en la cotidaneidad.
- El trato cariñoso y sensible.
- La graduación de estímulos.

Desafíos actuales para la regulación emocional de niños y niñas en un mundo adulto desregulado

«Las características de las sociedades modernas es que necesitan crecer, acelerarse y condensar la innovación incesantemente para mantener su estructura. Esta imposición tiene consecuencias sobre el modo de vida, la orientación de la existencia y las experiencias vitales» (Rosa, 2019, p. 28). En esta carrera lo productivo y lo reproductivo no siempre logran un equilibrio, tanto para aquellos que tienen un relativo éxito como para quienes la sociedad de consumo deja en lugares de exclusión. La disponibilidad adulta se muestra en jaque por el ritmo frenético que la sociedad impone, sumado a múltiples informaciones que ocupan el tiempo y a la invasión de la tecnología, que producen cambios en la forma de criar y en la presencia.

«Hoy las prácticas que requieren un tiempo considerable están en trance de desaparecer. La confianza, las promesas y la responsabilidad también son prácticas que requieren tiempo» (Han, 2022, p. 19). El tiempo dedicado a niños y niñas muchas veces no se valora lo suficiente, se sustituye por objetos o se apela a la tecnología para entreteneros. Los niños se construyen con otros y aprenden a gestionar su emocionalidad con otros, pero para ello es necesario que el adulto «ponga el cuerpo». «Si el adulto en cualquiera de sus roles (docencia, asistencia, crianza), no está disponible al contacto (mirar, escuchar, observar, contactar) su presencia se diluye» (Calmels, 2009, p. 105). Puede estar en un mismo espacio y sin embargo

evadirse. Se puede observar a algunas mujeres amamantar con su mirada fija en el celular y no en su hijo, o padres en casa ensimismados en sus *laptops* o en alguna adicción mientras responden a los niños, sin mirarlos.

«La coyuntura actual puede reducir cada vez más el campo de la experimentación en lo infantil y conducir al niño muy temprana y vigorosamente hacia el objeto pantalla» (Levin, 2006, p. 63), distorsionando la experiencia corporal, fundamental en la primera infancia.

Las pantallas generan en los niños pequeños cautivación y adhesión, múltiples estímulos, sonoros y visuales, caracterizados por lo «puntual, efímero, eléctrico, recurrente desechable, intercambiable e impalpable» (Levin, 2006, p. 38). Múltiples son los impactos de este uso temprano de tecnología sin una mirada crítica sobre él.

«Ana (de 2 años) hoy está cansada, ayer se durmió tarde, no le podía sacar la *tablet*». Cuando el niño se duerme con un dispositivo, lo hace «por derrumbe», no aprende la transición corporal de la actividad a la relajación. Se observa en muchos niños un aumento de la tensión corporal, así como comportamientos agresivos. Las imágenes despiertan emociones que no se pueden resolver solo con el movimiento de los dedos. No se produce la descarga a través del juego corporal y el movimiento. La atención que requiere el cambio rápido de imágenes los desconecta del entorno, pierden interés en las interacciones y la exploración. «Nos fuimos unos días a la playa y no hubo forma de sacar a Juan (5 años) de la casa, pasó todo el tiempo con el videojuego».

Retrasos en el lenguaje, niños que hablan en lenguaje neutro, niños que ponen las lancheras como si fueran *tablets* a la hora de comer en el jardín, reproduciendo la experiencia de su casa. Otros que no miran o que concurren varios días al jardín de infantes con traje de superhéroe, son escenas frecuentes que se presentan en los centros de primera infancia. ¿Cómo trabajar el tema con las familias? Fascinados por las destrezas infantiles en el manejo de dispositivos, los adultos mismos están absortos en la tecnología, aliviados por la inmovilidad infantil cuando los niños están atrapados por las imágenes. ¿Cómo mostrar los riesgos y ayudar a formar criterios para un desarrollo saludable?

De 0 a 3 años, el uso de pantallas implica más riesgos que beneficios. En este período es cuando se establecen los precursores del lenguaje, como el contacto cara a cara, la significación de los gestos del niño por parte del adulto, los balbuceos que son retomados por el adulto, la atención conjunta. Dejar a un niño solo con una pantalla que no mira, no contesta, no puede dirigir la atención junto al niño sobre otro objeto, pone en jaque la adquisición del lenguaje y la estructuración intersubjetiva. A medida que el niño crece, es preciso que las familias adopten criterios para un uso adecuado de la tecnología en relación con tiempos y contenidos.¹⁹ Si las familias deciden habilitar a sus hijos el acceso a pantallas, es importante no dejarlos solos, no presentar ambigüedad en las reglas del tiempo establecido según la conveniencia adulta y no esperar que no se frustren cuando se limite su uso, pues generan adherencia.

La disciplina sensible como parte de los procesos de regulación

¿Cómo establecer límites no violentos? Los adultos son quienes tienen que graduar los estímulos que los niños reciben y determinar con criterio lo que se puede hacer y lo que no es conveniente, lo cual se puede realizar sin utilizar violencia.

Algunos ejemplos de estrategias de disciplina sensible en primera infancia son:

- Anticipar los cambios: «En un ratito vamos a dejar de jugar para prepararnos para almorzar».

¹⁹ Se recomienda la lectura de *Pantallas en casa. Orientaciones para acompañar una navegación segura en internet. Guía para las familias* (Estefanell, 2023), publicado por Ceibal, ANEP y UNICEF, disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/informes/pantallas-en-casa>

- Dar al niño un rol activo en el cambio: «Podés ir guardando los juguetes y podés ayudarme a poner las servilletas en la mesa. Vos lo sabés hacer muy bien».
- Mostrarse comprensivo con las emociones que el niño experimenta, especialmente las negativas cuando no quiere dejar de jugar: «Sé que es difícil dejar de jugar, que te gusta mucho».
- Dar alternativas: «Ahora no podemos seguir jugando, pero podés...».
- Posponer: «Ahora no, pero después de comer sí».
- Dar cumplidos y elogiar cuando el niño hace algo en la dirección correcta.
- Decir las reglas y repetirlas muchas veces, los adultos sabemos lo que hay que hacer, pero los niños tienen que aprenderlo. Si se actúa en forma inconsistente, a veces permitiendo algo y otras veces no, el niño demorará mucho más en comprender qué es posible y qué no. Es preciso elegir las batallas, si se pone una regla que no se va a poder mantener se le dará al niño un mensaje ambiguo. Entenderá que solo se trata de insistir cuando hay un «no» para poder salirse con la suya.
- Darle el control al niño, que sea quien cuente hasta diez antes de cambiar de actividad, que elija el cuento antes de dormir (Juffer, Bakermans y Van Ijzendoorn, 2008).

Promover el aprendizaje de la regulación infantil implica entender lo que hay detrás de los diversos comportamientos. Los comportamientos disruptivos pueden vincularse a una hiperexcitación asociada al exceso de tecnología, situaciones de violencia, experiencias traumáticas, crisis o cambios en el entorno infantil. Especialmente cuando hay cambios en el comportamiento infantil, son un indicador de un malestar que se expresa corporalmente.

Identificar lo que le sucede al niño, poder ponerlo en palabras, es una contribución fundamental al desarrollo emocional.

Transmitir calma, dar opciones de actividades y espacios, ofrecer interacciones que contribuyan a la calma por parte del adulto, son acciones esenciales para la gestión de la emocionalidad, tanto individual como colectiva.

Los educadores, operadores profesionales de la salud, que apoyan a las familias en primera infancia pueden brindar un modelo interaccional directo para las familias, por lo cual es importante centrarse en una aproximación respetuosa al niño, con énfasis en sus esfuerzos, logros y recursos el uso de un lenguaje lúdico, positivo y cálido. (Chile Crece Contigo, 2012 p. 72)

Los niños que viven situaciones de violencia intrafamiliar suelen regresar los lunes a los centros socioeducativos, inquietos, alterados, con necesidad de juego y despliegue corporal. Las observaciones de educadores y maestros respecto al tono emocional de los niños son relevantes a la hora de planificar la jornada. Si las propuestas implican un ritmo muy diferente al que el niño necesita, no prosperan. Es importante idear actividades que acompañen el ritmo y lo puedan ir enlenteciendo.

En los centros de primera infancia «la pluridimensionalidad de la acción didáctica no es adquirir nuevos conocimientos, sino producir un desarrollo integral» (Zabalza, 2008, p. 67). La propia vida del niño, fuera y dentro del centro, sus sensaciones y sus emociones ofrecen numerosas oportunidades para la construcción de recursos personales, de acuerdo con el momento evolutivo, para equilibrar tensiones. Los niños traen permanentemente sus deseos, temores y aflicciones, y los expresan en su comportamiento, corporalmente, y luego verbalmente. Algunos de estos contenidos pueden requerir un apoyo especializado (abordaje psicológico), pero hay otros de más fácil decodificación y que se relacionan con el repertorio emocional que es importante experimentar y entender progresivamente.

Anita, de 2 años, que concurre a un centro desde los 9 meses, tiene un cambio abrupto de comportamiento. De ser una niña alegre y dócil,

ha pasado a pegar a otros niños cada vez que invaden su espacio o le sacan un juguete. La educadora, orienta su intervención a mostrar las consecuencias de sus acciones: «A Julia le duele, cuando le pegás queda triste». Anita se angustia... Transcurre la mañana y sigue atenta a Julia. A la hora de comer, le hace muecas hasta que Julia ríe. Anita suspira y le dice a la educadora: «Mirá, se ríe».

En la entrevista con la familia, surge que los padres se separaron, la madre y ella se fueron de la casa, todos sus juguetes y objetos conocidos quedaron allí, por eso su sensibilidad cuando le sacan los juguetes. La intervención de la educadora, la cual no pudo contextualizar el comportamiento por falta de información, aumentó el malestar de la niña, al sentir que había dañado a Julia. Si el adulto que acompaña no relaciona el cambio de comportamiento con la situación vital, se puede incidir en la autopercepción del niño o niña, en este caso como «una niña mala que daña». En lugar de ayudar a entender sus emociones se afecta la identidad.

Existen investigaciones que muestran el impacto negativo que pueden tener ciertas comunicaciones adulto-niño, que afectan el bienestar y la salud mental (Marrone, 2001, p. 88).

Entre ellas se destacan:

- **La invalidación de la petición infantil de apoyo y comprensión.**
Ejemplo: Una niña se asusta de una mosca y la madre le dice: «No seas boba, ¿qué te va a hacer una mosca?». Si esto es un patrón de comunicación, la niña va a inhibir la expresión emocional, así como su pedido de apoyo. Un niño en primera infancia está conociendo el mundo, lo que pueda asustarlo no tiene por qué estar en consonancia con un criterio racional.
- **Negación de la percepción infantil**, cuando las familias mienten al niño sobre algo que percibió y se le da otra explicación. *Ejemplo: «No discutimos, era la televisión».*
Los niños suelen creer a los adultos y terminan dudando o sintiéndose inseguros respecto a sus propias percepciones.

- **Comunicaciones culpógenas**, cuando se responsabiliza al niño del estado anímico o de salud del adulto. *Ejemplo:* «*Este chiquilín me va a enloquecer*», «*Si seguís así me vas a enfermar*». Estas verbalizaciones cargan al niño pequeño con una responsabilidad que no corresponde, generando presión y culpa.
- **Invalidación de la experiencia subjetiva infantil**. Es cuando se impide al niño expresar sus emociones, suele ocurrir con sentimientos penosos o de rabia. El primer paso del aprendizaje emocional es reconocer lo que se experimenta; después, regular qué se hace con eso es parte de la tarea educativa de los adultos.
- **Críticas improductivas**. Aprender a dar retroalimentaciones útiles a los niños es fundamental para el aprendizaje. Lamentablemente, ante ciertos comportamientos infantiles se establecen críticas que no dan pistas para mejorar el comportamiento y que impactan negativamente en la construcción de la identidad. *Ejemplo:* *Un niño corre jugando con un vaso en la mano, se tropieza y tira su contenido sobre la alfombra.* «*¡Qué atropellado!*», le dice su padre. Este comentario pone el problema en el niño, no da pautas para mejorar el comportamiento. Se puede manejar mejor estas situaciones al decir: «*Cuando se corre con un vaso, el líquido puede salirse*», «*Cuando vamos a tomar algo, primero nos detenemos, bebemos, luego dejamos el vaso y después se puede correr o jugar*».
- **Comparaciones desfavorables**. *Ejemplo:* «*¿Por qué no te comportás como tu hermana, que hace caso?*». Estas expresiones contribuyen a la idea de que hay niños mejores que otros y no permiten acompañar el desarrollo singular.

Por ello, es relevante:

- Aumentar la comprensión de los procesos de construcción intersubjetiva promotora de salud mental. Poner en valor las interacciones y los procesos que posibilitan que un niño esté disponible para el aprendizaje.
- Reconocer las reacciones infantiles vinculadas a experiencias traumáticas (en virtud del aumento de niños y niñas vinculados a situaciones altamente estresantes, como presenciar tiroteos, asesinatos u otro tipo de violencias), a efectos de poder gestionarlas de forma más efectiva, disminuyendo el desgaste que implica abordarlas sin tener referencias claras (Levine, 2017). Esto no implica sustituir los tratamientos médicos ni psicológicos, sino complementar la contención desde lo cotidiano.
- Identificar las propias emociones y sensaciones, relacionadas con la tarea, las sensaciones y emociones del propio educador. «Aquel que se ocupa de un niño pequeño siente agitándose en su interior al propio niño que fue o quiso ser» (Guerra, 2020, p. 32). El adulto modela al niño, lo introduce a la cultura, lo ayuda a regular sus emociones. El niño no puede regularse solo, se regulara junto al adulto.

5. Prevención y detección de situaciones de riesgo

5.1 El impacto de crecer en contextos violentos

Hoy gran parte de niños y niñas en América Latina se crían en contextos violentos, donde el grito, la discusión, la descalificación o las balaceras son frecuentes. Son contextos donde las necesidades infantiles no son consideradas o abrumar a los adultos, o simplemente donde los niños no encuentran quien los mire y esté disponible para captar sus señales y darles sentido. Estas vivencias son de arrasamiento (Janin, 2020), atentan no solo contra la capacidad de disfrute, sino también contra la propia construcción intersubjetiva y la capacidad de simbolizar. Por último, las experiencias calmantes frente a lo hostil y lo incomprendido pueden amortiguar y dar paso al surgimiento de la resiliencia.

La resiliencia es la «capacidad de los seres humanos, de afrontar las adversidades, superarlas y aún salir fortalecidos de ellas» (Melillo, 2007, p. 65). Este concepto surge a partir de una investigación longitudinal de 30 años sobre 700 niños nacidos en 1950 en condiciones de riesgo. Niños que estaban afectados en la primera infancia, al llegar a la adolescencia (28%) retomaron un desarrollo normal.

Los investigadores se preguntaron entonces qué factores habían posibilitado esa recuperación y cómo lograron salir adelante. Entre los aspectos más relevantes identificaron:

- A. Haber contado con un vínculo positivo y estable con alguien que, en los momentos difíciles, estuvo presente.
- B. Poder otorgar un sentido a las propias circunstancias, encontrarles un significado que hiciera posible continuar y proyectarse hacia el futuro.

Un niño agredido en la época preverbal, lo que debemos reparar para ayudar al niño, es el entorno. Pero cuando ya accedió a la palabra, también se debe incidir en la representación de lo que pasó, a través de una narrativa. (Cyrulnik, 2003, p. 168)

Niños y niñas para madurar necesitan de un tutor adulto. A veces, los que adolecen de falta de sostén sufren una suerte de «adultización» (toman un rol adulto, preocupaciones, tareas y lenguaje de una persona mayor). Esta es una pesada carga que tiene consecuencias en el bienestar emocional presente y futuro.

¿Qué necesita un niño o niña para desarrollar resiliencia?

- Personas confiables en su entorno inmediato, disponibles y empáticas.
- Que lo cuiden de peligros y problemas.
- Personas que en su accionar le muestren formas de proceder sanas.
- Que le reconozcan y confíen en sus posibilidades.
- Personas dispuestas a ayudarlo en sus aprendizajes y necesidades.

5.2 Reproducción de estereotipos de género o modelos de vinculación violentos aprendidos en el entorno familiar, medios de comunicación o comunidad

Una educadora relata: «Me preocupa que S. (niño), de 2 años, tiene una actitud controladora con L. (niña). Le pone la mano en la boca y no la deja hablar, la toma del cuello, no la deja jugar con otros niños. Sé que en su casa hay violencia». Bandura (1982), en su teoría del aprendizaje social, profundiza en cómo los niños aprenden observando la conducta de quienes les rodean o incluso a través de dibujos, películas y formas de actuar. Por ello es preciso tener en cuenta algunas recomendaciones:

- Recordar una y otra vez la edad, no son maltratadores en miniatura son niños en desarrollo, aprendiendo del entorno.
- Si nos limitamos a decir que no se pega, dejamos al niño en un dilema respecto a lo que vive en la cotidaneidad. Es mejor contextualizar: «Aquí, en el centro, en el jardín, elegimos no pegar, ya que asusta y causa daño».²⁰
- En el caso del ejemplo, hay que ayudar a la niña a que exprese su disconformidad y se sienta segura para no aceptar esa imposición.
- Es preciso reconocer la realidad que vive el niño, es una oportunidad para darle un sentido diferente a lo que vive. Hay algunos papás o mamás que necesitan ayuda para enseñar sin golpear a sus hijos, entonces es necesario que el equipo hable con ellos.

²⁰ Campaña No Creas (UNICEF), disponible en <https://www.unicef.org/uruguay/nocreas>

- Hay que distinguir distintos niveles de intervención: con el niño, con el grupo de niños, con las familias, con la comunidad. Importa tener en el accionar una intención educativa, pero también detectar señales de alerta de maltrato.

Niños y niñas que presencian violencia en su entorno familiar

Los niños que presencian la violencia entre adultos referentes de crianza sufren el mismo impacto que si la violencia se dirigiera a ellos (se sugiere ver al respecto la campaña de UNICEF No Creas), con algunas particularidades que es preciso considerar. Además de los impactos en las diferentes áreas (afectiva cognitiva, conductual, relacional), los niños pueden pasar de observar la situación a querer detenerla, con el consiguiente riesgo vital. Van asumiendo diferentes roles, que interfieren en su desarrollo normal. Entre ellos se pueden mencionar los siguientes, de acuerdo con la *Guía de intervención con menores víctimas de violencia de género*, del Instituto Canario de Igualdad (2012).

- **Rol de cuidador de los adultos y de otros niños de la casa:** Juan, de 2 años, le comenta a su educadora que está preocupado por su mamá, porque el papá no le dio plata para comprar leche, y por su hermana pequeña. En estos casos la intervención se orienta a situar al niño en actividades propias de su edad, creando espacios de juego y promoviendo la integración con pares. Más allá de las intervenciones en otros niveles, la educadora puede ayudarlo diciéndole que esa preocupación es mucho para un niño, que el equipo del centro van a tratar de ayudar a su mama, pero que aquí en el centro ella lo cuida y la educadora de su hermana también la cuidara, que aquí puede jugar. Con la madre es posible fortalecer el rol protector. Con otros padres, a nivel grupal, se puede contribuir a tomar conciencia de los impactos de presenciar violencia en el desarrollo infantil.

- **Rol confidente de la madre:** Se da cuando se trasladan al niño las preocupaciones adultas, como si fuera un amigo o amiga. Es necesario ayudar a mantener las diferencias generacionales y habilitar al niño a expresar las diferentes emociones, positivas y negativas, que las circunstancias generan.
- **Rol asistente del agresor:** Ocurre cuando el niño es utilizado para agreder y controlar a su madre, lo cual genera sentimientos de culpa y la adopción de modelos agresivos. En estos casos es importante que el niño se reconozca como víctima y empatice con el dolor de su madre.
- **Rol de niña o niño perfecto:** En estos casos el pequeño tiene la esperanza de que si hace todo correcto la violencia cesará. A modo de ejemplo, Julia consulta por un estado de agotamiento y tristeza, tiene un modelo muy autoexigente, le da pánico cometer errores, recuerda cuando era niña y siempre era una alumna ejemplar, estudiosa, creía que, si hacía todo bien, su papá que tenía un problema de uso abusivo de alcohol dejaría de enojarse.²¹

Sin desestimar la importancia indiscutible de otras intervenciones, es importante destacar «la función no docente del docente, tanto cuando la violencia emerge, como cuando se mantiene en niveles de conflicto que ofrecen margen para su atención precoz [...] la educación inicial comienza la educación para la vida no para la escuela» (Minnicelli, 2013, p. 43).

Hay un impacto indudable desde los vínculos cotidianos, que puede contribuir a la promoción de la salud mental y al proceso de reparación del daño.

²¹ Se recomienda leer *El impacto de la violencia de género en la infancia y la adolescencia: relatos de vida* (Rostagnol y Viera Cherro, 2023, disponible en https://bibliotecaunicef.uy/opac_css/doc_num.php?explnum_id=307), que aporta insumos para visualizar el impacto de la violencia de género en niños y niñas.

«La violencia en todas sus formas puede determinar distintos tipos de daño, físico, psíquico y social o mayoritariamente una conjunción de todos ellos» (SIPIAV, 2019, p. 8). El proceso de reparación del daño requiere intervenciones de equipos especializados y apoyos desde la cotidianeidad que implican:

- Un adulto disponible que ofrezca una escucha activa al niño y que conozca las reacciones esperadas, para no catalogarlas de indisciplina.
- Brindar un entorno predecible, anticipando planes de actividades y cambios de escenarios o personas. Explicitar reglas claras y, aunque sea una obviedad, decirle al niño que en la institución no será golpeado o amenazado.
- Ser cuidadoso en el contacto corporal, pidiendo permiso para cualquier acción que deba realizarse sobre el cuerpo del niño. No presionar para la participación en actividades lúdicas expresivas, respetar tiempos, habilitar instancias de disfrute (Perry, 2014).

5.3 Guías y evaluaciones utilizadas en Uruguay para la detección, la valoración y la intervención en situaciones de violencia hacia la primera infancia

En 2007 fue creado el SIPIAV, en el que participan diversos organismos con la coordinación del INAU. En su sitio web²² figuran las guías de detección de las diversas instituciones, así como documentos que permiten ahondar en la temática y determinar los alcances del accionar de cada institución.

²² <https://inau.gub.uy/sipav>

Los niños y niñas que sufren violencia en la primera infancia pueden mostrar indicadores que se agrupan en dos polos: reactivo, que refiere al «conjunto de manifestaciones corporales exacerbadas que llaman la atención de la persona adulta y el entorno» (SIPIAV, 2018, p. 10), como tensión muscular, estado de alerta, resistencia a ser tomado en brazos, evitar la mirada por temor, irritabilidad, y restrictivo, que refiere a los niños que pasan desapercibidos, con escasa expresividad o mirada perdida. En ambos casos la energía está puesta en la supervivencia en un mundo que siente como peligroso (por sus experiencias familiares), por lo cual hay escasez de actividades exploratorias, juego y aprendizaje.

Si bien estos indicadores son inespecíficos, es necesario considerar la posibilidad de que el niño viva en un entorno violento.

Llamé a la madre de J., de 6 años, porque estaba irritable y tenía conflictos con otros niños. Al otro día vino peor, después supe que la familia la castigaba físicamente. [...]. Me arrepentí tanto de haber tenido esa entrevista, en esos términos. Siento que solo agravé el problema de la niña. (Relato de una maestra en su primer año de práctica)

Las situaciones de violencia dentro de las familias tienen diferentes grados de riesgo que el modelo de atención del SIPIAV detalla (SIPIAV, 2020). En las situaciones que implican riesgo bajo se puede hacer mucho para prevenir situaciones de violencia, si se abordan con las familias los siguientes aspectos:

- El impacto desfavorable de las prácticas punitivas y violentas.
- Las expectativas desajustadas sobre los hijos que no corresponden al momento evolutivo.

Además, es importante la detección de adultos protectores, para lo cual resulta útil conocer a más de un miembro de la familia y observar el comportamiento infantil en presencia de los diferentes adultos.

5.4 Factores de riesgo y factores de protección: proceso de reparación del daño, contribuciones posibles desde la cotidianidad

El propósito de esta publicación es incidir lo más tempranamente posible en aquellas condiciones que constituyen factores de riesgo y favorecer los factores de protección.

Se entienden como factores de riesgo «todas las condiciones existenciales de un niño o de su entorno que comportan un riesgo de enfermedad mental superior al que se observa en la población general tal como surgen de los estudios epidemiológicos» (Loudet, 2000, p. 17). Es decir, el factor de riesgo responde a un criterio estadístico que da cuenta de mayor probabilidad. Es importante saber que «el riesgo es acumulativo» (Loudet, 2007, p. 18) y lo más relevante, por tanto, es el número de factores a los que está expuesto un niño. Es preciso tener en cuenta diferentes **dimensiones donde los riesgos se manifiestan:**

- Individual: temperamento, vulnerabilidad biológica, funciones neurocognitivas, salud física.
- Vincular: padres que aplican disciplinas demasiado estrictas, tienen expectativas poco realistas, con patología o enfermedad física grave.
- Familiar: familias numerosas, conflictos conyugales, hogar monoparental.
- Social: estresores vinculados a dificultades económicas, condiciones inadecuadas de vida, aislamiento desempleo (Di Bártolo, 2018).
- Institucional: también pueden cometerse iatrogenias.²³ «Quienes transitamos por espacios habitados por niño, bien sabemos

²³ Efectos adversos o daños causados involuntariamente por una intervención médica, psicológica o social, que en lugar de mejorar la situación la agravan o generan nuevos problemas.

que muchos de ellos son investidos de maldad, aún antes de preguntarles su nombre» (Minicelli, 2013, p. 17), por pertenecer a ciertas familias, barrios, por tener cierto aspecto físico o de higiene o un comportamiento hostil que no es significado de acuerdo con sus circunstancias.

Los factores de protección son todos aquellos factores que, según estadísticas, promueven la salud mental. Cobran más relevancia cuando hay varios factores de riesgo. Adultos sensibles en la cotidianeidad de un niño, que confíen en sus posibilidades y le brinden oportunidades para explorar y aprender otras formas de interactuar pueden hacer la diferencia en el desarrollo.

6. Autocuidado y cuidado mutuo de los equipos

El trabajo con niños en primera infancia y sus familias inevitablemente nos recuerda el niño que fuimos. Las angustias que experimentan los niños las transmiten en la dimensión corporal, a través del contacto tóxico emocional, por lo cual el educador u operador sensible va a sentir en su propia corporalidad el impacto. Si además el trabajo se desarrolla en un contexto de múltiples vulnerabilidades y violencias el desafío a la gestión de la propia emocionalidad es aún mayor. Las personas que han tenido repetidamente frustraciones en su vida presentan desánimo y desesperanza en el futuro, son probablemente más frágiles respecto a la salud en general y la salud mental en particular y pueden tener interacciones conflictivas.

Mantener una perspectiva equilibrada, sin establecer alianzas inhabilitantes, es una tarea ardua. Se puede correr el riesgo de sintonizar tanto con la familia, que se minimicen factores de riesgo, o sintonizar tanto con el niño, que se tomen medidas precipitadas respecto a la desvinculación familiar.

Por ello el autocuidado y el cuidado mutuo son fundamentales para todos los que trabajan en primera infancia. «El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas que realiza una persona, una familia o un equipo para cuidar su salud» (Tolón, 2003, citado en Mideplan, 2009, p. 9).

6.1 Estrategias individuales

Las estrategias individuales abarcan todos los comportamientos que desarrollan las personas para su propio cuidado en diferentes dimensiones.

Dimensiones del autocuidado:

- **Conductas basales:** Alimentación saludable, descanso adecuado, actividad física regular.
- **Gestión emocional:** Las emociones contribuyen a la adaptación del ser humano proporcionando información que es preciso escuchar para corregir el rumbo de la vida. Ello implica la importancia de que cada persona aprenda a detectar cómo se siente. Un paso más es poder relacionar ese sentir con las circunstancias y el tercer paso es buscar soluciones si hay malestar.
- **Procesamiento cognitivo de los hechos:** Muchas veces no son los acontecimientos en sí mismos los que generan mayor angustia o ansiedad, sino la forma en que los interpretamos o pensamos sobre ellos.
- **Aspectos cognitivos y sociales:** Se relacionan con cultivar intereses e interacciones que contribuyan al bienestar general de la persona.
- **Pedir ayuda o buscar tratamiento cuando los recursos personales se ven superados.**

El desgaste o síndrome de *burnout* se caracteriza por cinco grupos de síntomas (Baita, 2015, p. 274):

- Físicos (fatiga, problemas de sueño, dolores de cabeza, alteraciones gastrointestinales, resfriados).

- Emocionales (irritabilidad, ansiedad, depresión, culpa, sentimiento de impotencia).
- Conductuales (agresión, cinismo, abuso de sustancias, pesimismo, actitud de estar a la defensiva, crueldad).
- Interpersonales (dificultades en la comunicación y para centrarse en las tareas, distanciamiento de compañeros de trabajo o de las personas que se debe atender, deshumanización).
- Laborales (pobre rendimiento laboral, ausentismos, renuncias).

6.2 Estrategias colectivas

Como se señaló, el trabajo en primera infancia, especialmente en contextos vulnerables o violentos, genera situaciones de estrés. Estas repercuten en la activación de todo el organismo, que se prepara para la lucha o la huida, y pueden generar miedo. Cuando no se logra desactivar este estado, por recordar el hecho o anticipar nuevos eventos, entonces se experimenta ansiedad. «La ansiedad es una respuesta adaptativa a una situación que entraña incertidumbre» (Ungo *et al.*, 2019, p. 25).

Es clave recordar que somos seres integrales y que sensaciones, emociones y pensamientos están interconectados.

Cuando el cuerpo se relaja, invitamos a nuestra mente a serenarse, cuando nos hablamos amablemente frente a una dificultad, modulamos la ansiedad en el cuerpo, cuando sabemos cuidar de una emoción afflictiva integramos todos los procesamientos de modo virtuoso. (Ungo *et al.*, 2019, p. 29)

Incorporar de manera diaria rutinas de ejercicios de relajación y estimulación del nervio vago (algunos solo llevan pocos minutos) puede contribuir al bienestar del equipo y disminuir los niveles de alerta.

Es relevante que los equipos estén atentos a las condiciones que favorecen el trabajo en conjunto: objetivos claros, roles definidos, modelos acordados de toma de decisiones, flexibilidad, comunicaciones saludables. Cuando hay diferencias de visión, es importante escuchar, preguntar y entender el punto de vista de la otra persona antes de intentar rebatir. También es relevante evitar las polaridades y centrar las discordancias en hechos, no en personas (Robbins, 2008).

Es interesante tomar conciencia desde qué marco se plantean las situaciones problema.

Dos enfoques frente a una misma situación²⁴

MARCO OBJETIVO	MARCO PROBLEMA
¿Qué es lo que quieres?	¿Qué es lo que está mal?
¿Cómo puedes conseguirlo?	¿Qué lo causó?
¿Cuáles son los recursos disponibles?	¿Quién es el responsable?

Espacios de vaciamiento y descompresión

Es fundamental generar espacios dentro de la institución cuando acontecen situaciones que desbordan, tales como: «la muerte de un niño que concurre a un centro, por negligencia, escuchar un relato espontáneo de abuso sexual, o recibir amenazas de parte de la familia» (ANEP, 2024, p. 12).

Esos espacios tienen la intención de posibilitar la descarga de angustia, poder expresarla en el propio ámbito laboral y no contaminar áreas personales (contexto familiar y de amigos), evitando así la recarga en los apoyos de la persona. Son diferentes de los espacios de covisión, donde se reflexiona sobre lo acontecido, la forma de proceder y los resultados obtenidos, que también tienen un efecto de cuidado mutuo.

²⁴ Tomado de Dilts (2003, pp. 58-59).

6.3 Prácticas reflexivas y generación de conocimientos

La reflexividad es una condición necesaria para lograr la descentración emocional, «sentir sin quedar invadido», poder comprender las verdaderas raíces de ciertos malestares.

Pensar en equipo favorece el desarrollo de la flexibilidad cognitiva, ampliando las perspectivas sobre una misma situación. Ayuda a no tomarse como personal ciertas dificultades en la tarea de acompañar niños y familias.

A modo de ejemplo, un equipo de un centro de primera infancia se siente desgastado por la falta de respeto de una mujer joven cuyos hijos participan en la propuesta socioeducativa. La joven que había transcurrido su vida institucionalizada en el INAU temía que la trabajadora social le sacara sus hijos y se defendía como había aprendido en su vida, peleando, «si me sacás los niños te voy a matar».

Sin duda, los gritos de la mujer generaban impacto en el equipo, pero considerarlo «falta de respeto» era volver insostenible la situación. A pesar de que, desde el discurso, podían entender cómo se sentía la mujer en la práctica, la teoría de la falta de respeto primaba, generando enojo y apelando a que otras personas pudieran limitar la situación.

Las personas construyen mapas mentales «respecto a cómo actuar en situaciones particulares, lo cual determina la manera en que ellos planifican, aplican y revisan sus acciones» (Anijovich, 2014, p. 47). Estas teorías en uso suelen tener más fuerza que las teorías explícitas a las que las personas apelan cuando se les pregunta por los fundamentos de su práctica. «La clave de la práctica reflexiva es revelar esas teorías en uso» y generar cambios que permitan reestructurar esquemas previos y abrir nuevas interpretaciones (Anijovich, 2014, p. 48).

La práctica reflexiva, que implica una continuidad, acuerdo sobre dispositivos de registro, sistematización y generación de conocimiento, es diferente de la reflexión esporádica. Tiene por finalidad reorientar la

acción y generar nuevos conocimientos. Los dispositivos pueden ser variados, por ejemplo, ciertas rutinas de pensamiento, como el dispositivo SER (Seguir haciendo, Empezar a hacer y Revisar), que consiste en preguntarse: ¿Qué creemos que debemos seguir haciendo? ¿Qué tenemos que empezar hacer? ¿Qué de lo que hacemos deberíamos revisar? Realizado con cierta frecuencia instala una forma de pensar las situaciones y promueve el crecimiento grupal. Resguardar estos espacios de intercambio es protector para los equipos.

Referencias bibliográficas

- Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) (2024). *Mapa de ruta ante situaciones de violencia a niños, niñas y adolescentes en Educación Inicial y Primaria*. Montevideo: ANEP. <https://www.anep.edu.uy/sites/default/files/images/Archivos/publicaciones-direcciones/convivencia-protocolos-mapas-ruta/Protocolos/Mapa%20de%20ruta%202024%20Primaria%20.pdf>
- Administración Nacional de Educación Pública (ANEP) y Ministerio de Salud Pública (MSP) (2023). *Hoja de ruta de intervención temprana en desarrollo infantil: Implementación a partir del inventario de Desarrollo Infantil (indi)*. Montevideo: ANEP-MSP. <https://www.anep.edu.uy/hoja-de-ruta-de-intervencion-temprana-en-desarrollo-infantil>
- Ainsworth, M. D. S.; Blehar, M. C.; Waters, E., y Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Nueva York: Psychology Press Classic Editions.
- Anijovich, R. (2014). *Transitar la formación pedagógica. Dispositivos y estrategias*. Buenos Aires: Paidós.
- Armus, M.; Duhalde, C.; Oliver, M., y Woscoboinik, N. (2012). *Desarrollo emocional. Claves para la primera infancia*. Buenos Aires: UNICEF.
- Baita, S. (2015). *Abuso sexual infantil*. Montevideo: Centro de Estudios Judiciales del Uruguay - Fiscalía General de la Nación - UNICEF.
- Bandura, A. (1982). *Teoría del aprendizaje social*. Madrid: Espasa-Calpe
- Barudy, J. (2009). *El dolor invisible de la infancia: una lectura ecosistémica del maltrato infantil*. Barcelona: Gedisa.
- Barudy, J., y Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser madre o padre*. Barcelona: Gedisa.
- Bauman, Z. (2010). *Mundo consumo*. Madrid: Paidós.

- Bordin, C. (1997). *La muerte y el morir en pediatría*. Buenos Aires: Lumen.
- Calmels, D. (2009). *Infancias del cuerpo*. Buenos Aires: Puerto Creativo.
- Cerruti, S. (2008). La educación sexual en el sistema educativo público hoy. Concepto-filosofía-objetivos. En Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), *Educación sexual: su incorporación al sistema educativo* (pp. 51-66). Montevideo: ANEP.
- Chile Crece Contigo (2012). *Orientaciones técnicas para las modalidades de apoyo al desarrollo infantil*. Santiago de Chile: Chile Crece Contigo.
- Cid Egea, L. (2011). *Explícame qué ha pasado. Guía para ayudar a los adultos a hablar de la muerte y el duelo con los niños*. Madrid: Fundación Mario Losantos del Campo. [https://www.psie.cop.es/uploads/GuiaDueloFMLC\[1\].pdf](https://www.psie.cop.es/uploads/GuiaDueloFMLC[1].pdf)
- Comité Nacional para la Erradicación de la Explotación Sexual Comercial y No Comercial de la Niñez y la Adolescencia (CONAPEES) (2024). *Guía de acción interinstitucional para el abordaje de situaciones de explotación sexual de niños, niñas y adolescentes*. Montevideo: CONAPEES. https://www.anep.edu.uy/sites/default/files/images/Archivos/publicaciones-direcciones/convivencia-protocolos-mapas-ruta/Protocolos/314_guia_abordaje_Explotacion_sexual.pdf
- Consejo Coordinador de Educación en la Primera Infancia (CCEPI). (2023). *Informe de evaluación de la calidad de la educación en la primera infancia (iec 2023)*. Montevideo: MEC-ANEP-INAU. <https://www.gub.uy/ministerio-educacion-cultura/sites/ministerio-educacion-cultura/files/documentos/publicaciones/IEC%202023%20-%20Consejo%20Coordinador%20de%20Educacion%20en%20la%20Primera%20Infancia.pdf>
- Consejo Coordinador de la Educación en la Primera Infancia (CCEPI). (2020). Marco conceptual para la implementación de buenas prácticas de alimentación y nutrición de niños y niñas desde el nacimiento a los 6 años: Recomendaciones para centros de educación infantil, centros de cuidados y programas de proximidad. Montevideo: Consejo Coordinador de la Educación en la Primera Infancia. <https://www.gub.uy/ministerio-educacion-cultura/comunicacion/publicaciones/buenas-practicas-alimentacion-nutricion-ninos-ninas-desde-nacimiento-6>

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Corbo, G.; Defey, D., y D'Oliveira, N. (2011). *De-presiones maternas. Depresión materna en el primer año postparto: un tema oculto*. Montevideo: Proyecto Desarrolla, PNUD.
- Cyrulnik, B. (2003). *El murmullo de los fantasmas*. México, DF: Gedisa.
- Decaro, J. (2000). *La cara humana de la negociación*. Bogotá: McGraw Hill Interamericana.
- Dehaene, S. (2019). *¿Cómo aprendemos?* Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores.
- Di Bártolo, I. (2018). *El apego. Cómo nuestros vínculos nos hacen quienes somos*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Díaz, A. (2004). *La medicina desalmada. Aportes a una polémica actual*. Montevideo: Trilce.
- Dilts, R. (2016). *pnl ii. La siguiente generación*. Barcelona: El Grano de Mostaza.
- Dilts, R. (2003). *El poder de la palabra*. Barcelona: Urano.
- Estefanell, L. (2023). *Pantallas en casa. Orientaciones para acompañar una navegación segura en internet. Guía para las familias*. Montevideo: Ceibal-ANEP-UNICEF.
- Failache, E. (2023). *Análisis de datos del desarrollo infantil en Uruguay. El aporte de las metas asistenciales del Sistema Nacional Integrado de Salud*. Montevideo: Ministerio de Salud Pública - UNICEF.
- Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y Ministerio de Desarrollo Social (MIDES) (2015). *Uruguay. Encuesta de Indicadores Múltiples por Conglomerados 2013*. Montevideo: UNICEF-MIDES.
- Fromm, E. (1985). *El corazón del hombre: su potencia para el bien y para el mal*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Gawande, A. (2021). *Ser mortal. La medicina y lo que importa al final*. Barcelona: Debate.
- Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the social situation of mental patients and other inmates*. Garden City, Nueva York: Anchor Books-Doubleday.
- González, M. (2015). *La colaboración entre familias y escuelas*. Montevideo: Grupo Magro Editores.
- Guerra, V. (2020). *Vida psíquica del bebe. La parentalidad y los procesos de subjetivación*. Montevideo: Asociación Psicoanalítica del Uruguay - Instituto Universitario de Postgrado en Psicoanálisis.

- Han, B.-Ch. (2022). *No cosas. Quiebres del mundo de hoy*. Buenos Aires: Taurus.
- Instituto Canario de Igualdad (2012). *Guía de intervención con menores víctimas de violencia de género*. Tenerife: Instituto Canario de Igualdad.
- Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU) (2024). INAU en cifras 2024. Montevideo: INAU. https://www.inau.gub.uy/media/cifras/inau-en-cifras-documento_2024.html
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2025). *Encuesta de Nutrición, Desarrollo Infantil y Nutrición endis 2023. Principales hallazgos*. Montevideo: INE-MIDES-MSP.
- Janin, B. (2020). *El sufrimiento psíquico de los niños*. Buenos Aires: Noveduc.
- Juffer, F.; Bakermans, M., y Van IJzendoorn, M. H. (2008). *Manual de video intervención para la promoción de cuidado y la disciplina sensible*. Leiden: Centre for Child and Family Studies - Universidad de Leiden.
- Katzman, R., y Filgueira, F. (2001). *Panorama de la infancia y la familia en Uruguay*. Montevideo: Universidad Católica del Uruguay.
- Lecannelier, F. (2014). *Aapego e intersubjetividad*. Santiago de Chile: LOM Ediciones.
- Lecannelier, F. (2012). Programas de prevención en el fomento de la seguridad del apego en contextos vitales del niño: la experiencia chilena. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, 20, 19-27.
- Lee, A. (2020). *Política afectiva. Apuntes para pensar la vida comunitaria*. Paraná: Fundación La Hendija.
- Levin, E. (2014). *Pinochos, marionetas o niños de verdad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Levin, E. (2006). *¿Hacia una Infancia virtual? La imagen corporal sin cuerpo*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Levín, S. (2022). *Volver a pensarnos. Salud mental, política y pospandemia*. Buenos Aires: Ediciones Futurock.
- Levine, P. (2017). *Tus hijos a prueba de traumas*. Barcelona: Eleftheria.
- Loudet, M. C. (2000). *Factores de riesgo en salud mental infantil*. Buenos Aires: Paidós.
- Luna, M. (2015). *Cuidado de niños pequeños. Modelo para la prevención del abandono y la institucionalización*. Buenos Aires: Red Latinoamericana de Acogimiento Familiar - UNICEF.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Marrone, M. (2015). *Sexualidad: la tuya, la mía y la de los demás*. Madrid: Psimática.
- Marrone, M (2001). *La teoría del apego: un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- May, R. (1998). *La necesidad del mito: y cómo cambiará el mundo*. Barcelona: Paidós.
- Meresman, S., y Mercer, R. (2017). *Inclusión temprana. Discapacidad, diversidad y accesibilidad para cursar la vida*. Montevideo: Uruguay Crece Contigo - PRONADIS - MIDES. <https://guiaderecursos.mides.gub.uy/innovaportal/file/82662/1/librillo-web.pdf>
- Melillo, A. (2007). Resiliencia: subjetividad e intersubjetividad. En Bauer, M.; González, E.; Sassón, E., Weigensberg, A.; Corti, A., y Altmann, M. (comps.), *Resiliencia y vida cotidiana: Atención temprana a la infancia* (pp. 57-78). Montevideo: Psicolibros Waslala.
- Miller, D. (2013). *Las huellas del afecto*. Montevideo: Grupo Magro Editores.
- Ministerio de Desarrollo Social (s. f.). *Guía para el buen comienzo. Consejos para una maternidad y paternidad saludable*. Montevideo: MIDES.
- Ministerio de Planificación y Cooperación (Mideplan) (2009). *Guía para la reflexividad y el autocuidado*. Santiago de Chile: Mideplan.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2023). *osn 2030. Objetivos Sanitarios Nacionales 2030*. Montevideo: MSP.
- Ministerio de Salud Pública (MSP) (2018). *Protocolo para el abordaje de situaciones de violencia sexual hacia niñas, niños y adolescentes en el marco del snis*. Montevideo: MSP. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Protocolo%20de%20violencia_web.pdf
- Ministerio de Salud Pública (MSP) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2025). *Guía para el abordaje de aspectos emocionales, conductuales, cognitivos y sociales para el desarrollo integral en la niñez*. Montevideo: MSP-UNICEF. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Abordaje%20aspectos%20emocionales%20desarrollo%20ninez.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (MSP) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2019). *Guía nacional para la vigilancia del desarrollo del niño y de la niña menores de 5 años*. Montevideo: MSP-UNICEF.

- Minnicelli, M. (2013). *Ceremonias mínimas. Una apuesta a la educación en la era del consumo*. Rosario: Homo Sapiens.
- Morin, E. (2000). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro*. París: UNESCO.
- Morin, E. (1990). *Introducción al pensamiento complejo*. Barcelona: Gedisa.
- Naciones Unidas, Asamblea General (1989). *Convención sobre los Derechos del Niño*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Olaya, M.; Cárdenas, M. E.; Álamo, N., y Tesch, L. (2023). Las emociones en el proceso de crianza en contexto de migración internacional. *Si Somos Americanos*, 23. <http://dx.doi.org/10.4067/s0719-09482023000100207>
- Opción Consultores (2022). *Encuesta de opinión pública sobre los impactos de la pandemia covid-19 en Uruguay*. Montevideo: Naciones Unidas Uruguay.
- Organización de las Naciones Unidas para la Alimentación y la Agricultura (FAO), Fondo Internacional de Desarrollo Agrícola (FIDA), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Programa Mundial de Alimentos (PMA) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2023). *Panorama regional de la seguridad alimentaria y nutricional - América Latina y el Caribe 2022: hacia una mejor asequibilidad de las dietas saludables*. Santiago de Chile: FAO-FIDA-OPS-PMA-UNICEF. <https://doi.org/10.4060/cc3859es>
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (1986). *Carta de Ottawa*. Ottawa: OMS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS), Oficina del Representante Especial del Secretario General sobre la Violencia contra los Niños y UNICEF (2021). *Apoyo universal a la crianza de los hijos para prevenir el abuso y la negligencia: Llamamientos de políticas para los gobiernos nacionales*. OMS - Oficina del Representante Especial del Secretario General sobre la Violencia contra los Niños - UNICEF. <https://www.unicef.org/media/111296/file/Universal-parenting-policy-note-ES.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2022). *Entornos limpios, seguros y protegidos para apoyar el desarrollo en la primera infancia*. Washington, DC: OPS. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/55939>
- Ortiz, J. A., y Nieto Silva, C. J. (2012). *El modelo bioecológico en la comprensión del desarrollo humano temprano*. Rio Grande do Sul: Centro de Estudios Psicológicos CEP-Rua.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Pangrazzi, A. (2005). *El duelo: crecer en la pérdida*. Madrid: PPC.
- Perry, B. (2014). *El costo de cuidar. El estrés traumático secundario y el impacto del trabajo con niños de alto riesgo y familias* [en línea]. The Child Trauma Academy. https://childtrauma.org/wp-content/uploads/2014/05/Cost_of_Caring_Secondary_Traumatic_Stress_Spanisch_Perry.pdf
- Robbins, H. (2008). ¿Por qué fallan los equipos? Buenos Aires: Granica.
- Rosa, H. (2019). *Remedio a la aceleración*. Barcelona: NED ediciones.
- Rostagnol, S., y Viera Cherro, M. (coords.) (2023). *El impacto de la violencia de género en la infancia y la adolescencia: relatos de vida*. Montevideo: UNICEF-CSIC, Udelar.
- Russell, C. (2023, 20 de noviembre). *Children live in a world that is increasingly hostile to their rights* [Declaración de prensa]. UNICEF. <https://www.unicef.org/press-releases/children-live-world-increasingly-hostile-their-rights>
- Salinas-Quiroz, F., Posada, G., Moreno, M. y Pérez, L. (2015). Sensibilidad materna: evaluación a través del método Maternal Behavior Q-Sort (MBQS). *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 849-864. <https://doi.org/10.11600/1692715x.13236110214>
- Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) (2024). *Informe de gestión 2024*. Montevideo: SIPIAV.
- Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) (2020). Modelo de atención del SIPIAV. Montevideo: SIPIAV. <https://www.inau.gub.uy/images/pdfs/b5.pdf>
- Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) (2019). *Proceso de reparación de daño*. Montevideo: SIPIAV.
- Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV) (2018). *Guía para la atención de niñas y niños de 0 a 3 años en situación de violencia*. Montevideo: SIPIAV.
- Sistema Integral de Protección a la Infancia y la Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV), Ministerio de Salud Pública (MSP), Ministerio de Desarrollo Social (MIDES), Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), Administración Nacional de Educación Pública (ANEP), Ministerio del Interior (MI), Fiscalía General de la Nación (FGN), Ministerio de Educación y Cultura (MEC), Organización Panamericana de la Salud (OPS), Fondo de Población de las

- Naciones Unidas (UNFPA) y Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) (2022). *Ruta para la atención de niñas y adolescentes menores de 15 años en situación de posible embarazo (pea15)*. Montevideo: SIPIAV-MSP-MIDES-INAU-ANEP-MI-FGN-MEC-OPS-UNFPA-UNICEF. <https://www.gub.uy/sites/gubuy/files/documentos/publicaciones/PEA15-%20flujo%20grama%20atencio%CC%81n.pdf>
- Slaikeu, K. (2000). *Intervención en crisis. Manual para práctica e investigación*. México, DF: Manual Moderno.
- Spinelli, H. (2016). *Redes de cuidado en salud: el territorio como espacio de vida y de producción social de salud*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Ungo, M.; Cabrera, C., y Brandino, P. (2019). *Mindfulness. Sanar tu ansiedad. Una guía basada en la atención plena, autocompasión y experiencia somática*. Montevideo: Sudamericana.
- Uruguay, Poder Legislativo (2017a). Ley n.º 19.529: Ley de Salud Mental. *Registro Nacional de Leyes y Decretos*, 19 de setiembre. <https://www impo com uy/bases/leyes/19529-2017>
- Uruguay, Poder Legislativo (2017b). Ley n.º 19.580: Violencia Basada en Género Hacia las Mujeres. *Registro Nacional de Leyes y Decretos*, 9 de enero [2018]. <https://www impo com uy/bases/leyes/19580-2017>
- Uruguay, Poder Legislativo (2015). Ley n.º 19.353: Creación del Sistema Nacional Integrado de Cuidados (SNIC). *Registro Nacional de Leyes y Decretos*, 8 de diciembre. <https://www impo com uy/bases/leyes/19353-2015>
- Uruguay, Poder Legislativo (2008). Ley n.º 18.437: Ley General de Educación. *Registro Nacional de Leyes y Decretos*, 16 de enero [2009]. <https://www impo com uy/bases/leyes/18437-2008>
- Uruguay, Poder Legislativo (1990). Ley n.º 16.137: Aprobación de la Convención sobre los Derechos del Niño. *Registro Nacional de Leyes y Decretos*, 9 de noviembre. <https://www impo com uy/bases/leyes/16137-1990>
- Vigna, A. (2022). *Maternidad, cárceles y medidas alternativas a la privación de libertad* [consultoría]. Montevideo: Comisionado Parlamentario, Naciones Unidas Uruguay y Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas y Derechos Humanos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Winnicott, D. W. (1993[1958]). La preocupación maternal primaria. En *Escritos de pediatría y psicoanálisis* (pp. 299-310). Buenos Aires: Paidós.
- Zabalza, M. (2008). *Didáctica en la educación infantil*. Madrid: Narcea.

