

VULNERABILIDAD SOCIAL, FALTA DE SOSTÉN FAMILIAR:

RESILIENCIA COMO UNA CAPACIDAD A PROMOVER
EN INTERVENCIONES CON NIÑOS Y ADOLESCENTES
EN UN PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

Leonela Avondet

CI. 4.473.186-5

TRABAJO FINAL DE GRADO

TUTORA: Prof. Adj. Silvana Contino | REVISORA: Prof. Adj. Alejandra Arias

Febrero 2016, Montevideo

ÍNDICE

RESUMEN	Pág. 3
INTRODUCCIÓN	Pág. 4
OBJETIVOS	Pág. 6
LÍNEAS DE ANÁLISIS	Pág. 7
ARTICULACIÓN CONCEPTUAL	Pág. 8
1. Experiencias Tempranas	Pág. 8
<i>1.1. Desarrollo emocional</i>	Pág. 8
<i>1.2. Regulación afectiva</i>	Pág. 9
<i>1.3. Teoría del Apego</i>	Pág. 10
<i>1.3.1. Pautas de apego</i>	Pág. 10
2. Desarrollo del niño	Pág. 12
3. Adolescencia: una etapa de cambios	Pág. 14
4. Familias multiproblemáticas y Vulnerabilidad social	Pág. 15
<i>4.1. Exclusión y Vulnerabilidad social</i>	Pág. 16
5. Efectos en la salud de niños y adolescentes en contexto de vulnerabilidad social	Pág. 17
<i>5.1. Incompetencias parentales</i>	Pág. 18
<i>5.2. Disregulación afectiva</i>	Pág. 19
<i>5.3. Manifestaciones del apego inseguro</i>	Pág. 19
<i>5.4. Viñeta clínica: Juan 6 años</i>	Pág. 21
<i>5.5. Viñeta clínica: Cinthia 18 años</i>	Pág. 23

6. Promoción de Resiliencia como Promoción de la Salud	Pág. 25
6.1. <i>Promoción de la salud</i>	Pág. 25
6.2. <i>Resiliencia</i>	Pág. 25
6.2.1. <i>Perfil resiliente</i>	Pág. 26
6.2.2. <i>Promoción de la resiliencia</i>	Pág. 27
6.3. <i>Viñeta clínica: Maximiliano 15 años</i>	Pág. 28
7. Intervenciones desde un Primer Nivel de Atención	Pág. 29
7.1. <i>Consideraciones generales</i>	Pág. 29
7.2. <i>Intervenciones con niños</i>	Pág. 31
7.3. <i>Intervenciones con adolescentes</i>	Pág. 33
CONCLUSIONES	Pág. 35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	Pág. 41
ANEXOS	Pág. 45

RESUMEN

A partir de la capitalización de la experiencia clínica en un Primer Nivel de Atención, en el marco del Programa de Residencias y Practicantado de la Facultad de Psicología, Universidad de la República en convenio con la Administración de los Servicios de Salud del Estado, se reflexiona y articula sobre determinados conceptos teóricos necesarios para intervenciones con niños y adolescentes en condiciones de vulnerabilidad social.

Se incluyen aportes respecto a las características de experiencias tempranas, desarrollo infantil y adolescencia que resultan necesarios conocer al trabajar con esta población. Asimismo, la utilización de viñetas clínicas y entrevistas a informantes calificados permiten ilustrar problemáticas familiares vinculadas a este contexto, especialmente la falta de sostén familiar.

La presente articulación constituye una aproximación acerca de los efectos en la salud y modalidades de intervención desde un enfoque de promoción de la salud, considerando de gran valor la resiliencia.

Palabras claves: niños - adolescentes - vulnerabilidad social – resiliencia

INTRODUCCIÓN

A través del Programa de Residencias y Practicantado de la Facultad de Psicología, Universidad de la República en convenio con la Administración de los Servicios de Salud del Estado (ASSE), surge la posibilidad para estudiantes avanzados de realizar una práctica en un servicio de salud. Durante el período de setiembre 2014 a agosto 2015 tuve la oportunidad de insertarme como Practicante Interno de Psicología en el Centro de Salud Ciudad Vieja, RAP- ASSE, y es a partir de dicha experiencia que pretendo dar cuenta de una reflexión conceptual en el marco del Trabajo Final de Grado correspondiente a dicha Facultad.

El Centro de Salud, de acuerdo a la normativa del Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), corresponde al Primer Nivel de Atención el cual refiere a un conjunto de actividades dirigidas a la persona, la familia, la comunidad y el medio ambiente, tendientes a satisfacer las necesidades básicas de salud y a mejorar la calidad de vida; desarrolladas con la participación del núcleo humano involucrado y en contacto directo con su hábitat natural y social (Ley 18.211, Art. 36).

Se podría decir que las consultas en dicho servicio varían desde controles de salud hasta situaciones muy complejas que suelen ser derivadas por parte de diversas instituciones, entre ellas Centros de Atención a la Infancia y la Familia (CAIF), Escuelas, Liceos, Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay (INAU), entre otras. Se trabaja en forma interdisciplinaria con fuerte énfasis en la promoción de la salud.

Resultan frecuentes además, las derivaciones de niños por dificultades de aprendizaje y problemas de conducta así como síntomas depresivos y deserción estudiantil en adolescentes. Generalmente dichas manifestaciones corresponden a la expresión de conflictivas familiares lo cual suele verse agravado en contextos de pobreza y vulnerabilidad.

Es de mi interés ahondar en esto último, especialmente sobre los efectos en la salud de niños y adolescentes que crecen y desarrollan en contextos de vulnerabilidad social, viviendo además una falta de sostén familiar. Así es que a través del presente, pretendo una reflexión conceptual que intenta comprender este fenómeno desde una lógica que lejos de centrarse en el déficit y en las dificultades, apueste al empoderamiento y a la promoción de la salud.

Para ello tomaré como referencia diversos autores que me permitan una aproximación teórica así como aportes de informantes calificados y registros de intervenciones que de mi transcurso por dicha institución pude extraer, resultando útil para ilustrar y reflexionar acerca de dicha problemática.

Las líneas de análisis que a continuación planteo, por cuestiones formales y pretendiendo una mejor apreciación por el lector, serán expuestas por separado para luego en un último apartado dar cuenta de las correspondientes conclusiones integrando los diversos aspectos referidos.

OBJETIVOS

Objetivo General

Reflexionar acerca de los efectos en la salud de niños y adolescentes expuestos a condiciones de vulnerabilidad social y posibles intervenciones desde un Primer Nivel de Atención.

Objetivos Específicos

Conceptualizar respecto a la importancia de las experiencias tempranas para un desarrollo saludable.

Conceptualizar las características de familias multiproblemáticas en contexto de vulnerabilidad social.

Analizar los efectos de las condiciones de vulnerabilidad en niños y adolescentes cuando la falta de sostén familiar es una variable predominante.

Reflexionar acerca de la capacidad de resiliencia en niños y adolescentes en condiciones de vulnerabilidad como un factor a promover al momento de intervenir.

LÍNEAS DE ANÁLISIS

A partir de mi pasaje por el Centro de Salud Ciudad Vieja y a la luz de los registros y vivencias sobre las que me he detenido a reflexionar, pude constatar que una problemática frecuente y en ocasiones manifestada dentro del motivo de consulta tiene que ver con conflictiva familiar; relacionado íntimamente con familias multiproblemáticas ya que los problemas suelen ser vivenciados en cada uno de sus integrantes, en el vínculo entre ellos y en diferentes ámbitos.

Usualmente, dificultades de aprendizaje, problemas de conducta, síntomas depresivos, entre otros motivos por los que niños y adolescentes llegan a consulta se encuentran asociados a conflictivas familiares especialmente cuando se hallan expuestos a condiciones de vulnerabilidad. Asimismo, una vez que se profundiza en las entrevistas se visualiza una predominancia de ausencia materna y/o paterna en el sentido del ejercicio de las funciones parentales así como también experiencias de abandono.

Esta afirmación responde a observaciones y reflexiones personales en un contexto específico, pudiendo existir otros en los que también se visualicen estas problemáticas asociadas a otras variables.

Así es que una de las líneas de análisis propuesta refiere a las características que suelen manifestar las familias multiproblemáticas en condiciones de vulnerabilidad social. Resulta indispensable además, prestar especial atención a aquellos niños y adolescentes que se desarrollan en este tipo de contextos. Por ello considero de suma importancia detenerme a analizar las repercusiones que determinados comportamientos parentales pueden desencadenar. A partir de la inclusión de viñetas pretendo una articulación teórico-clínica que me permita comprender los efectos en su salud y reflexionar acerca de mejores estrategias de intervención.

Previo a ello considero oportuno conceptualizar acerca de los primeros vínculos, de las experiencias tempranas, entendidas éstas como la base sobre la cual nuestra estructura de personalidad se desarrolla. Junto a las características de la infancia y adolescencia, permiten ser un aporte para entender las problemáticas identificadas en la clínica y planteadas con antelación.

Por último propongo la resiliencia como una capacidad a promover al momento de intervenir con niños y adolescentes, especialmente desde un Primer Nivel de Atención en el sentido de promoción de la salud.

ARTICULACIÓN CONCEPTUAL

1. Experiencias tempranas

En la actualidad nos encontramos con numerosos aportes respecto a las experiencias tempranas y primeros vínculos, considerados pilares fundamentales en la estructuración de nuestra personalidad. Los postulados de Winnicott en sus diversas obras así como los de Bowlby resultan claros referentes a la hora de destacar la importancia del entorno en que un niño se desarrolla.

Uno de los componentes más importantes de las relaciones afectivas que forjan a una persona sana es el hecho de haber sido atendido, cuidado, protegido y educado en períodos tan cruciales de la vida como la infancia y la adolescencia, lo cual determina la capacidad de cuidarse a sí mismo y de participar en dinámicas sociales para atender las necesidades de los demás (Barudy, 2005, p. 24).

1.1. Desarrollo emocional

Un ambiente facilitador hará posible el desarrollo del niño al proveerle lo necesario para su evolución, esto alude al concepto de madre “suficientemente buena” quien en su estado de “preocupación maternal primaria” podrá identificarse con su hijo y adaptarse sensiblemente a lo que necesita, sosteniéndolo (*holding*) y manipulándolo (*handling*) en la forma adecuada (Winnicott, s.f. citado por Serdio, Tabó & Mussetti, 2001).

Dicha preocupación maternal primaria, al decir de Winnicott (1956), se desarrolla gradualmente convirtiéndose en un estado de sensibilidad exaltada durante el embarazo y especialmente hacia el final del mismo, hasta unas cuantas semanas luego del nacimiento. El autor se refiere a este estado como una “enfermedad normal” haciendo alusión a una disociación transitoria que la madre presenta en ese tiempo y de la que se recupera quedando el recuerdo de la misma olvidada, reprimida.

Agrega además, que la madre que alcanza dicho estado

(...) aporta un marco en el que la constitución del pequeño empezará a hacerse evidente, en el que las tendencias hacia el desarrollo empezarán a desplegarse y en el que el pequeño experimentará movimientos espontáneos y se convertirá en poseedor de las sensaciones que son apropiadas a esta fase precoz de la vida (Winnicott, 1956, p. 401).

En esta línea, el autor hace referencia a funciones fundamentales que la madre suficientemente buena es capaz de hacer, *holding* (sostén) y *handling* (manejo o manipulación). El primero, constituye un factor básico del cuidado y corresponde al hecho de sostener física y emocionalmente de manera adecuada. Refiere al “prototipo de todo

el cuidado materno, esencial para el desarrollo emocional temprano y la continuidad existencial del bebé” (El gesto espontáneo, s.f.).

El manejo o manipulación “(...) corresponde a una función de asistencia corporal tendente al proceso de integración de la psique en el cuerpo del niño. Por manejo se entiende el cuidado general de bañar, limpiar, acunar, etcétera, al bebé” (El gesto espontáneo, s.f.).

Resulta importante destacar que “sólo si la madre se halla sensibilizada (...), podrá ponerse en el lugar del pequeño y de este modo, satisfacer sus necesidades” (Winnicott, 1956, p. 402), corporales al principio y paulatinamente necesidades del yo.

1.2. Regulación afectiva

Miller (2013) aborda exhaustivamente dicho concepto haciendo gran énfasis en su importancia para el desarrollo de la personalidad. La autora la define como “la capacidad del yo para modular los estados afectivos” (p. 56). Agrega además, tomando los aportes de Fonagy (2000), que sobre la base de un mecanismo de regulación innato comienza una corregulación propuesta por el cuidador que una vez internalizada da lugar a la autorregulación.

La madre recibe y retorna los afectos, pero en este intercambio los transforma. El niño puede rastrear la reacción modulada en relación con los sentimientos que han partido de él, y poco a poco va comprendiendo este juego simbólico y así reconociéndose él mismo y sus sentimientos y también reconociendo a otro con sus propios sentimientos (Fonagy, 2004 citado por Miller, 2013, p. 65).

Así, la regulación de los afectos da cuenta de un componente intrapsíquico e intersubjetivo que proveen al niño de la capacidad de distinguir la realidad interna de la externa. A la vez que “(...) focaliza su atención, promueve los mecanismos de defensa y afrontamiento y condiciona el relacionamiento” (Miller, 2013, p. 67).

Al respecto cabe destacar el concepto de función reflexiva definida como la capacidad de tener conciencia sobre los estados mentales de uno mismo y de los otros; de considerar la influencia mutua entre los estados mentales y de los comportamientos, la perspectiva del desarrollo para entender los cambios en los estados mentales y la necesidad de tener en cuenta el contexto en el que tiene lugar la relación (Fonagy et al., 1998, Steele & Steele, 2008, citado por Ibáñez, 2013). Dicha función permite además que los niños respondan al comportamiento de las personas. Sin embargo, la función reflexiva o también llamada mentalización, no refiere a los procesos cognitivos exclusivamente sino que comienza a partir de los afectos, de los vínculos primarios. Por ende, se encuentra íntimamente relacionada a éstos y a la regulación afectiva siendo fundamental para su

desarrollo un contexto de relación segura y continuada (Fonagy, 2004, citado por Miller, 2013).

1.3. Teoría del Apego

Otro referente significativo respecto al desarrollo emocional y las experiencias tempranas es Bowlby, especialmente con su Teoría del Apego. El autor, propone que el apego constituye un sistema motivacional de base biológica que garantiza al neonato la proximidad al otro humano, a quien discrimina y prefiere sobre lo inanimado. El apego se estructura en la experiencia interactiva, recíproca con el sistema de cuidados del adulto (1969, 1973, 1980, citado por Bleichmar, 2005). “El vínculo de apego se establece con una persona específica, claramente diferenciada y preferida, y el sentimiento que se busca y se genera a través del vínculo de apego es el de seguridad afectiva” (p. 109).

El sistema de apego es activado cuando el niño está cansado, asustado, enfermo, o ante situaciones desconocidas; momentos éstos en los que busca el consuelo y los cuidados de las personas que le brindan amor y seguridad. Recurre a sus progenitores y/o cuidadores cuando lo necesita con la confianza de que responderán a su pedido de ayuda y amparo. Estos primeros vínculos de apego son los que le van a posibilitar en un futuro al niño sentirse seguro para enfrentar diversas situaciones que pueden generarle ansiedad (Serdio, et al., 2001).

1.3.1. Pautas de apego

Bowlby (2012) sostiene que “la teoría del apego considera la tendencia a establecer lazos emocionales íntimos con individuos determinados como un componente básico de la naturaleza humana” (p. 142). La capacidad de lograrlo resulta un rasgo importante del funcionamiento efectivo de la personalidad y de la salud mental.

Aunque en los primeros meses de vida el niño muestra muchas de las respuestas que constituyen lo que posteriormente será la conducta de apego, la pauta organizada no se desarrolla hasta la segunda mitad del primer año (Bowlby, 2012). El desarrollo de dicha conducta como un sistema organizado requiere que el niño haya logrado

(...) la capacidad cognitiva de conservar a su madre en la mente cuando ella no está presente: esta capacidad se desarrolla durante los primeros seis meses de vida. Así, hacia los nueve meses, la gran mayoría de los bebés responden con protestas y llantos cuando se los deja con una persona desconocida y también con el enfado y rechazo” (Bowlby, 2012, p. 144).

Las pautas o patrones de apego son el resultado de la síntesis de repetidos recuerdos de la interacción entre el niño y la figura de apego. Frente a una amenaza a la seguridad de

cualquier tipo las conductas de apego del niño son activadas así como la respuesta de cuidado por parte del otro, con lo cual se restablece la seguridad. La repetición de dichas interacciones que han sido internalizadas, se inscriben como una expectativa de disponibilidad de la figura de apego y del sí mismo como merecedor de esos cuidados (Bleichmar, 2005). Dicha representación de sí mismo, del otro como cuidador y de la relación posible entre los dos constituye lo que Bowlby denominó modelos operativos internos (MOI), es decir, “esquemas de representaciones cognitivas y emocionales que sintetizan las experiencias tempranas con los cuidadores principales” (Ibáñez, 2005, p. 5).

En este sentido se pueden visualizar diferentes pautas o patrones de apego. En el apego seguro “(...) el individuo confía en que sus padres (o figuras parentales) serán accesibles, sensibles y colaboradores si él se encuentra en una situación adversa o atemorizante. Con esta seguridad se atreve a hacer sus exploraciones en el mundo” (Ainsworth, 1971 citado por Bowlby, 2012, p. 145). Este tipo de apego resulta de la accesibilidad, sensibilidad y el amor demostrado ante la búsqueda de protección y/o consuelo por parte del niño.

Por otra parte, encontramos el apego ansioso resistente o ansioso ambivalente, en el cual prima la inseguridad de si su progenitor será accesible o sensible, y si lo ayudará cuando lo necesite. A causa de ello, las separaciones al igual que las exploraciones, tienden a ser ansiosas así como propensas al aferramiento. Este tipo de apego se ve favorecido por los padres al mostrarse accesibles en ocasiones y no en otras, así como también por amenazas de abandono utilizadas como medio de control (Ainsworth, 1971 citado por Bowlby, 2012).

En el apego ansioso elusivo o evitativo “(...) el individuo no confía en que cuando busque cuidados recibirá una respuesta servicial sino que, por el contrario, espera ser desairado” (Ainsworth, 1971 citado por Bowlby, 2012, p. 146). Esta pauta se debe al rechazo continuo por parte de la madre ante la búsqueda de protección y consuelo.

Durante las observaciones en el procedimiento de la “*situación extraña*” (véase Anexo 3.A) realizado por Ainsworth, algunos niños se veían desorientados y/o desorganizados; un niño parecía aturdido, otro realizaba estereotipias, otro se movía y detenía inexplicablemente y otro quedaba paralizado. Main y sus colegas (1981, citado por Bowlby, 2012) llegaron a la conclusión de que dichas conductas son manifestadas por niños que muestran una versión desorganizada o desorientada de alguna de las tres pautas típicas, frecuentemente la del ansioso resistente. Puede ser observable en niños maltratados o totalmente descuidados, cuando la madre padece una forma grave de

bipolaridad y trata al niño de un modo desigual e imprevisible, y en casos en que la madre sufrió malos tratos físicos o sexuales durante su infancia (Crittenden, 1985; Radke- Yarrow y otros, 1985; Main & Hesse en prensa, citado por Bowlby, 2012).

La pauta de apego durante los primeros dos o tres años corresponde a una característica de la relación del niño con la madre o padre; si durante ese tiempo el trato hacia el pequeño cambia también lo hará la pauta de apego. Sin embargo, con el transcurso del tiempo, la misma se convertirá en una característica propia del niño que tenderá a imponerla en sus nuevas relaciones (Bowlby, 2012).

“(…) el hecho de que un niño sea feliz y de comportamiento estable o desdichado o mal adaptado a la sociedad depende en gran medida de que hayan sido adecuados los primeros cuidados recibidos. Es fundamental entonces que la persona que cuida al niño logre una disponibilidad afectiva que posibilite ese cuidado (Serdio et al., 2001, p. 61).

Resulta importante además detenerse en los factores que han llevado a la madre a adoptar determinado estilo de cuidado; cuando no es el adecuado frecuentemente influye la falta apoyo emocional hacia ella o el tipo de cuidado que recibió durante su infancia.

Se trata de un proceso que sirve de base a todas las relaciones afectivas en la vida, de allí la importancia de la observación del vínculo primario en los consultorios y centros de salud.

2. Desarrollo del niño

La familia constituye el núcleo básico donde se lleva a cabo el crecimiento y desarrollo del niño; entendidos éstos como el “conjunto de cambios somáticos y funcionales que se producen en el ser humano desde su concepción hasta la adultez” (Cusminsky, Lejarraga, Mercer, Martell & Frescina, 1994, p.3) resultado de la interacción entre factores genéticos y ambientales.

Si las condiciones de vida (físicas, biológicas, nutricionales, psicosociales, emocionales, entre otras) son favorables el potencial genético podrá expresarse en forma completa, mientras que bajo condiciones ambientales desfavorables el mismo se verá limitado dependiendo de la intensidad y persistencia del agente agresor (Cusminsky et al., 1994).

Durante el período embrionario y período fetal el ser humano es muy sensible a factores adversos tales como radiaciones, drogas y carencias nutricionales (Cusminsky et al., 1994). En el primer año de vida la figura materna tiene el papel fundamental en el desarrollo armónico del niño; le proporciona ante todo nutrición física siendo de gran relevancia la demostración de cariño mientras lo alimenta, de forma que el niño perciba el

contacto físico con ella como gratificante. La intervención positiva cada vez que el niño encuentra dificultades tales como sueño y hambre, favorece que se desarrolle un sentimiento de seguridad. Además de la nutrición física, la figura materna proporciona un sustento cognitivo para las actividades motoras, sensoriales y mentales del niño; cada vez que interacciona y juega con él, lo estimula creando las condiciones favorables para la manipulación y exploración del ambiente. Durante este período la forma de comunicación más importante es la no verbal, realizada a través del tacto y del contacto visual (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 2004).

Entre los dos y cinco años su mundo se amplía; su progresiva libertad de movimiento le permite explorar todo lo que le rodea de forma relativamente autónoma. El niño domina muchas palabras manifestando una constante curiosidad por conocer los nombres de los objetos y cómo funcionan, preguntando el porqué de las cosas de manera frecuente. Asimismo, uno de los nuevos intereses es relativo a las diferencias sexuales anatómicas (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 2004).

Afectivamente el niño empieza a vincularse de forma significativa con otras personas de la familia, ampliando su círculo afectivo primario. La actividad fantástica que logra a través de la fabulación o escuchando un cuento antes de dormirse, contribuye al desarrollo de su pensamiento. A través del “no quiero” y “mío” entre otras frases recurrentes, entrena sus fuerzas para ver la capacidad que tiene de modificar el entorno según sus gustos; aquí el papel de los padres es muy importante respecto a los límites, especialmente frente a las rabietas típicas de este período (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 2004).

La entrada a la Escuela marca un hito importante en la evolución del niño; así entre los cinco y once años, su curiosidad y energías se centran en el aprendizaje debido a las habilidades de leer y escribir que adquiere. El sentido del tiempo, del espacio físico y las operaciones matemáticas lo conducen progresivamente a la abstracción mental. Asimismo coordina los movimientos necesarios para las varias actividades físicas que realiza. “Son felices cuando los padres se asombran con él por sus descubrimientos o cuando se alegran de los trabajos realizados, reconociendo su esfuerzo por hacerlo bien” (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 2004, p.7).

Además del ámbito escolar los niños necesitan seguir jugando. Durante este período el objetivo debiera ser ofrecerles alternativas para que vean lo que existe a su alrededor y así descubrir posibles intereses sin grandes exigencias ni actividades muy estructuradas. La latencia constituye una etapa especial para ello dado que toda la energía, como

mencionaba anteriormente, es concentrada en las actividades de aprendizaje y también en la socialización hasta llegar a la adolescencia (Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria, 2004).

Esta breve conceptualización permite una aproximación a las primeras etapas del desarrollo en las cuales el sostén familiar, especialmente la figura materna, posee un rol preponderante. El niño crece y se desarrolla en función de su herencia genética pero sobre todo de las condiciones ambientales que lo habilitan o que por el contrario lo limitan, de ahí la importancia de prestar especial atención a la interacción del núcleo familiar y social en el que se encuentra.

3. Adolescencia: una etapa de cambios

Al hablar de adolescencia se hace referencia a una etapa entre la niñez y la edad adulta, iniciada por los cambios puberales y caracterizada por profundas transformaciones biológicas, psicológicas y sociales, cuyo final no siempre es tan claro de delimitar. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) es un período que va desde los 10 a los 19 años.

Teniendo en cuenta los aportes de Amorín (2010) se pueden distinguir tres fases: adolescencia temprana, en la que predomina el crecimiento y desarrollo somático así como los cambios puberales, comportamiento desafiante y oposicionismo; adolescencia media, caracterizada por crisis de identidad y narcisista, constitución de nuevos ideales, tendencia a las actuaciones (pasaje al acto) así como transformaciones de las modalidades de relación con el otro sexo; y por último, adolescencia tardía, etapa en la que se espera discriminación con figuras parentales, deseo de independencia, logro de orientación vocacional, transitándose un abandono de la etapa infanto-adolescente. Cabe destacar que “hay varias maneras de transitar esta etapa (...) cada adolescente está sometido a circunstancias, contextos y condiciones de vida diferentes y esto se pone en juego para configurar este ser adolescente” (Aportes para el abordaje de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel, 2015. p. 91).

Resulta un período con gran incidencia de problemas relacionados a tres áreas: conflictos con los padres, inestabilidad emocional y conductas de riesgo (Laursen, Coy & Collins, 1998; Steinberg & Morris, 2001; Buchanan, Eccles & Becker, 1992; Larson & Richards, 1994; Arnett, 1992, citado por Oliva & Parra, 2014). Un aspecto a destacar del desarrollo adolescente es la construcción de la propia identidad personal, lo cual implica un proceso de exploración y búsqueda. Asimismo, comparten más tiempo con el grupo

de iguales, de pares, el cual se convertirá en un contexto de socialización fundamental. Éstos pasarán a ser confidentes emocionales, consejeros y modelos comportamentales a imitar (Larson & Richards, 1994; Larson, et. al., 1996; Burhmester, 1996, Sussman, et al., 1994, citado por Oliva & Parra, 2014).

Durante esta fase los adolescentes suelen rechazar las manifestaciones de cariño por parte de sus padres en un intento de mostrarse a sí mismos y a los demás su grado de autonomía y madurez. Sin embargo, seguirán necesitando padres cercanos y afectuosos que les brinden su apoyo en muchos de los momentos difíciles que tendrán que atravesar, manteniendo una fluida comunicación con ellos (Oliva & Parra, 2014).

Para un buen desarrollo de la etapa adolescente la comunicación entre los padres y éstos resulta fundamental.

Los jóvenes que establecen una comunicación de calidad con sus progenitores afrontan mejor las conductas de riesgo. La comunicación significa confianza, afianzamiento de vínculos emocionales, confianza en el criterio adulto y, como consecuencia de todo lo anterior, al adolescente le resulta más fácil interiorizar el mensaje del adulto para controlar su conducta en situaciones de potencial riesgo (Moreno, Muñoz-Tinoco, Pérez & Sánchez-Queija, 2006, citado por Barrio del Campo & Salcines Talledo, 2012, p. 394-395).

Podría decirse entonces, que la adolescencia trae consigo una serie de cambios propios de la etapa que serán mejor o peor sobrellevados de acuerdo al contexto en el que el adolescente se desarrolle así como también de cómo hayan sido sus experiencias durante la infancia.

4. Familias multiproblemáticas y Vulnerabilidad social

"La familia en pobreza dura se encuentra atrapada en una especie de laberinto social, donde a cada movimiento pareciera hundirse más y más" (Rozas, 1999, p. 86 citado por Gómez, Muñoz & Haz 2007, p. 46). Con este enunciado me interesa destacar el peso que tiene la variable pobreza dentro de la disfuncionalidad; si bien no es determinante, sí repercute en aspectos tales como: alimentación, vivienda, transporte, y frecuentemente es asociada a la deserción educativa, consumo de sustancias, negligencia, experiencias de abandono, ejercicio de prostitución, entre otros factores de riesgo.

Gómez et al. (2007) al referirse a esta problemática, manifiestan que una de las dificultades del trabajo con estas familias está en comprender su funcionamiento y anticipar los escenarios posibles de intervención. Plantea además cuatro ejes descriptivos que en la práctica se encuentran entrelazados: el primero, polisintomatología y crisis recurrentes, haciendo referencia a que no se trata de un solo problema sino de

una cadena vinculada a dificultades de carácter material y/o físico así como relaciones conflictivas con el entorno y en el interior del sistema familiar.

Otro eje corresponde a la desorganización, el cual incluye la comunicación disfuncional que suele caracterizar a estas familias así como la inestabilidad de la estructura, generalmente monoparental, con dispersión de sus miembros, con numerosas rupturas y reconstituciones configurando genogramas confusos. A esta complejidad, se le suman los conflictos vinculados a los roles, con límites difusos, sin rutinas claras ni criterios acordados sobre lo permitido o no permitido, estableciéndose medios de control a través de la violencia.

En la misma línea, encontramos el abandono de funciones parentales como otro eje a tener en cuenta. Las fallas de las funciones socializadoras y educativas en la familia multiproblemática, altera en los niños y niñas su capacidad de inserción y adaptación social. Asimismo, el debilitamiento de la función nutriente principalmente de tipo emocional, obstaculiza el desarrollo de un apego seguro lo cual conlleva un riesgo significativamente alto de padecer diversos trastornos biopsicosociales (Linares, 1997, Cyrulnik, 2002, Glaser 2002, Barudy & Dantagnan, 2005 citado por Gómez et al., 2007).

El último eje al que hacen mención refiere al aislamiento, a la exclusión; según los autores, estas familias se encuentran distanciadas física o emocionalmente de la familia extensa y de la red de apoyo social e institucional, encontrándose carentes de soporte frente a las crisis. Aun cuando sí cuentan con vínculos, éstos tienden a ser inestables o frágiles, sin lograr efectos positivos o incluso complejizando aún más la problemática presente.

4.1. Exclusión y Vulnerabilidad social

Giorgi (2006) define a la exclusión

(...) como un proceso interactivo de carácter acumulativo en el cual - a través de mecanismos de adjudicación y asunción - se ubica a personas o grupos en lugares cargados de significados que el conjunto social rechaza y no asume como propios. Esto lleva a una gradual disminución de los vínculos e intercambios con el resto de la sociedad restringiendo o negando el acceso a espacios socialmente valorados (p. 52).

El autor agrega además, que al quedar las interacciones limitadas a aquellas que comparten su condición, “el universo de significados, valores, bienes culturales y modelos, así como las experiencias de vida de que los sujetos disponen para la construcción de su subjetividad se ven empobrecidos y tienden a fijarlo en su condición de excluido” (Giorgi, 2006, p. 52) Aquellos que nacen en ese tránsito hacia la exclusión,

presentan escasas posibilidades de revertir o detener ese proceso, surgiendo así la noción de vulnerabilidad.

Habrán quienes consideren que hablar de vulnerabilidad es sinónimo de pobreza, sin embargo, otros plantean que existe una clara diferencia entre ambos constructos. La pobreza hace referencia de forma descriptiva a diversos atributos de personas y familias sin dar cuenta de los procesos causales de los mismos. La vulnerabilidad por otro lado, alude al carácter de las estructuras e instituciones económicas y sociales así como al impacto que éstas provocan en la comunidad en sus diferentes dimensiones de la vida social (Pizarro, 2001).

Este último enfoque incluye “indefensión, inseguridad, exposición a riesgos, shocks y estrés” (Chambers, 1989, citado por Pizarro, 2001, p. 12). Se trata de una visión más integral sobre las condiciones de vida de los pobres considerando, asimismo, los recursos y las estrategias de las propias familias para enfrentar los impactos que las afectan (Pizarro, 2001).

En este sentido, Blackburn (1991, citado por Kotliarenko, Cáceres & Fontecilla, M., 1997) sostiene que habitar en lugares de alta densidad poblacional, con alto grado de contaminación ambiental, calles mal iluminadas, inseguridad e irregularidad en el transporte “deriva en conductas de aislamiento, incertidumbre y sensación de vulnerabilidad” (p. 19).

Esta breve conceptualización permite visualizar la complejidad frente a la cual nos encontramos a la hora de intervenir con familias consideradas vulnerables. Se trata de una problemática multifacética para la cual resulta fundamental un trabajo interdisciplinario e interinstitucional.

5. Efectos en la salud de niños y adolescentes en contexto de vulnerabilidad social

Anteriormente hacía referencia a la importancia de las experiencias tempranas para un desarrollo saludable, a los aportes de Winnicott, Bowlby, entre otros referidos al desarrollo emocional con fuerte énfasis en la importancia de los cuidados que un niño recibe y la influencia de ello en sus pautas de apego y en su personalidad. También mencionaba la relevancia del rol de la madre y la “preocupación maternal primaria” esperable cuando nace su hijo. Ahora bien, ¿qué ocurre cuando lo esperable no sucede, cuando lo que predomina en la vida de un bebé, niño y posterior adolescente, es la falta

de sostén familiar? ¿Cuánto influyen las condiciones de vulnerabilidad social en dicha problemática?

Para reflexionar acerca de ello, especialmente de los efectos en la salud que estas condiciones pueden traer aparejados, he optado por incluir viñetas clínicas que de mi pasaje por el Centro de Salud Ciudad Vieja pude extraer. Asimismo, los aportes de las Licenciadas en Psicología Lucía Valdez y Carolina Mattos, quienes trabajan en dicha institución hace años, sin duda enriquecerán mi visión al respecto.

5.1. Incompetencias parentales:

Al hablar de cuidados y de sostén hablamos también, a mi entender, de las capacidades parentales es decir, la capacidad de apegarse a los hijos, la empatía para sintonizar con ellos y responder adecuadamente a sus necesidades, los modelos de crianza así como la capacidad de participar en redes familiares y sociales para pedir, aportar y recibir ayuda. Lo cual podría sintetizarse en tres funciones básicas: nutriente, socializadora y educativa (Barudy, 2005).

Los tratos recibidos durante la infancia inciden notoriamente en el posterior desempeño parental; en este sentido, se podría decir que las causas de las incompetencias en dichas funciones se encuentran en las propias historias personales, familiares y sociales de los padres. Mayoritariamente, existen antecedentes de malos tratos, protección inadecuada, institucionalización, pérdidas y rupturas, antecedentes de enfermedad mental en uno o ambos progenitores, pobreza y exclusión social (Barudy, 2005).

Entre los graves daños que un niño puede sufrir a causa de un inadecuado y/o violento trato hacia él se destacan, fallas en el apego y en la socialización, trastorno de estrés post traumático y alteración de los procesos resilientes (Barudy, 1998 citado por Barudy, 2005). Resultan frecuentes además los trastornos del comportamiento frente a los cuales sus padres refuerzan sus malos tratos. Si no recibe protección adecuada ni tratamientos para reparar dichos daños, existe la posibilidad que durante la adolescencia el sufrimiento se manifieste a través de la violencia, delincuencia, consumo de sustancias, entre otros comportamientos que se vean propiciados a su vez por el contexto socio cultural (Barudy, 2005).

Otro aspecto frecuente en la incompetencia parental es la dificultad de estimular a sus hijos y ayudarlos en el desarrollo de capacidades cognitivas que les permitan pensar. Asimismo, el estrés al que usualmente están sometidos bloquea los procesos de aprendizaje, impidiendo acceder a comportamientos más reflexivos (Barudy, 2005).

5.2. Disregulación afectiva

Es definida como la respuesta afectiva desadaptada basada en la ineficacia de la identificación, significación y procesamiento de las experiencias generando fallas en el reconocimiento de sí mismo y de los otros. Esto se evidencia a través de la ansiedad, agresividad, depresión y problemas atencionales (Miller, 2013).

La disregulación conlleva a que las respuestas del niño sean rígidas y pobres en medio de un intento de control dando como resultado un aumento de emociones negativas. Asimismo, del fracaso de la regulación surgen dificultades en contener reacciones impulsivas, en planificar y en enfrentar situaciones conflictivas, en la exploración del ambiente y en controlar su propia conducta. Todo ello contribuye a una baja autoestima que junto a la falta de atención y a una baja tolerancia a la frustración pueden dar como resultado a largo plazo, problemas relacionales y de actitud social negativa (Bradley, 2000, Fonagy, 2004 citado por Miller, 2013).

Al parecer, estos niños no han sido provistos de un suficiente diálogo afectivo con el correspondiente marco de seguridad que suele brindar un apego seguro. No se han formado las herramientas que les permitan pensar, identificar y reflexionar acerca de sus afectos así como tampoco han compartido momentos en los que se les atribuya un significado moral y estable a éstos. Frente a estas ausencias, se visualiza una alteración en las pautas de apego y en la representación de sí mismo junto a una gran dificultad en la internalización (Miller, 2013).

Funciones tan necesarias como la percepción, memoria, imaginación, creatividad y reflexión no pueden ser integradas por el niño para decidir lo más adecuado y luego actuar de acuerdo a ello. Se genera entonces una desorganización y tensión aumentando la carga afectiva y dificultando aún más su regulación (Miller, 2013).

5.3. Manifestaciones del apego inseguro

Retomando lo planteado anteriormente respecto a las pautas de apego, considero oportuno profundizar en las manifestaciones de las mismas, específicamente del apego inseguro en sus diversas variantes para dar cuenta de las vivencias y de las dificultades que niños y adolescentes presentan en su relacionamiento interpersonal. Estos estilos de apego disfuncionales son descritos por Dantagnan (2005) tomando los aportes de Ainsworth (1978) junto a los de Main y Solomon (1986).

Apego inseguro evitativo

Este estilo de apego prevalece en niños cuyos padres o cuidadores se han relacionado con ellos con rechazo, repulsión, angustia y hostilidad, expresado en actitudes controladoras, intrusivas y sobre estimulantes. Para manejar el estado emocional y las conductas del bebé, tales como el llanto, los padres tienden a negar las necesidades del mismo, tomando distancia o distorsionando los sentimientos del niño en otros más tolerables para ellos.

El niño comenzará a inhibir paulatinamente su conducta de apego y la expresión de sus afectos para asegurar el máximo de disponibilidad de sus cuidadores con el mínimo rechazo y angustia posible. Alrededor de los dos años, aprende que si se porta “bien” y es autosuficiente y poco demandante, será beneficiado por algo de proximidad y mejor disposición por parte de su cuidador.

Hacia la etapa escolar la representación que tienen de los otros es de no disponibles y una representación de sí mismos como fuertes, capaces de controlarlo todo a pesar de los bajos niveles de autoestima que se han observado en la clínica. A medida que el niño va creciendo y entra en la adolescencia, tiende a minimizar la importancia de los afectos y de los vínculos interpersonales; en general pueden mantener un buen nivel de funcionamiento fuera del ámbito de las relaciones cercanas e íntimas. Sin embargo, la incapacidad para pedir ser reconfortado o para compartir y reflexionar acerca de sus experiencias puede conducirlo a comportamientos hostiles y antisociales.

Apego inseguro ansioso-ambivalente

En los cuidados de estos niños ha predominado la falta de disponibilidad psicológica haciendo que los mismos se tornen incoherentes, inconsistentes e impredecibles, lo cual genera en el bebé una sensación de abandono que provoca una gran ansiedad. Frente a ello, el niño tiende a aumentar sus conductas de apego perseverando en sus llamados de atención, llorando, gritando y aferrándose a su madre, generando como consecuencia intolerancia por parte del adulto llegando éste, incluso, a la agresión tanto verbal como física.

Alrededor de los tres o cuatro años, los niños comienzan a desarrollar conductas agresivas, coercitivas para provocar una respuesta o llamado de atención así como conductas de indefensión para lograr cuidado y protección; ambas estrategias para mantener a un otro involucrado el mayor tiempo posible (Crittenden & Brandon et al., 1999, citado por Dantagnan, 2005). A nivel educativo, el aprendizaje de estos niños se caracteriza por un bajo nivel con grandes dificultades de concentración. En el

relacionamiento con pares tienden a agredir o a verse como víctimas. Durante la adolescencia estas conductas se agravan, predominando las relaciones conflictivas con sentimientos de inseguridad, frustración y angustia; la agresividad puede llegar a conductas altamente disruptivas con gran impulsividad a la vez que les invade el miedo de ser abandonados.

Apego inseguro desorganizado

A diferencia de los estilos anteriores, estos niños no tienen la capacidad de organizarse para intentar obtener una vivencia de apego con sus cuidadores. Los padres presentan incompetencias severas y crónicas; muchos de ellos son alcohólicos, toxicómanos o padecen alguna patología psiquiátrica. La vivencia de estos niños es de angustia, miedo y desesperanza, viéndose representados como indignos y malos, percibiendo a los demás como peligrosos e inaccesibles.

Hacia los dos años aproximadamente comienzan a utilizar sus recursos para adaptarse a estas situaciones; por momentos demuestran una gran inhibición pasando desapercibidos y en ocasiones resultan demandantes y hostiles. En casos más graves, se autoestimulan ya sea balanceándose o realizando movimientos estereotipados. Alrededor de los cuatro y cinco años las estrategias se vuelven más organizadas con manifestaciones de otro estilo de apego o una mezcla de ellos.

En el ámbito escolar tienden a presentar importantes dificultades para acatar las normas a la vez que suelen presentar trastornos del comportamiento, lo cual conlleva a la estigmatización. El fracaso escolar es frecuente dado que el aprendizaje requiere de un adecuado funcionamiento cognitivo el cual se ve afectado como consecuencia de los traumas vividos. Con el pasar del tiempo transgreden los límites y agreden verbal y físicamente; asimismo, en el otro extremo, pueden manifestarse con excesiva inhibición y aislamiento. Las chicas, por lo general, suelen presentar conductas antisociales no violentas tales como manipulaciones y robos.

5.4. Viñeta clínica: Juan 6 años

Derivado por su maestra por dificultades de aprendizaje y problemas de conducta.

Concorre acompañado por su padre (W) y expareja de éste (M), quien se encarga de cuidarlo cuando él trabaja. Los tres conviven en una pensión. W de unos 40 años aproximadamente, trabaja como delivery; en las entrevistas se muestra preocupado por su hijo; manifiesta que juega con él cuando tiene tiempo y que lo ayuda con sus deberes. M de unos 40 años aproximadamente, no trabaja; tiene tres hijos institucionalizados en INAU a quienes visita en ocasiones. Manifiesta sentirse “desbordada” por el comportamiento de Juan, refiriendo penitencias por desobediencia, tales como: quedarse parado sin moverse ni hablar por una hora así como agresión física en ocasiones a causa del “desborde”.

Juan presenta antecedentes de violencia por parte de su madre biológica, “cada vez que ella lo ve es un retroceso en él”, dice el padre, quien se encuentra en trámites para ejercer la tenencia de su hijo.

Es un niño muy comunicativo y colaborador durante las entrevistas; manifiesta a través del juego gritos e insultos que estarían dando cuenta de lo antedicho. Se observa dificultad en el lenguaje y en la escritura. Solicita en cada encuentro papel y lápices con preferencia a escribir que a dibujar. No quiere irse al finalizar la consulta, insistiendo en “jugar un poco más”, a la vez que con notoria ansiedad le pregunta a su padre si ya se va a trabajar.

Refiere buen relacionamiento con su papá, agregando que trabaja mucho, al preguntarle por M se queda en silencio y baja la mirada. Respecto a la maestra y a sus compañeros de clase, refiere que lo reta porque se porta mal y que sus compañeros le pegan.

La situación de Juan es un claro ejemplo de las condiciones de malos tratos y las consecuencias descritas anteriormente. Un niño que ha sido violentado por su madre biológica y también por quien lo cuida generalmente. Al parecer, el buen cuidado y estimulación es brindado por parte de su padre con quien no comparte mucho tiempo debido a cuestiones laborales. Problemas de conducta, dificultades en el lenguaje y en el aprendizaje escolar son las manifestaciones más visibles que pueden asociarse a las condiciones en las que vive. Una cuidadora que le grita, lo insulta y lo golpea por el “desborde” que dice padecer no hace más que propiciar que el comportamiento de Juan continúe en la misma línea. Asimismo, se encuentra expuesto a un ambiente de discusiones y estrés por parte de estos adultos lo cual sin duda repercute también en su funcionamiento.

Valdez (véase Anexo 1) refiere que los motivos de consulta manifiestos más frecuentes en el área infantil tienen que ver con problemas de conducta en la Escuela, dificultades en los límites y conflictivas familiares que despiertan algún síntoma de agresividad o de inquietud. Respecto a la influencia de los malos tratos en el posterior relacionamiento interpersonal, la Licenciada sostiene que cuando hay situaciones de violencia que se arrastran a nivel familiar, de alguna manera terminan incidiendo en la forma de vincularse con el otro.

Es evidente que los comportamientos y las dificultades de Juan ejemplifican lo antedicho. Se observa una disregulación afectiva manifestada en la falta de control de sus impulsos dando como resultado una falta de control en su conducta así como un relacionamiento interpersonal con tendencia a la agresividad. Esto último se ve agravado por los malos tratos que continúa recibiendo. Asimismo, podría pensarse en la pauta de apego ansioso ambivalente evidenciado en un relacionamiento interpersonal en el que sus conductas oscilan entre la agresividad y aquellas en las busca verse como víctima. A nivel escolar, el bajo nivel intelectual y las dificultades en la concentración que caracterizan a dicha pauta son también observables en Juan de acuerdo a lo manifestado por su maestra.

Teniendo en cuenta la etapa evolutiva en la que se encuentra, resulta fundamental una intervención adecuada y oportuna que apunte a revertir la situación y prevenir un agravamiento de sus conductas.

5.5. Viñeta clínica: Cinthia 18 años

Concorre al Centro de Salud por controles de embarazo.

Como antecedentes biográficos se destaca: abuso por parte de su tío a sus 14 años; víctima de violencia por parte de su padre quien, según refiere, padecería de Esquizofrenia. Institucionalizada en INAU, se desconoce fechas exactas. Recibió tratamiento psiquiátrico desde los 9 a los 17 años con irregularidad; ejercicio de prostitución; privación de libertad por hurto; consumo problemático de sustancias; autolesión y siete intentos de autoeliminación (IAE).

Vive en un hogar de amparo para mujeres embarazadas. Ausencia de referentes familiares por dificultad en los vínculos, su pareja se encuentra privada de libertad.

Las primeras consultas tuvieron como finalidad regularizar sus controles, paralelamente se dio comienzo a proceso de acompañamiento. Impulsividad, irritabilidad, agresividad, ansiedad son los síntomas que se destacan. Se percibe angustia que intenta disimular.

Luego del nacimiento de su hijo, la convivencia en el hogar comienza a agravarse, fuertes discusiones y amenazas llevaron a la denuncia por parte de las referentes de la institución. La adolescente abandona el lugar sin un paradero claro; durante un tiempo convive con su suegra, luego con su padre y con conocidos que la auxilian; vínculos conflictivos con cada uno de ellos. Manifiesta intenciones de vivir sola en una pensión pero no cuenta con los recursos económicos para lograrlo.

Concorre al Centro de Salud con irregularidad respetando fundamentalmente los controles del bebé con quien demuestra un vínculo adecuado y cálido. Da comienzo a tratamiento psiquiátrico que a la brevedad abandona. Gran inestabilidad en la continuidad del proceso y en el ámbito laboral; luego de aproximadamente cinco meses deja de concurrir.

La historia de vida de esta adolescente, sus antecedentes de violencia y abuso así como los factores de riesgo observables durante el proceso de intervención, dan cuenta de una situación en la que no hubo una actuación oportuna ni adecuada que mitigara los posibles efectos de dichos eventos.

En este sentido, resultan útiles los aportes de Fiorini (1993) al referirse a la noción de situación y de series causales. El autor sostiene que se trata de fenómenos que responden a cierto encadenamiento causal, propios de una clase de fenómenos diferentes a otros, es decir, a otra serie; las cuales a su vez van configurando la situación. Así entonces, distingue entre serie corporal, familiar, laboral, evolutiva, social y también una serie prospectiva. “El aparato psíquico circula por todas las series” (p. 10). Teniendo en cuenta dicha clasificación, podría decirse que Cinthia presenta dificultades en todas ellas predominado cuestiones vinculares, es decir, inherentes a lo familiar y social producto de lo que ha sido el desarrollo de su vida y de cómo ha transitado etapas evolutivas tan importantes como lo son la niñez y la adolescencia.

En el *Manual de Psiquiatría de Niños y Adolescentes* (Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente, 2010), se hace referencia a que los menores víctimas de negligencia y abuso constituyen el subgrupo con mayor riesgo psicopatológico. Al parecer, las secuelas de diferentes formas de abuso crónico se manifiestan en diversas deficiencias del funcionamiento psíquico (vinculares, de autorregulación y control emocional) con secuelas psicopatológicas (disociación, agresividad, abuso de sustancias, ánimo depresivo), problemas de adaptación (relaciones de pareja, victimizaciones) entre otros tipos de alteraciones. Si bien no existe una categoría diagnóstica oficial, suele emplearse la denominación de Trauma Complejo o Trastorno Traumático del Desarrollo en aquellos que han sufrido a lo largo de su vida múltiples y persistentes experiencias traumáticas provocadas por las actuaciones u omisiones de sus criadores.

Evolutivamente, diría que la adolescente se encuentra transitando el pasaje de la adolescencia media a la tardía, donde es esperable cierto “caos” interior por las crisis propias de esta etapa. Sin embargo, resultan evidentes en mayor o menor medida, todas las manifestaciones recién mencionadas respecto al abuso crónico durante la infancia, especialmente aquello vinculado a la autorregulación y control emocional. Estos aspectos estarían indicando factores de riesgo dada la persistencia y repetición, ya no asociados a lo esperable en la adolescencia sino relacionado a los antecedentes y al contexto actual de la adolescente; lo cual trae como consecuencia la conducta suicida así como el consumo problemático de sustancias, entre otros comportamientos de riesgo.

Retomando los antecedentes, se pueden visualizar diversos hechos y conductas que perjudican su calidad de vida y, si bien se podría pensar en una intervención específica para cada una de las problemáticas (IAE, consumo problemático de sustancias, violencia, desempleo), considero pensarlas en conjunto ya que se trata de un círculo en el que convergen cada una de estas variables, el círculo de la exclusión social donde resulta fundamental además, prestar especial atención al recién nacido.

Este proceso de carácter acumulativo suele caracterizarse por fracaso escolar, relacionamiento inestable y agresivo, baja autoestima, impulsividad y pasaje al acto. Un transcurrir en el que predomina la frustración, la falta de control sobre sus vidas y la dependencia a instituciones, dando como resultado una vivencia del día a día, sobreviviendo, dificultando tanto para ellos como para los equipos de salud proyectos y planes de acción incluso a corto plazo (Giorgi, 2006). Dichos aspectos resultan claramente observables tanto en la sintomatología como en el relacionamiento interpersonal de esta adolescente. Asimismo, se visualiza una correlación con lo

mencionado anteriormente respecto al apego inseguro desorganizado. Claras consecuencias que a mi entender, la negligencia, la violencia y la falta de sostén tanto familiar como social trajeron aparejadas.

6. Promoción de Resiliencia como Promoción de la Salud

6.1. Promoción de la salud

En la normativa nacional respecto a creación, funcionamiento y financiamiento del SNIS, se hace mención a la promoción de la salud en tanto principio rector: "la promoción de la salud con énfasis en los factores determinantes del entorno y los estilos de vida de la población" (Ley N°18.211, Art. 3°) constituyendo un aspecto fundamental a la hora de intervenir.

La noción de promoción implica anticiparse a la patología, es decir, actuar sobre los factores de riesgo; no obstante, para actuar con mayor eficiencia resulta necesario conocer los factores de protección presentes en las personas, las familias y/o la comunidad, para promoverlos y compensar aquellos de riesgo (Melillo, Soriano, Méndez & Pinto, 2006). Esta idea apunta al concepto de resiliencia en el trabajo comunitario el cual considero esencial en un contexto de Primer Nivel de Atención, especialmente frente a problemáticas tales como las mencionadas anteriormente.

6.2. Resiliencia

El enfoque de resiliencia se basa en la premisa de que vivir en la pobreza así como en ambientes psicológicamente insanos constituye un alto riesgo para la salud física y mental de las personas. Sin embargo, más que centrarse en las condiciones que mantienen esta situación, la resiliencia sugiere observar aquellas otras que posibilitan un desarrollo más sano y positivo (Kotliarenco et al., 1997).

Es definida "como la capacidad del ser humano para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y ser transformado positivamente por ellas" (Munist et al., 1998 citado por Melillo et al., 2006, p.288).

Melillo et al. (2006) sostienen que siempre se puede construir resiliencia y reconstruirla porque nunca se "es" resiliente para siempre sino que se trata de un "estar" resiliente. Agregan además, que resulta de un equilibrio entre factores de riesgo y de protección en la vida del sujeto.

Los factores de riesgo son definidos como cualquier característica o cualidad de una persona o comunidad relacionada a una alta probabilidad de dañar la salud, mientras que por factores protectores se alude a las condiciones o los entornos capaces de favorecer el desarrollo de individuos o grupos, así como de reducir los efectos de circunstancias desfavorables (Munist et al., 1998).

6.2.1 Perfil resiliente

Las personas resilientes son aquellas que al estar expuestas a un conjunto de factores de riesgo poseen la capacidad de utilizar factores protectores para sobreponerse a la adversidad, crecer y desarrollarse adecuadamente a pesar de los pronósticos desfavorables (Munist et al., 1998).

Entre los atributos que han sido identificados como los más adecuados, Munist et al. (1998) destacan los siguientes.

Competencia social

Los niños y adolescentes resilientes responden más al contacto con otras personas generando más respuestas positivas. Se caracterizan por ser activos, flexibles y adaptables aún en la infancia así como por demostrar empatía y afecto. Suelen estar listos para responder a cualquier estímulo y comunicarse con facilidad. El sentido del humor es una cualidad muy valorada; implica poseer la habilidad de lograr alivio al reírse de las propias desventuras así como de buscarle el sentido cómico. Dicha competencia se expresa en los adolescentes a través de la interrelación con los propios pares y en la facilidad para hacer amigos de su edad.

Resolución de problemas

Refiere a la habilidad para pensar en abstracto reflexiva y flexiblemente así como la posibilidad de intentar soluciones nuevas para problemas tanto cognitivos como sociales.

Autonomía

El término difiere según los autores, algunos se refieren al sentido de independencia mientras que otros destacan la autodisciplina y el control de los impulsos. El factor protector al que se hace referencia es el sentido de la propia identidad, es decir, la capacidad para poder actuar independientemente y el control de algunos factores del entorno.

Sentido de propósito y de futuro

Alude a expectativas saludables, orientación hacia objetivos, motivación para los logros, fe en un futuro mejor así como sentido de la anticipación y de la coherencia. Las aspiraciones educacionales y el anhelo de un futuro mejor son las cualidades que preferentemente se han asociado a adultos resilientes.

Asimismo, resulta oportuno destacar otros atributos considerados pilares de la resiliencia tales como: autoestima consistente, introspección, independencia, capacidad de relacionarse, iniciativa, creatividad, moralidad y capacidad de pensamiento crítico. En el sentido de construir o reconstruir, mencionado anteriormente, es posible asociar dicho concepto al de promoción de la salud, es decir, fomentar aquellos factores saludables de la persona y la familia para mitigar así los efectos que determinadas situaciones han provocado, o para prevenirlos en un futuro. Propiciando además cambios para una mejor calidad de vida (Melillo, et al., 2006).

6.2.2. Promoción de la resiliencia

Continuando en la línea de la importancia e influencia del tipo de cuidado que los niños y adolescentes reciben así como de las condiciones en que se desarrollan, resulta evidente que la capacidad de resiliencia no sería ajena a ello.

La forma en que los padres y otras personas que cuidan a los niños responden a situaciones, y la forma en que ayudan a un niño a responder distingue a los adultos que promueven la resiliencia de aquellos que la destruyen o que transmiten mensajes contradictorios que a la vez promueven e inhiben o aplastan la resiliencia (Grotberg, 1996, p. 3).

Retomando las características que suelen caracterizar a las familias multiproblemáticas especialmente en contextos de vulnerabilidad referidas anteriormente, se podría pensar que aquellos niños y adolescentes que crecen en ambientes donde prevalecen las crisis, la comunicación disfuncional, el abandono o dificultades en las funciones parentales así como el aislamiento y la exclusión, difícilmente desarrollen la capacidad de resiliencia; al menos no su máximo potencial. A pesar de ello, resulta fundamental detectar factores protectores que puedan ser estimulados para propiciar dicha capacidad.

A modo de ejemplo, la siguiente viñeta refiere a un adolescente que a pesar de las vicisitudes que ha vivenciado posee aspectos sanos que compensan aquellos riesgos a los que cotidianamente se enfrenta y que, indudablemente, constituyen aspectos a continuar promoviendo.

6.3. Viñeta clínica: Maximiliano 15 años

Derivado por médica de familia a Espacio Adolescente (véase Anexo 3.B)

Vive junto a su madre en un pequeño asentamiento irregular en condiciones muy precarias. En otra vivienda, allí ubicada también, vive su hermano mayor (consumidor esporádico de pasta base de cocaína, según refiere el adolescente) con su esposa y cuatro hijos, quienes se encuentran recibiendo asistencia por parte de Equipos Territoriales de Atención Familiar (ETAF véase Anexo 3.D) e Instituto Nacional de Alimentación (INDA).

Al concurrir a Espacio Adolescente, Maximiliano refiere haberse mudado a dicho asentamiento luego de que fueran desalojados de la vivienda que "ocupaban" en el barrio Cerro, Montevideo. Manifiesta intenciones de estudiar y haber cursado primer año en Universidad del trabajo del Uruguay (UTU). Desvinculado del sistema educativo hace dos años a causa de que al parecer no hay cupos cuando su mamá lo va a inscribir. Ni ella ni él trabajan, se alimentan una o dos veces al día en la casa de su hermano.

Se observa timidez y una sonrisa que por momentos esboza. Refiere tener varios amigos y buena relación con ellos, aunque no los ve frecuentemente ya que pertenecen al barrio donde él ya no vive. Cuando obtiene dinero concurre a verlos. Refiere sentirse bien aunque con gran deseo de mudarse de dicho asentamiento y continuar estudiando.

En el contexto de este adolescente se observan factores de alto riesgo como la contaminación ambiental, las condiciones de su vivienda y la alimentación inadecuada. Asimismo, la exposición al consumo de sustancias por parte de su hermano, la desvinculación del ámbito educativo y el grupo de pares tan importante en esta etapa, propicia el aislamiento y otras conductas de riesgo. Como elementos protectores se destaca la buena relación con sus amigos y, a pesar de las dificultades, el apoyo familiar. Otro elemento importante a señalar es su intención de continuar estudiando, lo cual es un aspecto que debería priorizarse al momento de intervenir, intentando facilitarle el acceso al sistema educativo lo cual sin duda se trata de un factor protector.

En este sentido, Mattos (véase Anexo 2) sostiene que generalmente los procesos de intervención más ricos se dan con adolescentes que se encuentran insertos en el ámbito educativo, que tienen vínculos familiares y con pares más o menos sanos y que están motivados por hacer cosas; siendo ellos mismos quienes quieren salir adelante. En contraposición, señala que hay adolescentes que llegan "tocando fondo" a quienes no se los ha motivado, donde no hay un referente familiar y, en ocasiones, tampoco a nivel institucional. Muchos de ellos además con historias de tránsito por diferentes hogares de INAU, con autoestima muy baja, donde resulta difícil hacer "resurgir algo". Casos donde necesariamente se intenta focalizar en los aspectos más sanos que se puedan observar para rescatarlos y motivar desde ese lugar.

Ambos extremos muestran una vez más, la gran influencia del ambiente y de los vínculos interpersonales al momento de superar los obstáculos y mejorar la calidad de vida.

Por su parte, Valdez (véase Anexo 1) enfatiza en la importancia de buscar alianza con la familia, de intentar potenciar los aspectos más sanos y las capacidades de sobreponerse a las situaciones críticas en las que viven. Agrega además, que muchas veces se presentan personas que poseen enormes recursos y que se aprende también de ellas.

El concepto de resiliencia y la posibilidad de su promoción tienen la virtud de una transdisciplinariedad fructífera entre el ámbito social y psicológico de la salud, abriendo perspectivas de trabajo e investigación en esta suerte de “prevención primordial”, anterior a la emergencia de una patología o problema. El yo (resiliente) aumenta su capacidad para procesar e instrumentar esos conflictos de un modo “saludable” (Melillo, et al., 2006, p. 299).

En este sentido, y a la luz de las viñetas referidas, resulta evidente la importancia de promover la capacidad de resiliencia desde la infancia, incluso desde el embarazo. Fomentar hábitos saludables para que el niño y posterior adolescente sea capaz de desarrollar recursos que le permitan superar posibles adversidades, evitando la emergencia de problemas y patologías graves.

7. Intervenciones desde un Primer Nivel de Atención

7.1. Consideraciones generales

Tratándose de un Primer Nivel de Atención las situaciones a abordar son tan heterogéneas como sea la población ya que se trata del primer contacto que ésta tiene con el sistema de salud. Debido a ello es de esperar que la resolución de la consulta no resulte lineal. La mayoría de los casos se encuentren atravesados por diversas variables para lo cual el técnico, o en el mejor de los casos el equipo interdisciplinario, deberá pensar en un abordaje integral, lo cual implica ante todo abrir redes, es decir, coordinar y trabajar en equipo con otros técnicos de la misma u otras instituciones para brindar una adecuada y eficaz respuesta a los usuarios.

Intervenciones de esta índole pueden generar efectos negativos si no se realizan de forma coordinada y en conjunto con la familia. Colapinto (1995) citado por Gómez et al. (2007) hace referencia a la disolución de los procesos familiares, entendida como la transferencia de las funciones parentales y familiares hacia los servicios sociales. Agrega que es producto de la multi-asistencia sostenida en el tiempo y la invasión progresiva en todas las áreas de la vida familiar por parte de los profesionales, anulando los recursos potenciales de la propia familia. Es por ello que el abordaje debe ser articulado y desde una perspectiva integral.

Considero oportunas las palabras de Morin citado por Muniz (2005) al referirse a estrategia; el autor sostiene que

(...) la acción es estrategia. La palabra estrategia no designa a un programa predeterminado... permite, a partir de la decisión inicial, imaginar un cierto número de escenarios para la acción, escenarios que podrán ser modificados según las informaciones que nos lleguen en el curso de la acción y según los elementos aleatorios que sobrevendrán y perturbarán la acción (p. 18-19).

Las viñetas referidas anteriormente ilustran la diversidad de la consulta y por ende de sus correspondientes abordajes. Albajari (2004) citando a Rogers (1966) plantea que “el objetivo de la entrevista no consiste en encontrar una explicación, un consejo o una solución a determinado problema sino permitir que el mismo sujeto la encuentre” (p. 21).

Durante mi experiencia pude apreciar que en algunas intervenciones los profesionales asumen un rol más activo considerando la urgencia y/o gravedad como factor determinante. Paralelamente se brinda acompañamiento y orientación dependiendo la situación para propiciar el empoderamiento de poblaciones vulnerables.

En líneas generales me gustaría destacar la importancia de la perspectiva desde la cual se interviene. El modelo de activos para la salud basa sus intervenciones en propuestas sustentadas en el desarrollo de las capacidades, habilidades y recursos que tienen las personas y comunidades. Los abordajes propenden a identificar los “activos” para fomentar luego capacidades y talentos individuales, colectivos y ambientales (Kretzman & Mcknight, 1993 citado por Aportes para el abordaje la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel, 2015).

El modelo de activos se ve sustentado en el concepto de salutogénesis, el cual supone que la atención debe centrarse en aquellos factores generadores de salud en contraposición al concepto de patogénesis. Además, con el “mapeo de activos” se propone una cooperación para que la comunidad y los profesionales elaboren un mapa donde se identifiquen las oportunidades y fortalezas con las que cuentan para promover salud. Por último, resulta necesario la evaluación del modelo a partir de indicadores fiables con los cuales se investigan factores protectores y de riesgo (Antonovsky, 1997; Kretzmann, s.f. citado por Aportes para el abordaje la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel, 2015).

Resulta interesante tener en cuenta dicho modelo a la hora de intervenir especialmente en barrios desfavorecidos y poblaciones vulnerables ya que la propuesta no sólo posibilita el desarrollo de habilidades para la búsqueda de soluciones positivas en la cotidianeidad sino que promueve el empoderamiento de las personas en oposición a la dependencia con las instituciones. Infancia y adolescencia son etapas claves del desarrollo por lo cual merecen una especial atención al respecto.

7.2. Intervenciones con niños

Las intervenciones con niños implican indefectiblemente un trabajo con padres y/o referentes. Resulta necesario realizar un diagnóstico que incluya a ambas partes, enmarcado en el contexto social en el cual habita la familia, incluyendo además la perspectiva de los maestros y centros comunitarios de la zona. Los encuentros con los padres deben favorecer la confianza y resultarles útiles. Es a través de ellos que se puede ayudar al niño y al entorno que se encuentra propiciando problemáticas como las mencionadas con anterioridad, especialmente la disregulación emocional (Miller, 2013).

Resulta importante focalizar en las vivencias de los padres, conocer cómo ha sido el desarrollo del niño a través de lo que ellos recuerdan y sienten. Asimismo, rescatar aquellos aspectos positivos del niño, de ellos y de la situación para fortalecer el deseo de ayudarlo y ayudarse, así como promover confianza de que podrán hacerlo (Miller, 2013).

Valdez (*véase Anexo 1*), respecto a los datos que intenta indagar en los primeros encuentros sostiene que toma en cuenta el desarrollo del niño, cómo funciona en su escolaridad, el vínculo con pares, el juego y fundamentalmente el funcionamiento familiar en el que está inserto. Realiza un diagnóstico de la situación en la que el niño se encuentra para evaluar si el síntoma que presenta está vinculado a una problemática a nivel familiar o a un problema específico en él.

En casos de familias vulnerables, la Licenciada sostiene que se evalúa qué tipo de intervención es posible realizar desde el Centro de Salud, tratándose generalmente de intervenciones focales. Frente a situaciones complejas se procura un abordaje en equipo dentro del servicio y con otras instituciones. A modo de ejemplo menciona las coordinaciones con INAU, con clubes de niños y con CAIF haciendo alusión a redes focales, es decir estrategias adecuadas a la situación que son elaboradas en conjunto y desde una perspectiva integral para evitar así la múltiple intervención.

Una vez que el proceso ha comenzado y que se ha entablado un vínculo de confianza con los padres se intenta con el niño, explorando sus percepciones respecto a sí mismo y a los otros. La comunicación podrá ser mediante la palabra si las herramientas del niño lo permiten o mediante el juego buscando siempre la comprensión. Aspirando a generar un vínculo de apego seguro que sirva como modelo y lo ayude a reproducirlo con sus pares y adultos (Miller, 2013).

Un encuadre flexible resulta fundamental en este tipo de intervenciones, especialmente cuando se trata de familias multiproblemáticas. Los encuentros son con los padres, con

el niño y quizás también con otros referentes que puedan ser de utilidad en el proceso de intervención. Asimismo, el Primer Nivel de Atención implica un rol más activo por parte del psicólogo debido al tiempo con el que se cuenta para trabajar. Algunas intervenciones apuntan a brindar información y/o a orientar en relación a pautas de crianza. Se intenta generar alianza con los padres, con sus aspectos más sanos, para poder intervenir y tratar de destrabar las situaciones de complejidad (Valdez, véase Anexo 1).

Valdez (véase Anexo 1) afirma que el soporte familiar resulta fundamental para la adhesión al tratamiento; las situaciones más complejas se presentan cuando no se logra una alianza con la familia ya que no llevan al niño a la consulta. En situaciones en las que se observan factores de riesgo que preocupan al equipo de salud se plantean otras modalidades de intervención tales como visitas domiciliarias y coordinaciones con otras instituciones, llegando incluso a informar al juez al respecto y sobre la importancia de que el niño reciba tratamiento. Se presentan situaciones en las que hay una gran fragilidad en las figuras parentales; padre ausente y una madre que por su propia historia de vida y sus propias dificultades se ve limitada en la disponibilidad para cumplir con la maternidad. En estos casos resulta fundamental que hayan otras personas significativas para el niño; cuando se observa que la madre está sola con escaso sostén familiar y que presenta una mayor fragilidad se apela a que el infante esté vinculado a un CAIF para que gran parte del día pueda estar en un lugar donde reciba contención y donde sus necesidades sean tenidas en cuenta.

Respecto a la evolución de los niños en este contexto, Valdez (véase Anexo 1) sostiene que la población con la que se trabaja se caracteriza por la inestabilidad en la vivienda, el trabajo y también en lo emocional. El niño para su sano desarrollo necesita estabilidad así es que, de acuerdo a su experiencia, ha podido comprobar que cuando las condiciones familiares cambian se ven los cambios en el niño; es decir, a mayor estabilidad y mayor contención, hay un mejor funcionamiento en él.

En este sentido considero relevante destacar el trabajo a realizar con la familia, el cual supone la elaboración de estrategias desde una perspectiva integral que apele a la estabilidad, al acomodo de aquellos desajustes que dificultan el relacionamiento intrafamiliar e interpersonal. Retomando lo manifestado anteriormente respecto a la vulnerabilidad social y a las familias multiproblemáticas, entiendo pertinente un abordaje que apunte a las diversas variables en juego. Cuando la falta de recursos es tal que no permite satisfacer las necesidades básicas estamos frente a situaciones que se verán claramente complejizadas aun cuando sí se haya generado alianza con la familia.

7.3. Intervenciones con adolescentes

La utilización de la *Historia Clínica del Adolescente (HCA véase Anexo 3.C)* constituye una herramienta recomendable para evaluar la situación psicoemocional, hábitos, historia personal, características familiares y la existencia de cualquier tipo de violencia. Los datos a indagar permiten conocer la percepción de los adolescentes sobre ellos mismos y sobre cómo creen ser vistos por sus pares, lo cual es de gran relevancia para diagnósticos oportunos vinculados a la autoestima (Aportes para el abordaje de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel, 2015).

En los encuentros se procura un diálogo con escucha atenta, lenguaje claro, mensajes concretos, sugiriendo pequeños cambios y no la erradicación total de determinados hábitos. Las preguntas suelen ser en su mayoría abiertas sin utilizar juicios de valor (Aportes para el abordaje de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel, 2015). Sin embargo, las preguntas específicas y concretas pueden resultar oportunas frente aquellos que tienden a no responder fluidamente.

A través de la orientación brindada se propende resaltar los beneficios de determinadas acciones promoviendo el empoderamiento y la capacidad de resiliencia. Un aspecto a destacar de los encuentros con adolescentes es evitar el rol parental tanto como el rol de par, y observar contradicciones entre el lenguaje verbal y no verbal así como entre el relato familiar y el del adolescente. Asimismo, la privacidad y la confidencialidad son aspectos a tener en cuenta durante el proceso de intervención (Aportes para el abordaje de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel, 2015).

Tal como mencionaba anteriormente, la adolescencia se caracteriza por ser una etapa de cambios donde suelen surgir conflictivas vinculadas al relacionamiento con sus padres, inestabilidad emocional y conductas de riesgo. Es esperable que dichos sucesos puedan verse agravados en contextos de vulnerabilidad social. Evaluar factores de riesgo de manera oportuna resulta esencial; los controles de salud son una oportunidad para captar al adolescente y dar comienzo a un proceso de intervención en caso de que sea necesario.

Muchas veces los procesos se ven interrumpidos por el propio funcionamiento del adolescente y del contexto en el que se encuentra. Sin embargo, también es verdad que logran resolver de alguna manera aquello que necesitan ya que han aprendido a sobrevivir. Makowski (2010) al referirse a los aprendizajes adquiridos en la calle, sostiene que han aprendido a defenderse, a ser violentos, a no tener miedo, a valerse por sí mismos para la obtención de comida y dinero, así como también a tomar distancia de lo

que han padecido a lo largo de su vida. Además, un detalle no menor es el aprendizaje vinculado a las instituciones y a lo que pueden obtener de ellas. En este sentido, Mattos (*véase Anexo 2*) refiere que generalmente este tipo de adolescentes se “enganchan” con algo que se les puede ofrecer, algo tangible, por ejemplo formularios necesarios para determinados trámites lo cual se transforma también en una oportunidad para mantener un encuentro con el adolescente.

Mattos (*véase Anexo 2*) refiere que en las entrevistas intenta indagar acerca de los vínculos familiares e interpersonales, lo educativo y recreativo, la visión de sí mismo y la autoestima así como aspectos de la comunicación no verbal, elementos que coinciden con lo sugerido en la HCA. Generalmente observa vínculos conflictivos con padres y hermanos, ausencia de proyectos, desmotivación y apatía. Ante situaciones complejas, al igual que las intervenciones con niños, se intenta contactar referentes familiares y/o institucionales, coordinar con equipos de Salud Mental correspondientes al Segundo Nivel de Atención así como con programas de índole social, por ejemplo: ETAF, Jóvenes en Red o Uruguay Crece Contigo (*véase Anexo 3.E y 3.F*).

En casos de adolescentes muy vulnerables las intervenciones tienden a interrumpirse, frente a lo cual resulta conveniente proponer pequeños objetivos a medida que el proceso continúa. Asimismo, el abordaje no puede ser pensado desde el sector salud aisladamente sino que resulta esencial el apoyo de la red, tanto dentro como fuera del servicio de salud (Mattos, *véase Anexo 2*).

Las intervenciones socioeducativas constituyen un aporte valioso en el abordaje de esta población ya que además de favorecer el desarrollo socioemocional, sirven de base al proceso de motivación para el cambio. Las oportunidades que se le ofrecen al adolescente permiten nuevas experiencias de aprendizaje, autoestima, aceptación y vinculación con otros. Pueden desarrollarse a través de talleres, intervenciones grupales y a través de actividades motivadoras coherentes a sus características e intereses: lúdicas, culturales, recreativas, deportivas, creativas, solidarias, comunitarias así como paseos y excursiones. Asimismo, estas actividades ofician de estrategias para ir profundizando paulatinamente en las necesidades, inquietudes y problemáticas que presentan acerca de diversas cuestiones tales como sexualidad, violencia intrafamiliar, consumo de sustancias, entre otras (Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes, 2005). Para que estas actividades puedan ser llevadas a cabo es primordial un trabajo en red que apunte a prevenir factores de riesgo pero sobre todo con gran énfasis en la promoción de la salud, lo cual se relaciona directamente con la promoción de resiliencia.

CONCLUSIONES

Las conceptualizaciones realizadas hasta el momento permiten una apreciación de la complejidad del tema abordado. Si partimos de la perspectiva del desarrollo humano, se puede visualizar que durante los primeros años de vida el sostén familiar, especialmente la figura materna es fundamental ya que su rol, entre otros, es el de alimentar al recién nacido y brindarle los cuidados básicos para su supervivencia. Sin embargo dicha función no es suficiente para que el desarrollo ocurra saludablemente. El niño debiera crecer en condiciones favorables que posibiliten el despliegue de su potencial, lo cual implica entre otras cosas, nutrición adecuada a la edad, protección, educación y sobre todo afecto.

De las características y calidad de los primeros vínculos dependerá en gran medida el modo en que el niño se relacione con los demás. En este sentido se podría decir que Winnicott (1956) y Bowlby (1969, 1973, 1980, citado por Bleichmar, 2005; 2012) con los conceptos referidos anteriormente, coinciden en el gran valor de la interacción madre-bebé. En la misma línea Miller (2013) enfatiza en la incidencia sobre la regulación afectiva y las repercusiones de ello vinculado al comportamiento y el aprendizaje. Los aportes de estos autores dan cuenta de la infancia como un período crucial en la vida del sujeto. De la interacción referida y de los vínculos significativos, el niño va internalizando una imagen de sí mismo y de los demás, por ello es de suma importancia el afecto y la seguridad brindada además de una adecuada estimulación evitando ambientes nocivos que perjudiquen su desarrollo.

Posteriormente encontramos que la latencia constituye un período especial dado la inserción del niño en el ámbito educativo y todo lo que ello trae aparejado. Aquí el rol familiar también es importante ya que no sólo necesita del apoyo y ayuda en sus nuevos descubrimientos y procesos de aprendizaje sino que también son quienes pueden posibilitarle o limitarle el acceso a nuevas habilidades e intereses; la demostración de afecto y la estimulación a la obtención de logros pueden marcar la diferencia entre niños felices y niños desdichados.

La socialización, ya iniciada en años anteriores, se vuelve predominante en la adolescencia. El grupo de pares comienza a tener un rol destacado en la vida del sujeto y aunque el relacionamiento con los padres pueda presentar dificultades continúa siendo de gran relevancia. Una comunicación adecuada es esencial en esta etapa ya que no sólo resulta una vía a través de la cual educar y demostrar afecto sino que puede contribuir a prevenir determinadas conductas de riesgo que prevalecen en este período y así proteger al adolescente.

En casos de pobreza y de vulnerabilidad social es esperable encontrar que muchas de las necesidades básicas de niños, adolescentes y de la familia en su conjunto no son satisfechas. Desde lo más concreto vemos que la falta de recursos económicos dificulta el acceso a la alimentación, vivienda, vestimenta y transporte. Vivir en estas condiciones deriva en cierto aislamiento cuyo origen es difícil de delimitar. Además de las dificultades materiales, este contexto suele caracterizarse por relaciones conflictivas con estructuras familiares inestables que tienden a ser monoparentales. Asimismo los roles difusos, la violencia y las fallas en las funciones socializadoras y educativas dan como resultado que niños y adolescentes presenten alteraciones en el apego así como en la capacidad de inserción y adaptación social.

Estos aspectos, referidos anteriormente por Gómez et al. (2007) se ven complementados por lo que Giorgi (2006) sostiene respecto a la exclusión social. El autor hace mención, entre otras cosas, a las experiencias que tienden a fijar al sujeto en esa condición. A mi entender, la transmisión intergeneracional es una variable que incide notoriamente en que determinados comportamientos y estilos de vida continúen en esa línea así como en la naturalización que se aprecia en muchas familias. En la clínica es posible observar que hay quienes sí reconocen posibles desajustes y la influencia de ello en los síntomas que presentan sus hijos. Sin embargo existen otros que no logran ver un conflicto; por su propio funcionamiento psíquico y por la naturalización que muchas veces oficia de obstáculo, no poseen la capacidad de reflexionar al respecto y por ende continúan en el círculo de la exclusión social, donde sin duda los más vulnerables son los niños por la escasa probabilidad que presentan de revertir dicho proceso.

El estilo de crianza así como el afecto recibido en la infancia y adolescencia repercuten en las competencias parentales que luego se reproducen. Así es que muchas veces es posible evidenciar que la madre y en el mejor de los casos la pareja, no cuenta con los recursos ni con la disponibilidad afectiva para criar a sus hijos. Entre los efectos más notorios encontramos alteraciones en el apego lo cual incide en el posterior relacionamiento del niño con otras personas; limitaciones en la creatividad, imaginación, percepción y otras capacidades generan tensión y desorganización repercutiendo en el comportamiento y en el aprendizaje. A medida que el niño crece se complejiza la situación; la baja autoestima junto a la repetición de experiencias negativas aumenta las probabilidades de desarrollar conductas de alto riesgo tales como consumo de sustancias, actos disruptivos, conducta suicida, entre otras.

Las viñetas clínicas expuestas anteriormente ilustran de manera concreta, y a modo de ejemplo, las repercusiones de las fallas u omisiones durante la crianza de niños y

adolescentes destacándose la violencia como factor que se repite en los antecedentes de éstos, así como la inestabilidad del núcleo familiar y las condiciones de pobreza.

Creer en este tipo de contexto implica indudablemente una alta probabilidad a desarrollar algunas de las alteraciones mencionadas, sin embargo no es determinante. Aquí entra en juego la noción de resiliencia, un importante factor a tener en cuenta al momento de trabajar con esta población. Así como otras, la capacidad de resiliencia depende en gran medida de que se hayan dado las condiciones para su desarrollo, y con esto no me refiero únicamente al sostén familiar sino a todos aquellos significativos para el niño y el adolescente.

La resiliencia implica que el sujeto es capaz de utilizar aquellos factores protectores para sobreponerse a las adversidades y continuar desarrollándose saludablemente a pesar de pronósticos desfavorables. La capacidad de introspección, iniciativa, humor, autonomía y expectativas saludables constituyen algunas de las cualidades que se destacan en este perfil (Munist et al., 1998). Esta capacidad puede estar presente durante toda la vida del sujeto, transitoriamente o incluso nunca desarrollarse.

Los aportes de Grotberg (1996), Kotliarenco et al. (1997) junto a los de Melillo et al. (2006) respecto a la resiliencia dan cuenta de los beneficios que ésta trae aparejados. Poseer las cualidades recién mencionadas implica contar con recursos, con factores protectores que no sólo son utilizados para enfrentar las desventuras sino que posibilitan una mejor calidad de vida. El modo en que nos relacionamos y enfrentamos los retos propios de la cotidianeidad condiciona notoriamente el logro de nuestros objetivos así como también el fracaso. Aunque no constituye un factor determinante sí resulta de gran valor, especialmente en poblaciones vulnerables.

En este sentido y aludiendo a la noción de promoción de la salud, considero que ambas conceptualizaciones se complementan. Los abordajes con familias multiproblemáticas requieren de estrategias integrales que anticipen la patología, actuando sobre los factores de riesgo. No obstante, una mejor alternativa procura conocer los factores protectores presentes en las personas y en la comunidad para promoverlos, y de esa manera hacer posible que las familias cuenten con sus propios recursos propiciando el empoderamiento en contraposición a la dependencia con las instituciones.

Esta perspectiva coincide con el modelo de activos para la salud, el cual basa sus intervenciones en el desarrollo de habilidades y recursos que tienen las personas y la comunidad (Kretzman & Mcknight, 1993 citado por Aportes para el abordaje la Salud de

Adolescentes en el Primer Nivel, 2015). Considero de suma de importancia el rol que desempeña esta última respecto de los procesos de intervención. Los recursos comunitarios a los que se recurre en determinados abordajes tales como, CAIF, clubes de niños y juveniles, centros culturales, entre otros, tienen mucho que ofrecer. Son espacios donde el niño y el adolescente pueden conocer personas significativas y disfrutar de experiencias que tal vez resultan opuestas a lo que les es familiar. No se trata de sustituir referentes sino de complementar la vida del sujeto con otros vínculos y posibilidades que lo motiven y lo sostengan emocionalmente desde una perspectiva de derechos.

Gran parte de las intervenciones desde un Primer Nivel de Atención se resuelven en coordinación con estas instituciones, solicitando su visión respecto de determinada situación familiar o procurando la inclusión de algún niño o adolescente en ellas cuando se considera necesario. Asimismo, los diversos programas de índole social también son requeridos con frecuencia; en conjunto con ellos se logran determinados objetivos que el sistema sanitario de forma aislada no sería capaz de resolver, ya que como sugería anteriormente, implica un trabajo en red, interdisciplinario y desde un enfoque integral.

A pesar de dichas coordinaciones, las intervenciones suelen complejizarse sin lograrse los objetivos planteados. La inestabilidad de las familias, las crisis recurrentes, la falta de adhesión al tratamiento y/o proceso de intervención hace que el mismo se vea interrumpido en muchas ocasiones lo cual conlleva a repensar el escenario y el planteo de nuevas estrategias. Sin embargo, en caso de varios intentos fallidos el abordaje se detiene hasta tanto haya una demanda por parte de la familia y/o el adolescente. En algunos casos de gravedad y de riesgo para la salud las alternativas son más claras dado que las normativas jurídicas así lo indican.

Las entrevistas a informantes calificados anexadas en el presente, dan cuenta de ésta y otras cuestiones vinculadas a las dificultades que se presentan en estos abordajes, predominando la falta de sostén familiar como uno de los factores más influyentes. En intervenciones con niños queda evidenciado por un no reconocimiento del problema y por ende no concurren a las consultas acordadas; así es que si no se logra una alianza con la familia el trabajo con el niño se ve limitado. En los adolescentes se visualiza en los antecedentes; el abandono de funciones parentales junto a los diversos factores de riesgo que suelen caracterizarlos (baja autoestima, apatía, fracaso escolar, vínculos conflictivos, entre otros) dan como resultado una gran inestabilidad en ellos mismos, con una vivencia del presente sin expectativas ni planes a futuro, lo cual obstaculiza la mayoría de los objetivos planteados por el equipo de salud.

Frente a este tipo de dificultades resulta fundamental no sólo generar un vínculo de confianza sino proponer pequeños cambios. Procurar encuentros que resulten útiles y valiosos para el niño, el adolescente y la familia es fundamental ya que gran parte del éxito o fracaso dependerá de cómo éstos se hayan dado, especialmente los primeros. Asimismo, un diagnóstico situacional realizado desde una perspectiva integral posibilita tener una adecuada visión del caso y prevenir determinados escenarios que puedan complejizar la situación.

El trabajo en red dentro y fuera de la institución implica un aporte valioso siempre y cuando sea articulado y no suponga una múltiple intervención. En situaciones de gran vulnerabilidad es preciso establecer prioridades y trabajar en conjunto para que necesidades básicas como alimentación y vivienda sean satisfechas. En la práctica, a pesar de la urgencia, no se logran revertir con la agilidad que debieran por cuestiones burocráticas e institucionales que si bien no constituyen el foco del presente trabajo, sí merecen mención. Mientras se esperan respuestas, se procura continuar el abordaje con aquellos aspectos que estén al alcance de los equipos y de las familias.

Luego de conocer la dinámica de un Primer Nivel de Atención y a la luz de la presente articulación conceptual, debo decir que mi opinión respecto de las intervenciones allí realizadas coincide con la perspectiva de la promoción de la salud. Los diferentes abordajes llevados a cabo así lo reflejan; estrategias que apuntan al empoderamiento, a reforzar los factores protectores, a generar nuevos vínculos, a formar parte de actividades comunitarias propician a la vez el desarrollo de la capacidad de resiliencia.

El proceso de intervención difícilmente resulte lineal o continuo y tampoco importa mucho que así sea; el valor está dado por los logros y por lo significativo que resulte para el niño, el adolescente y la familia.

Las diversas estrategias llevadas a cabo serán eficaces siempre y cuando haya un compromiso por parte de los equipos involucrados. Importa la demanda y la adhesión a los tratamientos por parte de los usuarios, pero a mi modo de verlo, importa aún más el modo en que nos relacionamos con ellos. La empatía es una de las cualidades fundamentales en este tipo de abordajes y es algo que no se enseña sino que se siente o no. En escenarios tan complejos y de tanta inestabilidad es fácil detenerse a causa de las vicisitudes emergentes, sin embargo son aspectos que se han de prever para evitar que nuestro quehacer influya negativamente en el proceso. Es verdad también que hay limitaciones frente a las cuales no se encuentran alternativas pero un trabajo en red

donde se haga un uso óptimo de los recursos disponibles, es en principio la mejor opción para comenzar a pensar soluciones que reviertan los efectos de la exclusión.

En definitiva se debiera apelar a un trabajo donde las diversas instituciones (sociales, educativas, sanitarias, culturales, entre otras) confluyan en mejores políticas, que desde una perspectiva integral y de derechos promueva una mejor calidad de vida para las familias, repercutiendo directamente en los más vulnerables. CAIF, Jardines de infantes, Escuelas, Liceos, centros comunitarios y culturales, constituyen espacios donde niños y adolescentes concurren con frecuencia y resultan ser idóneos para la promoción de la resiliencia, para la promoción de la salud.

La articulación conceptual llevada a cabo y sus correspondientes reflexiones, sustentada en la experiencia y la teoría, supone una aproximación a problemáticas que a pesar de ser analizadas por diversos autores merecen ser repensadas hasta tanto no se logren revertir.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administración de los Servicios de Salud del Estado (Uruguay). (s.f.). *Espacio Adolescente*. Recuperado de: <http://www.asse.com.uy/contenido/Espacio-Adolescente-5376>
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. (2004). *Desarrollo Psicológico. Escuela de padres. Tema 1*. Recuperado de: <http://www.aepap.org/pdf/psicologico.pdf>
- Albajari, V. (2004) La entrevista. En *La entrevista en el proceso psicodiagnóstico* (pp. 13-24) Buenos Aires, Argentina: Psicoteca Editorial.
- Amorín, D. (2010). Pubertad y Adolescencia. En *Apuntes para una posible Psicología Evolutiva* (pp. 121-128). Montevideo, Uruguay: Psicolibros Waslala.
- Aportes para el abordaje de la Salud de Adolescentes en el Primer Nivel*. (2015) Montevideo, Uruguay: Imprenta Cilgraf.
- Asociación Española de Psiquiatría del Niño y del Adolescente. (2010). Trastorno reactivo del vínculo, TEPT y abuso crónico. En *Manual de Psiquiatría del niño y del adolescente* (pp. 129- 143). Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana.
- Barrio del Campo, J. y Salcines Talledo, I. (2012) Características de la comunicación entre los adolescentes y su familia. En *INFAD. Revista de Psicología*, 1(1) (pp. 393-402). Recuperado de: http://dehesa.unex.es/xmlui/bitstream/handle/10662/2733/0214-9877_2012_1_1_393.pdf?sequence=1
- Barudy, J. (2005). El poder de los buenos tratos: bases biológicas, psicológicas y sociales. En: J, Barudy y M, Dantagnan, *Los buenos tratos a la infancia: Parentalidad, apego y resiliencia* (pp. 23-42). Barcelona, España: Gedisa S.A.
- Belandia et al. (2010) Organización Panamericana de la Salud. *Sistema Informático del Adolescente*. Recuperado de: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=135%3Asistema-informa%C2%A1tico-del-adolescente-sia&Itemid=234&lang=es
- Bleichmar, E. (2005). El sistema motivacional del apego y de cuidados del adulto. En *Manual de Psicoterapia de la relación padres e hijos* (pp. 87-236). Buenos Aires, Argentina: Paidós.

- Bowlby, J. (2012). Conferencia 7, El papel del apego en el desarrollo de la personalidad. En *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría del apego* (pp. 140-158). Barcelona, España: Paidós.
- Consejo Nacional para el Control de Estupefacientes (Chile). (2005). *Intervención Psicosocial. Prevención selectiva del consumo de para niños/as y adolescentes en vulnerabilidad social*. Recuperado de: <http://www.carm.es/ctra/cendoc/haddock/13373.pdf>
- Cusminsky, M., Lejarraga, H., Mercer, R., Martell, M. y Frescina, R. (1994). Organización Panamericana de la Salud. Aspectos generales de crecimiento y desarrollo. Cap. I. Crecimiento: enfoque conceptual. En *Manual de crecimiento y desarrollo del niño*. Recuperado de: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/3123>
- El gesto espontáneo. (s.f.). Recuperado de: <http://elgestoespontaneo.com/html/vocabulario.html>
- Fiorini, H. (1993). Exploración de la situación como una modalidad de abordaje en Psicoterapias. En *Estructuras y abordajes en Psicoterapias Psicoanalíticas* (pp. 1-19). Buenos Aires, Argentina: Editorial Nueva Visión.
- Giorgi, V. (2006). Construcción de la subjetividad en la exclusión. En Red Iberoamericana de ONGs en Drogas. *Seminario: Drogas y exclusión social* (pp. 46- 56). Montevideo, Uruguay: Atlántica.
- Gómez, E, Muñoz, M. y Haz, A. (2007). *Familias Multiproblemáticas y en Riesgo Social. Características e Intervención*. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v16n2/art04.pdf>
- Grotberg, E. (1996). Organización Panamericana de la Salud. *Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano*. Recuperado de: http://issuu.com/bernardvanleerfoundation/docs/guia_de_promocion_de_la_resiliencia_en_los_ninos_p
- Ibáñez, M. (2013). El estudio del apego y de la función reflexiva: instrumentos para el diagnóstico y la intervención terapéutica en salud mental. En *Temas de Psicoanálisis*, 5 (pp.1-26). Recuperado de: <http://www.temasdepsicoanalisis.org/el-estudio-del-apego-y-de-la-funcion-reflexiva-instrumentos-para-el-diagnostico-y-la-intervencion-terapeutica-en-salud-mental/>

- Kotliarenco M., Cáceres, I. y Fontecilla, M. (1997). Organización Panamericana de la Salud. *Estado de arte en resiliencia*. Recuperado de: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resil6x9.pdf>
- Makowski, S. (2010). *Jóvenes que viven en la calle*. Universidad Autónoma Metropolitana-Iztapalapa. México: Siglo Veintiuno Editores.
- Melillo, A, Soriano, R, Méndez, J y Pinto, P. (2006). Salud Comunitaria, salud mental y resiliencia. En A. Melillo, E. Suárez y D. Rodríguez (Comps.) *Resiliencia y subjetividad. Los ciclos de la vida* (pp. 287-300). Buenos Aires, Argentina: Paidós.
- Miller, D. (2013). La regulación del afecto en el desarrollo infantil. En *Las huellas del afecto. La regulación afectiva en el desarrollo de la personalidad* (pp. 25- 43). Montevideo, Uruguay: Editorial Grupo Magro.
- Munist, M., Santos, H., Kotliarenco, M., Suárez, E., Infante, F. y Grotberg, E. (1998). *Manual de identificación y promoción de la resiliencia en niños y adolescentes*. Recuperado de: <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Resilman.pdf>
- Muniz, A. (Comp.) (2005) Conceptualizaciones acerca del diagnóstico y la intervención psicológica. Aportes para un abordaje complejo de la cuestión. En *Diagnósticos e Intervenciones. Enfoques Teóricos, Técnicos y Clínicos en la Práctica Psicológica. Tomo III* (pp. 11-28). Montevideo, Uruguay: Psicolibros Waslala.
- Oliva, A. y Parra, A. (2004). Contexto familiar y desarrollo psicológico durante la adolescencia. En E. Arranz (Ed.), *Familia y desarrollo psicológico* (pp.96-123). Madrid, España: Pearson Educación.
- Organización Mundial de la Salud (s.f.). *Salud del adolescente*. Recuperado de: http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/es/
- Pizarro, R. (2001). *La vulnerabilidad social y sus desafíos: una mirada desde América Latina*. Naciones Unidas, CEPAL. Serie estudios estadísticos y prospectivos, 6. Recuperado de: http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/4762/S0102116_es.pdf;jsessionid=B5ECC850B2814B47E5CA54A6920F32FC?sequence=1
- Serdio, F., Tabó, S. y Mussetti, D. (2001). Primer Curso de Capacitación en Salud Mental para Educadores en Enseñanza Inicial. En UDELAR. Facultad de Medicina. Clínica Psiquiátrica Pediátrica. *Salud Mental Infantil. Abordaje Comunitario* (pp. 57- 66). Montevideo, Uruguay: Talleres Gráficos Gega SRL.

Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *Jóvenes en Red*. Recuperado de:
http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/14544/3/innova.front/jovenes_en_red

Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *Programa Cercanías*. Recuperado de:
<http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/21948/3/innova.front/programa-cercanias>

Uruguay. Poder Legislativo. (2007). Ley 18.211. *Sistema Nacional Integrado de Salud*.
Recuperado de:
<http://www.parlamento.gub.uy/leyes/AccesoTextoLey.asp?Ley=18211&Anchor=>

Uruguay. Presidencia. Oficina de Planeamiento y Presupuesto. (s.f.). *Uruguay Crece Contigo*.
Recuperado de:
http://www.crececontigo.opp.gub.uy/Inicio/Quienes_Somos/

Winnicott, D. (1956). Preocupación maternal primaria. En D. Winnicott (2014) *Escritos de Pediatría y Psicoanálisis* (pp. 397-404). Barcelona, España: Paidós.

ANEXOS

ANEXO 1

Entrevista a Lic. Psicología Lucía Valdez | Área Infancia

Fecha y lugar de realización: 01/12/2015 - Centro de Salud Ciudad Vieja RAP - ASSE

Guía de Entrevista

¿Cuánto tiempo hace que trabajas en el Centro de Salud Ciudad Vieja?

¿Cuáles son los motivos más frecuentes por los que niños llegan a consulta?

¿Es más frecuente que concurran por iniciativa propia de la familia o por derivación?

En caso de que sea DERIVACIÓN, ¿Por parte de quién?

¿Qué datos intentas indagar y observar durante los primeros encuentros?

¿Cómo describirías el contexto familiar de estos niños? Teniendo en cuenta la conformación familiar y el vínculo entre ellos.

¿Cómo describirías las condiciones sociales en las que estos niños viven? Teniendo en cuenta el nivel socio-económico y relacionamiento con pares.

¿Cómo intervienes frente a ese tipo de situaciones? Teniendo en cuenta que se trata de un Primer Nivel de Atención

¿Se trabaja con los padres o responsables?

Si la respuesta es SI ¿Cómo?

Si la respuesta es NO ¿Por qué?

En casos de falta de sostén familiar, ¿Cómo se interviene?

¿Dirías que el trabajo interdisciplinario e interinstitucional es frecuente frente a este tipo de situaciones?

Si la respuesta es NO ¿Por qué?

Si la respuesta es SI ¿Cómo se lleva a cabo dicho abordaje?

¿Cuáles son las principales dificultades en este tipo de intervención?

¿Qué haces frente a ello?

¿Cuál es tu opinión respecto a la promoción de Resiliencia como una forma de intervención?

¿Forma parte de tus intervenciones?

Si la respuesta es SI ¿Cómo?

Si la respuesta es NO ¿Por qué?

En términos generales, ¿Cómo es la evolución de estos niños?

Si la respuesta es POSITIVA, ¿En qué se ve la mejora?

Si la respuesta es NEGATIVA ¿Cuáles crees son las causas?

¿Cómo te sientes durante el proceso de intervención?

Leonela: ¿Cuánto tiempo hace que trabajas en el Centro de Salud Ciudad Vieja?

Lucía: Siete años

Leonela: ¿Cuáles son los motivos más frecuentes por los que los niños llegan a consulta?

Lucía: Ahí está... llegan por situaciones... problemas de conducta, por ejemplo, a nivel de escuela; por dificultades en los límites; por situaciones de violencia o abuso. Llegan también, en algunas ocasiones, por conflictiva familiar que despierta algún síntoma... este... de agresividad, inquietud también ¿no? Digo esos son los motivos de consulta manifiestos, digo, después obviamente que, por lo general, detrás siempre hay alguna situación conflictiva a nivel familiar.

Leonela: ¿Es más frecuente que concurran por iniciativa propia de la familia o por derivación?

Lucía: Por derivación.

Leonela: ¿De escuelas o...?

Lucía: Tanto de escuelas como por parte del equipo de salud. Por ejemplo de pediatría ¿no? lo cual es complejo a veces, porque muchas veces no hay una demanda propia de la familia.

Leonela: Bien, ¿Qué datos intentas indagar y observar durante los primeros encuentros?

Lucía: Y bueno... de alguna manera, por un lado este... tomar en cuenta al niño ¿no? el desarrollo, cómo funciona en su escolaridad, en el vínculo con otros niños, en el juego, pero fundamentalmente también el funcionamiento familiar en el que está inserto digamos ¿no? Cómo es, digamos si el niño viene a presentar un síntoma que tiene que ver una problemática a nivel familiar o hay un problema específico en el niño. Tratar de hacer un diagnóstico de la situación en la que el niño se encuentra.

Leonela: ¿Cómo describirías el contexto familiar de estos niños? Teniendo en cuenta la conformación familiar y el vínculo entre ellos.

Lucía: ¿El contexto familiar decís?

Leonela: Sí.

Lucía: Este... este es un centro heterogéneo ¿no? donde de alguna manera vienen poblaciones que se encuentran en distintas situaciones. Digo, tenemos un grupo de población que bueno, que proviene de una familia más estructurada, con padres que

pueden... quizás está la figura del padre y de la madre y este... e insertos en el mundo laboral este... y hay mucha población también que tiene otras características, que provienen más de hogares monoparentales, que están a cargo de la madre, que muchas veces no tienen contacto con el padre o no lo conocen, o que por situaciones de violencia se han desvinculado, y donde muchas veces la figura masculina está ausente ¿no? También tenemos muchas situaciones en que hay este... que viven con las abuelas, que están las familias ampliadas y viven distintos, este... distintas familias dentro de una misma casa, y eso genera muchas complejidades ¿no? Muchas veces lo que vemos es este... a nivel de los roles familiares, vemos dificultades ¿no? en cuanto a que la abuela muchas veces, al convivir con el niño, digamos ocupa... quiere ocupar el lugar de la madre, o los abuelos mal crían... digamos, consienten al niño y no respetan los límites que pone la madre o el padre ¿no? entonces ahí la complejidad de los lugares y los roles, y los límites y las funciones parentales, se desdibuja, en muchas ocasiones.

Leonela: ¿Cómo describirías las condiciones sociales de estos niños viven?

Lucía: Y también, perdón, y también tenemos otra población de gran complejidad que es la población de los refugios ¿no? donde mayoritariamente son madres con niños pero que conviven con otras madres con niños en situaciones complejas ¿no? donde comparten habitaciones, donde muchas veces ya vienen de problemáticas de violencia, de... ¿no? entonces digo, esto es un tema que dificulta mucho lo que tiene que ver con la crianza, lo que tiene que ver con los lugares y lo que tiene que ver con la convivencia en sí ¿no? este... muchas veces la violencia se reproduce ¿no? Incluso en hogares donde hay madres con niños víctimas de situaciones de violencia, se termina reproduciendo la violencia en esa nueva convivencia.

Leonela: Bueno, te preguntaba sobre las condiciones sociales de estos niños... teniendo en cuenta el nivel socio-económico ¿es frecuente que sean este tipo de poblaciones de refugio o...?

Lucía: Ehh... sí. En general, trabajamos con poblaciones con un nivel socioeconómico bajo, que están mucha de ellas en situaciones de... que viven en refugios, o que viven en hogares de INAU, también, o que viven en fincas ocupadas de la zona ¿no? que es otra característica de la Ciudad Vieja, este... o también con familias pero también de alguna manera en situaciones de pensión muchas veces ¿no? donde los ingresos económicos son bajos.

Leonela: ¿Cómo es generalmente el relacionamiento con pares de estos niños?

Lucía: ¿Cómo?

Leonela: Con pares...

Lucía: Con pares... este... y bueno ahí es difícil como generalizar ¿no? es difícil generalizar. Porque digo, obviamente hay niños que logran un buen vínculo con pares, pero cuando... muchas veces cuando hay situaciones de violencia ¿no? que se arrastran a nivel familiar, de alguna manera esto termina incidiendo en la forma en la que me vínculo con el otro. Entonces digo, no podemos generalizar que todos los niños que concurren acá tienen dificultades en los vínculos interpersonales pero aquellos en las que hay situaciones familiares de violencia o complejas, generalmente eso repercute en los vínculos.

Leonela: ¿Cómo intervienes frente a ese tipo de situaciones? Teniendo en cuenta que se trata de un Primer Nivel de Atención

Lucía: Ahí está. Bueno, en cuanto a la intervención, nosotros desde un Primer Nivel, no realizamos tratamientos este... psicológicos. El tipo de abordaje que se realiza es por un lado situacional como veíamos ¿no? más allá de que concurren a la consulta por un síntoma en un niño ¿no? se intenta ampliar la mirada y hacer como un diagnóstico de la situación, en la cual ese niño se encuentra.

Generalmente se evalúa, a ver qué tipo de intervención podríamos realizar en el Centro de Salud que serían intervenciones más focales, intervenciones donde siempre cuando hay una situación compleja tratamos de hacer un abordaje en equipo dentro del Centro de Salud y en red con otras instituciones ¿no? en caso de que los niños concurren a un centro juvenil o CAIF o un club de niños o estén en algún proyecto de INAU; tratamos de vincularnos para hacer una estrategia y un abordaje en conjunto ¿no? para evitar la múltiple intervención y hacemos lo que se llaman, digamos, redes focales ¿no? donde nos reunimos puntualmente para pensar juntos la situación y la forma de abordaje. Eso en algunas situaciones complejas.

En otras situaciones, trabajamos con el niño o con la familia ¿no? el tipo de intervención es con un encuadre flexible que permite... quizás en algún momento trabajamos con el niño, en otro momento trabajamos con la madre y el padre, o con la madre, o a veces podemos citar a la abuela, este... según la situación. Y en caso que evaluemos que lo requiere, se realiza la derivación a Salud Mental para un abordaje ya sea psicológico o psiquiátrico dentro del equipo de Salud Mental.

Leonela: Y cuando se trabaja así con los padres o bueno... con los responsables ¿cómo es ese abordaje?

Lucía: Y bueno, en el Primer Nivel nosotros tenemos menor tiempo para poder trabajar, entonces implica de alguna manera, un rol más activo por parte del psicólogo ¿no? donde este... digo en ocasiones, se brinda información, en ocasiones se orienta ¿no? en relación quizás a alguna pauta de crianza o tratamos de poder generar una alianza con los padres, aliarnos con sus aspectos más sanos para poder, de alguna manera, intervenir y tratar de destrabar este... las situaciones de complejidad.

Leonela: En casos de falta de sostén familiar, de disponibilidad emocional por parte del núcleo familiar ¿Cómo se interviene?

Lucía: Y bueno... eso es más complejo digo, puede pasar que si los niños están institucionalizados... en ese caso se trabaja con los niños y con los referentes institucionales ¿no? este... pero las situaciones más complejas son cuando de alguna manera no logramos una alianza con la familia, y al ser niños se vuelve difícil la intervención ¿no? porque si no los traen a la consulta... en algunas situaciones donde... vemos una situación de gravedad que realmente preocupa al equipo de salud, bueno ahí se plantean otras modalidades de intervención que pueden tener que ver con visitas domiciliarias con otras instituciones ¿no? y en casos bien complejos, en algunas situaciones se ha tenido que... junto con otras instituciones, informar al juez sobre la importancia de que un niño reciba tratamiento siendo que no está siendo tratado.

Digo, ni que hablar que el soporte familiar resulta fundamental para la adhesión al tratamiento en el caso de los niños. Como que si la familia no lo trae es muy difícil poder trabajar.

Leonela: Entonces, ¿dirías que el trabajo interdisciplinario e interinstitucional es frecuente frente a este tipo de situaciones?

Lucía: Sí.

Leonela: ¿Cómo se lleva a cabo ese abordaje con otras instituciones?

Lucía: y con otras instituciones...

Leonela: y dentro del equipo también ¿no?

Lucía: Claro, lo que muchas veces... bueno dentro del equipo por ejemplo si es el pediatra que deriva al niño tratamos de encontrarnos, si vemos que la situación lo amerita, de intercambiar con el pediatra, o si ese niño está en atención con nutricionista o con trabajo social, este... o con la médica de familia... tratar de bueno, intercambiar distintas miradas ¿no? para poder enriquecer y también generar instancias de que... bueno como sabemos que el tiempo de intervención con el que contamos es breve,

este... nos importa mucho ponernos en contacto con la maestra, con la Escuela, a ver cómo marcha el chiquilín ahí cómo lo ven, qué dificultades encuentran, que sepan que nosotros estamos realizando esta intervención; o con el club de niños, con el CAIF, ¿no?

Si hay alguna situación, cuando hay situaciones de violencia, situaciones de mayor complejidad este... acordamos reuniones entre las distintas instituciones cuyo objetivo fundamental es bueno... tratar de tener una mirada más integral y también hacer un abordaje, un abordaje articulado, quiero decir... muchas veces se acuerda bueno quizás alguien trabaja con la madre, otros trabajan con el niño, qué intervención se hace, si hay un padre o no, este... quién va a... ¿no? En ese tipo de reuniones, de red focal, se elabora estrategias de intervención comunes y que no pase como en otras situaciones donde hay distintos equipos interviniendo y muchas veces con objetivos distintos ¿no? entonces acá discutimos, intercambiamos, pero tratamos de marcarnos objetivos comunes.

Leonela: ¿Cuáles son las principales dificultades en este tipo de intervención?

Lucía: La principal dificultad es cuando no hay una... digamos cuando no se cuenta con el apoyo familiar para... o la familia no reconoce que hay un problema allí, donde quizás los técnicos... ¿no? no hay reconocimiento de un problema o no hay una apertura a un trabajo y a generar cambios ¿no? porque digo de una u otra manera se va a terminar boicoteando el proceso. O sea que la mayor dificultad es cuando no se cuenta con esa alianza de trabajo.

Leonela: Bien. ¿Y qué es lo que se hace... qué es lo que haces tú frente a ello?

Lucía: Y bueno, en ese caso primero, la primera estrategia es siempre ver cómo enganchar a la familia ¿no? en este... para poder trabajar juntos ¿no? Cuando eso no sucede, bueno uno a veces se plantea distintas estrategias para el acercamiento ¿no? que pueden ser una entrevista, digo... concurrir al domicilio, o acercarnos a través de otra institución o de otros técnicos con quienes la familia ya tiene un contacto; pero esto es algo que también nos enfrenta a nuestras limitaciones ¿no? donde muchas veces uno siente impotencia en no poder hacer mucho en situaciones complejas, porque nos encontramos con limitaciones de que hay algo que no depende de nosotros y que necesitamos que haya una apertura al trabajo.

Leonela: Claro, ¿Y cuál es tu opinión respecto a la promoción de Resiliencia como parte de las intervenciones?

Lucía: Promoción de resiliencia ¿a qué te referís con eso?

Leonela: Claro, a promover la capacidad de resiliencia en el niño por ejemplo o en la familia... en el núcleo familiar.

Lucía: Estee... sí nosotros de alguna manera, lo que trabajamos desde este lugar es tratar de trabajar con los aspectos más sanos, tanto de la familia como del niño, de... tratamos de hacer alianza con eso. Digo de buscar cuál es la puerta de entrada ¿no? a trabajar con esta familia, si es a través del humor, si es a través de... buscar la alianza de alguna manera ¿no? y tratar de potenciar sus aspectos más sanos y sus capacidades de sobreponerse a las situaciones estee... muchas veces críticas en las que viven ¿no? Muchas veces nos encontramos con familias que tienen enormes recursos y que aprendemos también de ellos sin duda.

Leonela: En términos generales, ¿cómo dirías que es la evolución de estos niños? de las intervenciones...

Lucía: Digo... es complejo ¿no? en verdad cuando las situaciones... Muchas veces nos encontramos con que ya corrió mucha agua abajo del puente y nos encontramos con situaciones en las que hay una gran fragilidad en las figuras parentales digamos, muchas veces el padre ausente y una madre que por su propia historia de vida y por sus propias dificultades le cuesta tener la disponibilidad para cumplir con ese maternaje. Entonces ahí, ocupan un lugar fundamental las instituciones ¿no? que hayan otros significativos para el niño; en estas situaciones siempre tratamos de apelar, cuando vemos mayor fragilidad ¿no? en las madres, madres que están solas con poco soporte familiar, resulta fundamental estee... que el niño esté vinculado a un CAIF, que durante varias horas del día pueda estar en un lugar donde recibe contención, donde hay otro que puede tener en cuenta sus necesidades. En ese sentido es clave, en estas situaciones más complejas, el lugar de otros referentes, de otros referentes.

Ahora no podemos generalizar que esa es toda la población con la que trabajamos ¿no? Hay muchas veces donde nosotros vemos, incluso eso lo hemos conversado con la psiquiatra infantil como muchas veces se termina psiquiatrizando digamos la problemática familiar, la pobreza, la... ¿no? porque bueno los chiquilines es tanta las situaciones de violencia en la que viven, las situaciones de maltrato de... en muchos casos, tenemos muchos niños que tienen padres o madres consumidoras donde viven en un gran caos ¿no? y bueno en estos casos se vuelve difícil ¿no? se vuelve difícil que el niño no empiece con síntomas, entonces son traídos por ansiedad, por hiperactividad, y muchas veces se termina... O sea, tantos los años en que los niños están en estas situaciones complejas que termina generando síntomas en el niño ¿no? y quizás de inicio no era una psicopatología infantil pero termina siéndolo.

Leonela: ¿Dirías que esas son las causas cuando la evolución resulta más negativa digamos, cuando no hay una evolución esperable?

Lucía: Claro, porque de alguna manera nosotros trabajamos con una población muy inestable, desde la vivienda, el trabajo, desde lo emocional ¿no? este... hay una población que es muy inestable y de alguna manera el niño para su sano desarrollo necesita estabilidad, entonces ahí se arma lío.

De todos modos no quiere decir que sea todos los niños que concurren al Centro de Salud, por supuesto que también hay niños donde hay un buen funcionamiento familiar, pero bueno esos no son los que llegan generalmente a la consulta nuestra.

Leonela: Y bueno para finalizar ¿cómo te sentís tú durante el proceso de intervención? En este tipo de situaciones...

Lucía: En muchos casos, el sentimiento es de impotencia ¿no?... digo, en muchos casos gratificada cuando se logra un trabajo de equipo, una buena articulación interinstitucional y se logra hacer una alianza, de alguna manera con la familia y se puede trabajar, fantástico. Ahora, en muchos casos, nos encontramos con limitaciones en este proceso, en muchos casos dejan de traer a los niños, o que las situaciones de los niños no cambian y va pasando el tiempo y uno ve a esos que niños que... ¿no? que bueno... que hay situaciones bien complejas y es doloroso también... ver eso y ver que uno, que hay cosas con las que no... que tenemos limitaciones ¿no? y eso acá lo vemos mucho, porque esta es como la puerta de entrada al Sistema y vemos muchas situaciones con las que se pueden hacer muchas cosas y muchas otras con las que no. Y eso genera impotencia.

Leonela: Y en los casos en los que sí, en los que se logra una mejor intervención, un mejor proceso, ¿qué cosas se ven favorables digamos en el niño? ¿en qué mejora?

Lucía: Y eso se ve, cuando las condiciones familiares cambian se ven los cambios en el niño, digo y eso nos ha pasado en distintas intervenciones que hemos hecho, que a mayor estabilidad en esa familia y mayor contención, hay un mejor funcionamiento del niño. O sea, el niño por lo general, cuando llegan derivados de las Escuelas y eso, es porque expresa de alguna manera el desacomodo ¿no? que muchas veces tienen que ver con las situaciones familiares.

Leonela: Bueno, esto ha sido todo no sé si querés agregar algo más...

Lucía: Ya está...

Leonela: Gracias.

ANEXO 2

Entrevista a Lic. Psicología Carolina Mattos | Área Adolescencia

Fecha y lugar de realización: 01/12/2015 - Centro de Salud Ciudad Vieja RAP – ASSE

Guía de Entrevista

¿Cuánto tiempo hace que trabajas en el Centro de Salud Ciudad Vieja?

¿Cuáles son los motivos más frecuentes por los que adolescentes llegan a consulta?

¿Es más frecuente que concurran por iniciativa propia o por derivación?

En caso de que sea DERIVACIÓN, ¿Por parte de quién?

¿Qué datos intentas indagar y observar durante los primeros encuentros?

¿Cómo describirías el contexto familiar de estos adolescentes? Teniendo en cuenta la conformación familiar y el vínculo entre ellos.

¿Cómo describirías las condiciones sociales en las que estos adolescentes viven? Teniendo en cuenta el nivel socio-económico y relacionamiento con pares.

¿Cómo intervienes frente a ese tipo de situaciones? Teniendo en cuenta que se trata de un Primer Nivel de Atención

¿Se trabaja con los padres o responsables?

Si la respuesta es SI ¿Cómo?

Si la respuesta es NO ¿Por qué?

En casos de falta de sostén familiar, ¿Cómo se interviene?

¿Dirías que el trabajo interdisciplinario e interinstitucional es frecuente frente a este tipo de situaciones?

Si la respuesta es NO ¿Por qué?

Si la respuesta es SI ¿Cómo se lleva a cabo dicho abordaje?

¿Cuáles son las principales dificultades en este tipo de intervención?

¿Qué haces frente a ello?

¿Cuál es tu opinión respecto a la promoción de Resiliencia como una forma de intervención?

¿Forma parte de tus intervenciones?

Si la respuesta es SI ¿Cómo?

Si la respuesta es NO ¿Por qué?

En términos generales, ¿Cómo es la evolución de estos adolescentes?

Si la respuesta es POSITIVA, ¿En qué se ve la mejora?

Si la respuesta es NEGATIVA ¿Cuáles crees son las causas?

¿Cómo te sientes durante el proceso de intervención?

Leonela: ¿Cuánto tiempo hace que trabajas en el Centro de Salud Ciudad Vieja?

Carolina: Trabajo desde el año 2007

Leonela: ¿Cuáles son los motivos más frecuentes por los adolescentes llegan a consulta?

Carolina: Los motivos más frecuentes... bueno ¿a la consulta de por ejemplo Espacio Adolescente decís tú?

Leonela: Sí.

Carolina: Bueno el motivo más frecuente es por controles de salud, para llevarse su carnet del adolescente, que se lo exigen de un centro educativo, un centro deportivo, para paseos en un centro juvenil supongamos. La mayoría vienen por su control de salud, que es un control anual que se exige ¿no?

Leonela: ¿Es más frecuente que concurren por iniciativa propia o por derivación?

Carolina: Bueno los que vienen por el carnet, por control, en realidad vienen porque por ejemplo para inscribirse en una institución educativa se lo solicitan a este carnet. Después, por ahí, se nota que los adolescentes de 12, 13 años por lo general son traídos por un familiar o por un referente institucional y... yo diría que la mayoría de las veces son traídos por alguien ¿no? traídos entre comillas... yo porque me estoy limitando a lo que dice la ficha de registro de la historia SIA que dice así, traído o no; pero en realidad acompañado por alguien, por un adulto.

Leonela: ¿Qué datos intentas indagar y observar durante los primeros encuentros?

Carolina: Bueno, si es un primer encuentro hay que apuntar, en primer lugar, a generar un buen vínculo, una cercanía con ese adolescente. Y las cosas que uno observa bueno... por ahí empezás indagando cuestiones que tienen que ver con aspectos quizás que le son de interés al adolescente, qué estudia, qué hace, qué hace en su tiempo libre y si tiene amigos, que es un dato bastante relevante en esta etapa este... y por ahí, quizás más hacia el final, indagar un poco todo lo que tiene que ver con vínculos familiares, qué tipo de vínculos tiene.

Leonela: Bien, ¿Cómo describirías el contexto familiar de estos adolescentes generalmente? Teniendo en cuenta la conformación familiar y el vínculo entre ellos.

Carolina: Generalmente, son hogares... la mayoría en los que el padre está ausente, una conformación con muchos hermanos; muchísimos que vienen también de hogares con vínculos... con vínculos familiares conflictivos en general. Por ejemplo cuando veo

sobre todo... eso sí me ha pasado cuando... yo brindo un servicio específico para maternidad y paternidad adolescente, y cuando veo madres adolescentes, o adolescentes que están embarazadas, muchas están viviendo por ejemplo en la casa de sus suegros, con sus vínculos familiares completamente... vínculos conflictivos en donde ya no hay vínculo prácticamente.

Leonela: ¿Cómo describirías las condiciones sociales en las que estos adolescentes viven? Teniendo en cuenta el nivel socio-económico y relacionamiento con pares.

Carolina: Es un nivel bajo, con grandes carencias estee... a todo nivel, con escasez de trabajo, poca inserción laboral, o sea, escasa casi nula inserción laboral por parte de los integrantes de la familia. Y respecto a los pares... los que están insertos en alguna institución educativa, generalmente tienen algún grupo de pares, ya sea del liceo, la escuela, con los que se mueven, que se vinculan; y algo en el barrio, un grupo de pares en el barrio.

Después aquellos que están ya insertos en alguna institución, por ejemplo un hogar o lo que fuere, ya es como mucho más limitado su círculo de amigos ¿no? y después están los menos ¿no? pero los hay también aquellos que tienen una muy pobre vida social con sus pares y bueno son casos para prestar atención, especial atención ¿no?

Leonela: ¿Cómo intervienes frente a ese tipo de situaciones? Teniendo en cuenta que se trata de un Primer Nivel de Atención

Carolina: ¿Cuándo?

Leonela: Cuando hay vínculos conflictivos, ya sea que vengan de hogares o no, en este tipo de casos...

Carolina: Y ahí hay que salir a rescatar a alguien más para que te ayude... en general obviamente como trabajamos en equipo y se supone que es un equipo interdisciplinario, la idea es... supuestamente ese adolescente tuvo una consulta con algún médico, antes que yo o después que yo, no importa, estee... o tuvo algún contacto con algún técnico del equipo o fuera del equipo dentro del Centro de Salud. Y es tender redes justamente, es tratar de trabajar en forma interdisciplinaria, de ver qué estrategia adoptar para ayudarlo de la mejor manera.

Si se trata de contactarme con la psicóloga del Centro de Salud, si hay que hacer una derivación a Psiquiatría del equipo de Salud Mental del Hospital Maciel, o si se trata estrictamente de algo más vinculado del área social, bueno ver qué estrategias se arman desde ese lugar. Si se trata de contactarse con algún programa de tipo social como

puede ser ETAF, Jóvenes en Red o UCC, o buscar algún referente si está vinculado a algún liceo, un centro juvenil o buscar algún referente institucional que también pueda aportar algún otro dato más para hacer un mejor diagnóstico y bueno... más o menos esa es la idea ¿no? es tender redes.

Leonela: ¿Se trabaja con los padres en caso de que estén presentes o con los responsables del hogar?

Carolina: Sí, sí.

Leonela: ¿Cómo sería eso?

Carolina: Siempre, en algún momento hay que propiciar un espacio para tener una instancia de encuentro con un familiar si lo hay o si no lo hay con un referente institucional; sea en esa primera entrevista si es que viene o posteriormente si es que es necesario tener un contacto con un referente institucional. A veces no, a veces el adolescente puede venir solo y no hay nada que llame la atención, nada que puedas... un adolescente que no notas que haya algo que explorar o abordar en profundidad y capaz que no es necesario tener una entrevista con un familiar, pensando también en... pasa que como son los menos este... uno se olvida que también está ese tipo de intervención ¿no? Ese adolescente que viene por ejemplo a hacerse un control, buscar su carnet y uno no ve muchas cosas más.

Leonela: ¿Y qué cosas son las que se observan mayoritariamente en estos adolescentes?

Carolina: Bueno eso depende, capaz que cada técnico según su disciplina observa cosas diferentes, lo ideal es tener una visión integral ¿no? eso sería como lo ideal, pero quizás... por eso lo del equipo interdisciplinario, pero quizás cada uno tenga como una visión como muy parcializada pero que no es la idea.

Por ahí desde mi disciplina presto atención a cuestiones que tienen que ver más con lo psicológico, lo social, lo educativo y quizás aspectos más médicos se me escapan porque es lógico, es para complementarme con el médico ¿no? es mi trabajo. Pero obviamente todo lo que tiene que ver con vínculos, tanto familiares como con sus pares, lo educativo, lo recreativo, su propia visión de sí mismo ¿no? cómo se percibe él o ella a sí misma, todo lo que tiene que ver con autoestima, todos esos son aspectos que al menos a mí me interesan, que los manejo un poco mejor y que presto atención. Cómo se presenta ese adolescente, cómo habla, cómo se mueve, cómo mira, cómo evade la mirada, bueno... aspectos que tienen que ver con lo no verbal ¿no? qué comunica a otro nivel.

Leonela: ¿Y qué es lo más común en esas áreas? ¿Qué es lo más común que se observa en los adolescentes?

Carolina: Lo más común... ¿qué se observa en qué concretamente?

Leonela: que se observa en los vínculos, en la percepción de sí mismo, en la afectividad... ¿qué es lo que suele suceder?

Carolina: Claro, pensando siempre en el promedio ¿no?

Leonela: Sí, claro.

Carolina: Y... son gurises que tienen vínculos conflictivos con los padres, con sus hermanos también, que no hay interés por... no tienen como un proyecto claro por ejemplo a nivel educativo, entonces tampoco tienen... no están motivados como para seguir adelante, que es lo que observo como una gran... como una gran desmotivación y apatía muchas veces ¿no? por construir un proyecto claro ¿no?

Quizás nadie ha dicho... ah bueno vamos a ver cómo te puedo ayudar con esto ¿no? y están a la espera de eso, no sé. Pero en realidad, lo que observo es como un estado como de inercia en muchos de ellos, estoy hablando de aquellos que están como más vulnerables y que no están pudiendo sostener ni siquiera crear un proyecto de vida ¿no?

Leonela: Recién hablabas de abrir redes y del trabajo interdisciplinario ¿Cómo se lleva a cabo ese abordaje, tanto dentro del equipo del Centro como afuera?

Carolina: Sí, sí. Dentro del equipo es más fácil ¿no? porque hay un día de atención exclusivo donde bueno si lo vio el médico se acerca a vos, te comenta algo de ese adolescente, tenés una idea general, quizás podamos hacer la... que es lo ideal también, la entrevista en conjunto ¿no? alguien del área médica y alguien del área psico-social. Y si no, si es un técnico que está por fuera del equipo bueno perfectamente también se puede coordinar y abordar la situación en conjunto ¿no? este... quizás, apuntando a esto que tú preguntabas, lo ideal sería propender a trabajar en duplas interdisciplinarias. Yo a veces me muevo mucho con áreas que no tienen nada que ver conmigo, entro al consultorio con la ginecóloga como lo voy a hacer ahora, con la nutricionista, con la médica de familia, con la practicante de psicología.

Leonela: ¿Cuáles son las principales dificultades en este tipo de intervención?

Carolina: En este tipo de intervenciones... muchas, son muchas las dificultades. Yo creo que la dificultad a veces, la mayor... las que yo por lo menos encuentro es las trabas externas ¿no? cuando uno quiere hacer un abordaje más intersectorial ¿no? con otro

sector que no tiene que ver por ahí con la salud, incluso con la salud también a otros niveles, en donde ya tiene que haber una coordinación y no están las respuestas que uno quiere ¿no? que un pretende que estén en tiempo y forma; entonces ahí hay una traba por ejemplo, un obstáculo.

Después, otro obstáculo que veo es esto de poder sostener un proceso con un adolescente, proponerse objetivos conjuntamente con ese adolescente, pero después ese adolescente falta, no viene, se lo llama una o dos veces y tá... y quedó por ahí y no se pudo hacer más desde lo que yo proponía, desde mi trabajo. Quizás ese adolescente pueda seguir viniendo a sus controles pero bueno... es eso, es generar como esa motivación para que se prenda digamos, ese es otro obstáculo. Yo creo que para mí son los que más me generan dificultades.

Leonela: Y frente a ello ¿qué es lo que se suele hacer, lo que tú haces frente a este tipo de dificultades?

Carolina: Claro, son procesos como muy entre cortados, entonces claro, por ahí tal vez que, después de haberlo llamado dos veces dejaste pasar un tiempo, lo viste en el pasillo y ah... hace tanto tiempo que no te veo... y agendo de vuelta o lo veo en ese momento y parece que sí, que hay entusiasmo por seguir haciendo algo... y es como todo muy entre cortado.

Sinceramente me ha pasado, que los procesos más ricos se dan siempre, y eso es como una regla, con adolescentes que tienen su inserción educativa, que tienen sus vínculos familiares y con pares más o menos sanos y estee... y que están motivados por hacer cosas. Entonces, en verdad son ellos los que siguen viniendo, quieren salir adelante, quieren que les facilite más cosas, son los menos pero han sido los procesos más ricos de trabajo.

En general, yéndome al otro tipo de adolescentes que vienen, pasa que a veces se enganchan con algo que vos les puedes ofrecer, algo tangible, algo palpable, yo qué sé... por ejemplo, puedo llenar el formulario para que puedan cobrar la asignación, para menores de 18 ¿no? las madres adolescentes, entonces vienen a buscar ese papel y eso es como un llamador para que puedan después seguir el proceso de acompañamiento, de lo que fuere.

Leonela: ¿Cuál es la franja etaria más o menos con la que trabajas?

Carolina: De 12 hasta los 19 años inclusive, por ahí; más adelante creo que la idea es incorporar también a los jóvenes porque tenemos un Programa Nacional de adolescencia

y juventud ahora, entonces hasta los 24 años podría empezar, esa población a ser trabajada también.

Leonela: Bien, ¿Cuál es tu opinión respecto a la promoción de Resiliencia como parte de las intervenciones?

Carolina: Y es fundamental, fíjate que hay adolescentes que vienen tocando fondo ¿no? hablando así vulgarmente, entonces no hay un referente familiar y a veces puede haberlo o no a nivel institucional, que no se los ha motivado para hacer cosas ¿no? Muchos vienen con una historia... gurises que han estado insertos en INAU, que vienen con toda una historia de hogares de INAU, con una autoestima de verdad muy baja y entonces es como mucho la tarea de repente de hacer resurgir algo por ahí ¿no? en ese contexto, entonces este... por ahí es más focalizando en los aspectos más sanos que uno puede ver ¿no? Lo mínimamente sano y saludable que uno puede ver, es bueno... es rescatarlo y focalizarnos en eso y poder motivar desde ese lugar ¿no?

Leonela: Bien, ¿dirías que forma parte de tus intervenciones?

Carolina: Por supuesto, aunque no piense en la palabra resiliencia es algo inherente al propio abordaje; no imagino una situación en la que no pueda en algún momento hacer foco en esos aspectos ¿no? y fortalecerlos, eso es lo que permite trabajar otras cosas, sino que vas a quedarte siempre... tal vez es un posible lugar desde el que se puede trabajar, después se puede rehabilitar, eso quizás es un trabajo que al Primer Nivel no le pertenece pero algo igual haces, que tiene que ver con el aspecto más de rehabilitación, de alguna manera, toca esto de la resiliencia.

Leonela: En términos generales, ¿Cómo dirías que es la evolución de estos adolescentes?

Carolina: Claro, y ahí vuelvo otra vez a categorizar, no puedo pensar en un todo, porque depende de quién, depende de quién venga, en qué contexto esté... ¿cómo me dijiste la pregunta, la evolución?

Leonela: Sí, la evolución de los adolescentes y bueno del proceso de intervención ¿no?

Carolina: Vuelvo, ahí está, los pocos, aquellos que son procesos muy ricos donde se ven de verdad, se ven avances, se ve evolución...

Leonela: ¿En qué cosas se ve la mejora?

Carolina: Se ve en la evolución, este... y pueden ser diferentes aspectos, puede ser lo familiar, en vínculos, con sus padres, con un padre, una madre sobre todo; con su pareja

si es que la hay; con sus pares también... se me vienen a la cabeza situaciones ¿no? estee...

Y después a otro nivel de abordaje, como hablábamos, de adolescentes muy vulnerables bueno... en realidad la evolución es lograr cosas, objetivos muy chiquitos que quizás tengan que ver con asegurarse que ese adolescente pueda respetar sus controles de salud ¿no? asegurarse de que bueno... está viniendo a la ginecóloga, está viniendo a hacerse su control de cualquier tipo, eso en principio. Y eso ya es bastante también.

Leonela: Bueno y en casos de que no haya mejora ¿a qué crees que se debe?

Carolina: Claro, pasa que ahí si piensas un abordaje desde el sector salud aisladamente todo va a sentirse como ehh... como muy condicionado a que bueno a que vayas al fracaso en definitiva. Porque vuelvo al tema de la red, ya la red no la que puedas construir adentro sino la de afuera, siempre tenés que apoyarte también en algo más.

Cuando no evolucionó, bueno... ¿con ese chiquilín qué pasa...? ehh... ¿no está contactado, conectado a ningún programa?, si es una adolescente por ejemplo embarazada o madre de algún niño, bueno se acude a UCC por ejemplo ¿no? y bueno trabajar en conjunto con ese programa; si es un adolescente que bueno... hay pocas posibilidades desde el sector salud a hacer todo para que se inserte al nivel educativo bueno tenés a jóvenes en red, que en conjunto podemos trabajar algo con respecto a ese adolescente; si es una situación en la que hay por ahí alguna dificultad en el abordaje a nivel familiar y es una situación de alta vulnerabilidad en la que vive ese adolescente se va a ETAF, que hacen intervenciones justamente más a ese nivel. Por suerte están esos programas ¿no? con algunos trabajamos mucho más fluidamente que con otros pero están y bueno hay que ir hacia ellos. No todos los técnicos de un Centro de Salud lo conocen por ejemplo, y eso es una debilidad, y ahí vuelvo al tema de las fortalezas, quizás no todos los conocen, quizás no todos hagan las coordinaciones oportunas con ellos; y sí, estaría bueno que un médico por ejemplo lo pudiera hacer o los conociera y que ellos, estos programas, se acercaran más y pudieran abordar estas situaciones con más técnicos de los que lo hacen ya.

Leonela: ¿Cómo te sientes durante el proceso de intervención?

Carolina: ¿Cómo me siento? Bueno... me generan muchas cosas, hay sentimientos de impotencia muchísimas veces, impotencia, a veces bronca ¿no? porque en una intervención, lo asumo ¿no? una intervención que tiene que ver con esto del autocuidado, con el tema de salud sexual y reproductiva y bueno... a veces estee... aparecen embarazos muchas veces por suerte son elegidos, planificados o quizás son

repcionados con gran apertura por parte de esa adolescente, a pesar de que ya tienen tres hijos antes y todo eso pero bueno... eso va más allá y nos trasciende ¿no? cosas que pasan.

Y después, bueno... impotencia, este... quizás satisfacción porque a veces se lograron estos mínimos objetivos que nos propusimos y bueno... y algo se logró. A veces satisfacción porque a veces por momentos está bueno el trabajo en interdisciplina y es algo como muy placentero, poder abordar en conjunto, tener esa visión más integral de la que hablaba, eso está muy bueno. Quizás trabajar en un espacio adolescente me permite esa posibilidad, porque quizás, capaz que hay otros técnicos, otros médicos o no médicos que no tienen esta posibilidad y trabajan en forma más aislada y esto está bueno.

Leonela: Bueno, eso ha sido todo, no sé si querés agregar algo más...

Carolina: No sé, lo que quieras.

Leonela: Bueno, muchas gracias.

ANEXO 3

A. Situación Extraña

Refiere a una prueba llevada a cabo por Ainsworth y otros (1978) diseñada para evaluar el equilibrio las conductas de apego y las conductas exploratorias en condiciones de ansiedad en infantes de 12 meses. Las conductas que se observan son indicadores del estado subjetivo de confianza y seguridad del vínculo que se ha creado entre la figura de apego y el infante.

Dicho experimento permite clasificar la relación de apego en tres categorías:

- Apego seguro (B)
- Apego inseguro evitativo (A)
- Apego inseguro resistente (C)

Posteriormente, Main & Solomon (1986, 1990) establecieron la denominación desorientado/desorganizado (D) para valorar a aquellos niños cuyas manifestaciones no se ajustaban a las categorías recién mencionadas.

Fuente: Bleichmar, E. (2005). El sistema motivacional del apego y de cuidados del adulto. En Manual de Psicoterapia de la relación padres e hijos (pp. 87-236). Buenos Aires, Argentina: Paidós.

B. Espacio Adolescente (EA)

Es un espacio de atención y promoción de la salud para la asistencia integral de la población adolescente. Cumple con los criterios de calidad establecidos por el Programa Nacional de Salud Adolescente y Juventud del Ministerio de Salud.

El énfasis de la intervención está puesto en la realización de los controles anuales de salud, de los jóvenes por parte de equipos técnicos de diferentes especialidades; atendiendo aspectos significativos para esta etapa vital como lo es la salud sexual y reproductiva.

Se trabaja desde un enfoque de derechos, género y confidencialidad; privilegiando la promoción de hábitos saludables, la participación activa de los adolescentes en coordinación con otras instituciones de la comunidad.

Fuente: Administración de los Servicios de Salud del Estado (Uruguay). (s.f.). Espacio Adolescente. Recuperado de: <http://www.asse.com.uy/contenido/Espacio-Adolescente-5376>

C. Historia Clínica del Adolescente (HCA)

La HCA facilita el registro y la evaluación integral de salud del adolescente contemplando la percepción de vida que tenga de sí mismo. Posibilita el registro de la percepción y de las observaciones del equipo interdisciplinario de salud. Los datos fundamentales a indagar han sido sintetizados en dos páginas propuestas como el registro institucional básico de la atención del adolescente que pueden ser complementados con otros formularios.

Figura 1a. Anverso de la Historia del Adolescente (HCA). Este formulario contiene datos invariantes del adolescente (nombre, fecha de nacimiento, etc.) y datos recabados durante una Consulta Principal. Notar los casilleros de color amarillo que indican posibles situaciones de riesgo aumentado.

Figura 1b - Reverso de la Historia del Adolescente (HCA). Se completan aquí los datos de la Consulta Principal iniciada en el anverso.

Fuente: Belandia et al. (2010) Organización Panamericana de la Salud. *Sistema Informático del Adolescente*. Recuperado de: http://www.paho.org/clap/index.php?option=com_content&view=article&id=135%3Asistema-informa%C2%A1tico-del-adolescente-sia&Itemid=234&lang=es

D. Equipos territoriales de atención familiar (ETAF). Programa Cercanías

El Programa Cercanías refiere a una estrategia interinstitucional que propone mejorar la eficiencia de las intervenciones del Estado ante situaciones de extrema vulnerabilidad social, considerando a la familia como sujeto.

Promueve un cambio en la gestión de las instituciones para superar fragmentaciones y superposiciones mejorando la articulación de los servicios a nivel territorial, el trabajo en red y la integralidad en el Primer Nivel de Atención. A través de los equipos territoriales de atención familiar, Cercanías desarrolla un trabajo integral y de proximidad con las familias, garantizando un acceso rápido y eficiente a las prestaciones sociales básicas existentes.

Fuente: Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. (2015). Programa Cercanías. Recuperado de: <http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/21948/3/innova.front/programa-cercanias>

E. Jóvenes en Red

Es un programa interinstitucional dirigido a adolescentes y jóvenes de entre 14 y 24 años que se encuentren bajo la línea de pobreza, no hayan completado ni estén cursando ciclo básico y no estén trabajando formalmente.

Participan el Ministerio de Desarrollo Social, el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, el Ministerio de Educación y Cultura, el Ministerio de Defensa Nacional, el Ministerio de Turismo y Deporte, el Consejo de Educación Técnico Profesional - UTU, el Consejo de Educación Secundaria y el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay.

Dentro de sus objetivos se destacan:

- Fortalecer las condiciones personales y sociales de los jóvenes para el desarrollo de proyectos personales.
- Desarrollar oportunidades y habilidades de integración y participación social con autonomía.
- Promover la integración de conocimientos básicos y habilidades sociales por parte de los participantes como base para el desarrollo de trayectorias educativas y elaborar junto a los/las jóvenes proyectos personales de

inserción laboral, y dotar de las estrategias y oportunidades para implementarlo.

Fuente: Uruguay. Ministerio de Desarrollo Social. (2015). *Jóvenes en Red*. Recuperado de: http://www.mides.gub.uy/innovaportal/v/14544/3/innova.front/jovenes_en_red

F. Uruguay Crece Contigo (UCC)

Es una política pública de cobertura nacional, que apunta a consolidar un sistema de protección integral a la primera infancia. Propone el desarrollo de acciones focalizadas que garanticen los cuidados y protección adecuados de las mujeres embarazadas y el desarrollo de niños y niñas menores de 4 años.

Lleva a cabo acciones socioeducativas para promover buenas prácticas en las familias, que mejoren la calidad de vida y favorezcan el desarrollo infantil integral y adecuado tales como: control de salud desde el comienzo del embarazo, monitoreo del estado nutricional, orientación sobre pautas de crianza y estimulación del desarrollo infantil, consejería sobre lactancia materna y prácticas de alimentación, orientación sobre entornos saludables, entre otras cuestiones inherentes a la protección de la primera infancia.

Fuente: Uruguay. Presidencia. Oficina de Planeamiento y Presupuesto. (s.f.). Uruguay Crece Contigo. Recuperado de: http://www.crececontigo.opp.gub.uy/Inicio/Quienes_Somos/