

En Navarro, Javiera, Pérez, Francisca y Arteaga Mauricio, *Vínculos tempranos*. Santiago (Chile): Ediciones UAH.

Crianza, apoyo psicosocial y apego: su pasado y presente en las políticas materno-infantiles, Chile, s. XX.

Zárate, María Soledad.

Cita:

Zárate, María Soledad (2017). *Crianza, apoyo psicosocial y apego: su pasado y presente en las políticas materno-infantiles, Chile, s. XX*. En Navarro, Javiera, Pérez, Francisca y Arteaga Mauricio *Vínculos tempranos*. Santiago (Chile): Ediciones UAH.

Dirección estable: <https://www.aacademica.org/soledad.zarate/39>

ARK: <https://n2t.net/ark:/13683/pZQR/v3k>



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons.
Para ver una copia de esta licencia, visite
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.es>.

Acta Académica es un proyecto académico sin fines de lucro enmarcado en la iniciativa de acceso abierto. Acta Académica fue creado para facilitar a investigadores de todo el mundo el compartir su producción académica. Para crear un perfil gratuitamente o acceder a otros trabajos visite: <https://www.aacademica.org>.

Crianza, apoyo psicosocial y apego:
su pasado y presente en las políticas
materno-infantiles, Chile, S. XX

.....

María Soledad Zárate

Universidad Alberto Hurtado

Encontrar a un niño de meses, sumergido en un cajón, en un rincón semi oscuro de una "callampa" donde pasa solo, gran parte del día, es de por sí una realidad dramática. Saber que cuando llegue a la escuela no tendrá motivación para aprender y no podrá rendir de acuerdo a lo que se le exige; saber que cuando llegue a adulto, otros tomarán las decisiones que lo afectan a él, también es dramático. Saber que las medidas que podrían tomarse para modificar en parte este estado de cosas, no se toman, es más doloroso aún. Constatar que no es un niño, sino que son miles y miles de niños chilenos los que no logran desarrollarse de acuerdo a sus potencialidades, plantea un desafío ineludible (Lira y Rodríguez, 1974, s/n).

Pese a que en la década de 1970, la tasa de mortalidad infantil había descendido significativamente, la protección integral de la infancia temprana en sectores pobres era un desafío pendiente como lo ilustra la cita anterior.

La protección sanitaria de los lactantes y los niños ha estado presente en las políticas materno-infantiles estatales desde principios del siglo XX, constituyendo así una de las políticas más antiguas y sólidas en la historia chilena que han reunido instituciones, profesionales y, por supuesto, población beneficiaria. Sus objetivos y tareas han experimentado variaciones históricas acordes a transformaciones socioeconómicas, a modelos de desarrollo, a la

influencia de disciplinas como la medicina y la pediatría, y más recientemente a los avances de la psicología, psiquiatría y la neurociencia infantil.

Para entender la significación de las recientes políticas estatales y del quehacer de la comunidad local de la psicología profesional que valoran el cuidado y potenciamiento de los vínculos tempranos entre padres e hijos, este capítulo revisa algunos hitos de las políticas sanitarias dirigidas a la primera infancia (cero a dos años) durante el siglo XX, particularmente desde la década de 1950. Con este objetivo se espera aportar comprensión al contexto histórico en que se promueven los vínculos tempranos y el apego en las actuales políticas públicas, específicamente desde la década del 2000 periodo en que la investigación y trabajo profesional en torno a esta emergente preocupación ha dado importantes frutos como se documenta en este libro. Asimismo a fines de esta década se pone en marcha del programa Chile Crece Contigo (ChCC), política social que recoge importantes evidencias internacionales y nacionales que refrendan la importancia de reforzar los vínculos tempranos entre padres e hijos.

En una primera etapa, el propósito de aquellas políticas fue la protección sanitaria y jurídica de la infancia pobre, y que nacía en familias trabajadoras. Dirigidas a la protección de embarazadas, de niños por nacer o a la recuperación de los que nacían en condiciones muy desfavorables, estas se concentraron, preferentemente, en la sobrevivencia corporal infantil. Dichas políticas tuvieron como metas centrales revertir las altas tasas de mortalidad infantil que se registraron hasta la década de 1960 y garantizar el acceso a una alimentación adecuada y a la lactancia materna; estaban ineludiblemente vinculadas a la protección materna, y dotaban de un protagonismo central a las madres en la tarea de revertir dicho flagelo. No era posible entender la maternidad sin la infancia, ni viceversa pues se trataba de un binomio social inseparable que claramente se reflejaba en la expresión, "políticas materno-infantiles", usada por médicos, juristas y asistentes sociales (Lavrin, 2005).

Pese a que el foco central fue la sobrevivencia y bienestar físico de la infancia, existen evidencias de que aquellas políticas contemplaron algunas indicaciones referidas al sustento emocional. Sabemos que la historia del legado de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental es casi tan antigua como la historia de la psicología como disciplina. Desde los primeros aportes de los fundadores del psicoanálisis, la psicología ha estado influenciada por el principio conceptual que sostiene que las relaciones afectivas primarias con los padres constituyen un aspecto fundante de la personalidad humana (Lecannelier, 2006). En Chile, el apoyo psicosocial a la pequeña infancia y el reconocimiento de la importancia de los procesos de cognición y de estimulación han estado presentes de distintas maneras, acordes al momento histórico; parte de ese pasado permite entender el actual fomento y resguardo de los vínculos tempranos entre hijos y progenitores.

La salud infantil en la primera mitad del siglo XX chileno

Durante la primera mitad del siglo XX, el combate contra las altas tasas de mortalidad materno-infantil concentró gran parte de las políticas sanitarias estatales, pues aquella amenazaba seriamente la demografía nacional y la disponibilidad de una población adecuada al proyecto industrializador, proceso que afectó globalmente a las naciones latinoamericanas y que tuvo como consecuencia una urbanización acelerada y un empobrecimiento severo. Las fuentes indican que las causas más frecuentes de muerte infantil neonatal y tardía eran las enfermedades de origen gastrointestinal y respiratorio.

Hasta la década de 1920, la asistencia de madres y niños no era una preocupación estatal, salvo las subvenciones que recibían algunas instituciones de la Junta de Beneficencia como la Casa de Maternidad de Santiago, que asistía a parturientas pobres (Tinsman, 2008) y la Casa de Huérfanos que daba refugio a la infancia abandonada (Milanich, 2009), ambas fundadas en la

segunda mitad del siglo XIX. El Patronato Nacional de la Infancia, creado en 1901, organizó las Gotas de Leche, especie de consultorios que fomentaban la lactancia materna entre madres pobres en un férreo combate a la desnutrición que también reforzaba los lazos entre madres e hijos (Zárate, 2010).

Amparado en la Constitución Política de 1925, el Estado progresivamente adquirió un papel más activo en el ámbito de la protección social, en el cual mujeres, niños y enfermos fueron reconocidos como destinatarios centrales del quehacer de un amplio repertorio de agencias públicas¹. Entre las instituciones más importantes estuvo la Caja del Seguro Obrero Obligatorio (Ley N°4.054, en adelante CSO), que desde 1924 materializó la primera red de asistencia estatal que brindó protección completa a los trabajadores manuales y artesanos, consignó el auxilio de enfermedades y dio forma a un pionero sistema de atención materno-infantil. El Departamento Médico Madre y Niño de la CSO ofreció la cobertura más significativa de control prenatal y posnatal a trabajadoras (desde 1937 a esposas de trabajadores), y beneficios infantiles que se extendieron hasta los dos años de edad. Asimismo se fomentó la asistencia profesional del parto en manos de matronas certificadas y, eventualmente, médicos, en desmedro de las parteras, apoyando la lenta pero segura transición del parto domiciliario al hospitalario, entre otros objetivos. Entre 1938-1943, este organismo estatal transitó de 17.301 partos atendidos a 37.309, y de 8.898 niños controlados a 121.309, y se duplicó el monto de los subsidios de maternidad y lactancia (Biondi, Vizcarra, Elguín y Rosende, 1944).

Por su parte, la Dirección General de Sanidad (DGS) creó centros preventivos Madre y Niño dirigidos a acoger la población indigente no cubierta por las políticas de la CSO. Asimismo, se promulgó la Ley N° 6236 en 1938, conocida como Ley Madre y Niño que aseguraba los recursos para los gastos en alimentación de la CSO.

¹ El gasto fiscal social pasó de representar el 2,1% del PGB en 1925, a constituir un 10,5% en 1970.

En plena depresión económica, se impulsaba la asistencia a las madres solteras, el valor de la puericultura y el fortalecimiento de los vínculos entre madres e hijos para revertir situaciones de riesgo y abandono infantil. Asimismo la batalla contra la mortalidad de recién nacidos e infantes se vio acompañada por la lucha contra la cesantía y la vagancia infantil y por el aseguramiento de la escolarización y alimentación de los niños, causas apoyadas por numerosas organizaciones caritativas y filantrópicas (Ortega y Covarrubias, 1933). Las políticas descritas terminaron consolidando el binomio social de madres y niños, objeto de estudio, de legislación y protección por parte de profesionales de la medicina, del derecho y la asistencia social. Las condiciones desventajosas en que se desarrollaba la infancia pobre, y los riesgos de aquella que actuaba al borde de la legalidad reforzaron el valor del cuidado y personalizado que brindaba la familia que, en sociedades latinoamericanas, en rigor era la madre; su lugar como potenciadora del vínculo social era innegable (Lavrin, 2005).

En rigor, la preocupación por la salud o condición mental de madres y niños no estuvo en los objetivos de la CSO o de la DGS. Y en el marco del temprano debate local sobre los derechos del niño, receptivo a orientaciones extranjeras y congruente con lo anterior, se privilegió la protección material de la infancia, con escasos avances relativos a la subjetividad infantil (Rojas, 2007). En la época, la psiquis infantil como objeto de interés de políticas estatales se relacionaba al proceso formativo de niños mayores que calificaban en la categoría de “deficiente mental”, por ejemplo, a través del trabajo de Luis Tirapegui en el Laboratorio Experimental de Psicología, creado en el Instituto Pedagógico en la década de 1920 y de Abelardo Iturriaga Jamett que en la década siguiente estudiaba la relación entre delincuencia y conductas anormales en los “Archivos del Instituto de Psicología” de la Universidad de Chile (Tirapegui, 1936; Iturriaga, 1944). Asimismo, en el marco de la ley de Protección de Menores de 1928, la emergencia de una infancia desvalida, marginal y “anormal” recibió atención de disciplinas

como la asistencia judicial y social, y también de la incipiente psicología y psicoanálisis local que sustentaron un andamiaje estatal dirigido a la judicialización y, en menor medida, a la reclusión de menores (Vetö, 2015).

La primera infancia en manuales de crianza y de puericultura

Junto a la implementación de políticas materno-infantiles, el cuidado de la infancia temprana fue materia recurrente de los manuales de puericultura y de crianza desde fines del siglo XIX, al difundir la ciencia de la “puericultura”, la “vulgarización” de nociones científicas y difusión de consejos prácticos referidos al amamantamiento y alimentación, el destete, y condiciones higiénicas inspiradas en el lenguaje del mejoramiento racial, propio de las corrientes eugenésicas de la primera mitad del siglo XX (Zárate, 2009).

La influencia de la puericultura francesa, sin promover el reemplazo del médico y planteando una importante desconfianza en las decisiones maternas, dotaba de un fuerte protagonismo a las madres en la crianza infantil. La importancia de demostrar amor por los hijos, paciencia frente a sus errores y evitar los castigos físicos eran recomendaciones presentes desde fines del siglo XIX, que bien pueden ser entendidos como antecedentes remotos del fomento del apego, del reconocimiento del valor de este en la construcción del vínculo entre madres e hijos, tematizada como tal en los estudios publicados en la posguerra (Zárate, 2009, 2010).

El fomento de la educación maternal, preferentemente entre las más pobres, era entendido como un instrumento clave para el combate contra la mortalidad infantil. Sus alcances eran limitados tanto por el tiraje de aquellos como por el analfabetismo extendido entre la población femenina. Producidos fundamentalmente por médicos ligados a agencias estatales, recogían las preocupaciones de quienes se convirtieron en los expertos del cuidado infantil por

buena parte del siglo XX, los pediatras, reunidos en la sociedad científica que fundaron en la década de 1920 (Vargas, 2002; Rojas, 2010).

La promoción de la lactancia materna fue, sin duda, una de las estrategias más reforzadas por los manuales, pues combatían directamente la mortalidad de los más pequeños. El acento en esta práctica nos muestra que no era generalizada; requería reforzarse en medio de fuertes contrastes sociales. Muchos niños eran privados de la leche materna —que según el Código Sanitario de 1931 les pertenecía— porque sus madres ejercían el oficio de amas, oficio duramente cuestionado (Rojas, 2007; Zárate, 2010). La lactancia materna no solo cumplía un papel nutricional insustituible. También era entendida como una experiencia irremplazable constitutiva del reforzamiento del vínculo materno como lo propuso tempranamente la doctora Eva Quezada Acharán en 1908:

Si todas las madres supieran el inapreciable bien que es para un niño la leche materna; si supieran cuán peligrosa es la lactancia artificial; si se dieran cuenta cabal de lo necesarios que son para una guagua el seno y el afectuoso cuidado de su madre; si esto sucediera, no habría madre tal vez que no criara a su hijo; no se hallaría tal vez nadie que vendiera por un poco de dinero el alimento de un pequeño ser indefenso; nadie que con el corazón ligero, indujera a una pobre mujer sin recursos a darle por dinero el alimento, la vida de su hijo (p. 48).

El fomento a esta práctica fue una estrategia que, sin contar con las herramientas analíticas y las evidencias que posteriormente aportó la investigación psiquiátrica y psicológica, contribuía a reforzar los vínculos maternos. Y vaya que estaba preocupada la comunidad pediátrica de este vínculo, pues aun reconociendo el amor que las madres chilenas demostraban, médicos como Luis Calvo Mackenna eran insistentes en acusar la desidia y la falta de compasión de las mujeres por sus recién nacidos. En ocasiones, ese sentimiento se justificaba por los contextos de desesperación

económica que aquellas experimentaban, el que según Mackenna no las eximía de entregarse a “ese nuevo ser que ni siquiera sienten que a ellas pertenece y al cual no les une ni la sombra de un afecto” (Rojas, 2007, p. 152).

La mayoría de los manuales, concentrados en el cuidado fisiológico infantil, fomentaban la crianza de hijos sanos y robustos (Servicios de Salubridad Fusionados, 1942), pero simultáneamente potenciaban el amor materno como un requisito de la sobrevivencia infantil el que debía equilibrar entrega incondicional con una firme estimulación de hábitos: “Cada hijo que tenga recíballo con alegría, recuerde que el mayor privilegio de la mujer es el de ser madre. Sea cariñosa y buena con sus hijos y nunca diga palabras duras o groseras. Nunca los golpee; los castigos corporales pertenecen a épocas pasadas de barbarie; enséñelos con el buen ejemplo y la dulzura” (Cruz Roja de Los Ángeles, 1930, p. 16).

En un folleto de 1934, Otto Schwarzenberg, médico del Dpto. de Bienestar Madre y Niño de la DGS, sostenía que las madres debían asegurar el control infantil en los centros preventivos y estar atentas a las consecuencias de ciertos estilos de crianza:

El niño nervioso e inapetente, el caprichoso e inadaptado desfilan a diario y con matices siempre distintos por los estudios médicos. El niño educado por abuelas o tías solteras, caprichoso: los hijos únicos, débiles de carácter; los enfermitos, anémicos y raquíuticos, producidos por alimentaciones inadecuadas; los delicados, que enferman a repetición de romadizos y resfríos pertinaces (...) (Schwarzenberg, 1934; pp. 3-4).

Según Gastón Valle, médico rural de los servicios de la Cruz Roja y de Director de la CSO de Quilpué, el valor del cuidado temprano de la infancia fue entendido como una práctica de inversión social:

Viejas normas de moral enseñan que el hombre nace bueno, más tarde sus instintos se corrompen ante los embates de la terrible

lucha por la vida. Aquí está nuestro papel: tomar esa materia pura del niño y defender no solo su estructura corporal, sino también mejorarles su salud social (Valle, 1935; pp. 3-4).

Salud infantil física y psíquica en el Servicio Nacional de Salud

A inicios de la década de 1950, el país experimentaba una importante crisis inflacionaria y una negativa evaluación de las instituciones sanitarias, fenómenos que impulsaron la creación del Servicio Nacional de Salud (SNS) en 1952, que se propuso brindar atención completa y gratuita a la población trabajadora y sus cónyuges, e incrementar la cobertura de los hijos hasta los 15 años de edad, contemplando atenciones de urgencia y acciones preventivas. La población beneficiada se estimaba en aproximadamente un 70% de la población nacional, es decir, un total de 7 millones de habitantes, de los cuales 60% vivían en las ciudades y 40% en zonas rurales (Horwitz, 1995; Valenzuela, Juricic y Horwitz, 1956).

Acorde con las propuestas de la Organización Mundial de la Salud, el SNS tenía por objetivo fundamental “reducir los riesgos de enfermar y morir y contribuir, en su esfera de acción, a la promoción de la salud física, mental y social” (Valenzuela *et al.*, 1956, p. 8). En el marco de importantes esfuerzos de racionalización y de la universalización de la asistencia médica, el nuevo servicio ponía en el centro la atención de los factores ambientales y la prevención para la recuperación de la salud poblacional.

El SNS se estructuró en 8 departamentos, entre los que estaba el de Atención Materno Infantil y Fomento de la Salud, dividido en los subdepartamentos de Protección Materno Infantil, Alimentación, Higiene Mental y Alcoholismo. En dicho departamento se agruparon las políticas materno-infantiles que experimentaron un nuevo impulso gracias a orientaciones como racionalización e integración de las tareas sanitarias, y fomento, prevención y reparación

de la salud. El SNS daba así continuidad al trabajo realizado por la CSO en contra de la mortalidad infantil, y se sumaba a la comprensión internacional de que este fenómeno era un indicador de desarrollo económico y social (Godoy y Zárate, 2015).

Las definiciones programáticas del SNS incorporaron una dimensión mental que salvo algunas experiencias aisladas, en estricto rigor, no se implementó (Bravo, 1962). Dicha incorporación fue consecuencia de fenómenos convergentes. Por una parte, las reformulaciones sobre la concepción de salud en la década de 1950 de la OMS que la definieron como un estado de bienestar físico, mental y social, privilegiaron la transición del concepto de higiene mental al de salud mental, que aludía a la incorporación de factores medioambientales como causas probables de desequilibrios no solo físicos sino también psíquicos (OMS, 1952). Por otra, la psiquiatría mundial experimentaba un proceso de des-institucionalización hospitalaria, es decir, gradualmente ampliaba sus horizontes incorporando alternativas terapéuticas como la asistencia ambulatoria de los enfermos mentales y el uso de fármacos (Shorter, 1997).

La recepción local de estas ideas fue gradual y tuvo expresiones restringidas como, por ejemplo, la sección de Salud Mental creada en 1960, perteneciente al Subdepartamento de Fomento de la Salud, liderado por el psiquiatra Luis Custodio Muñoz que documentó diagnósticos claves como, por ejemplo, la escasa atención que recibían los enfermos mentales, la falta de profesionales, de servicios que los atendieran y de recursos que financiaran prolongadas hospitalizaciones (Mariana Labarca, 2008).

El Departamento de Atención Materno Infantil y Fomento de la Salud concentró esfuerzos de gestión, recursos financieros y profesionales de importante magnitud por parte del SNS, que reforzaron la consolidación de la salud infantil como un derecho social; de hecho el lema del gobierno de la Unidad Popular estableció que el “niño era el único privilegiado” (Allende, 1971). Con el incremento de la atención profesional del parto y del control prenatal, el SNS logró el descenso de la mortalidad infantil al cabo de los

primeros años de funcionamiento pero no a los niveles esperados: razones estructurales como el bajo nivel de vida y de servicios de alcantarillado y agua potable eran factores ambientales importantes en los cuales el SNS no tenía injerencia (Zárate y Godoy, 2011).

El SNS incrementó la cobertura de la atención integral física del lactante y del preescolar a través de la sistematicidad del control postnatal que incluía el reconocido control del niño sano —que combatía las enfermedades gastrointestinales, respiratorias e infecto-contagiosas— el programa de inmunizaciones, y el programa de alimentación complementaria que aseguraba mejor acceso a la leche, reforzado por la campaña de distribución del Medio Litro de Leche durante la Unidad Popular.

Pese a los subsidios de lactancia y del Programa de Alimentación Complementaria implementado tempranamente por el SNS, el estado nutricional infantil a fines de la década de 1960 aún era un factor importante de patologías y, en términos globales, un indicador de subdesarrollo. En la década de 1960, el Centro de Adiestramiento e Investigación Materno Infantil (Caimi), que operó a través del SNS, lideró intervenciones, capacitaciones e investigaciones sobre la temida desnutrición. En igual período, la comunidad pediátrica alojada en diversas instituciones reforzó los múltiples peligros asociados a la desnutrición, incluidos el déficit psíquico (Monckeberg, 2012). La desnutrición crónica que afectaba a menores pobres de un año, producía daños en funciones cognitivas, agravados por el impacto de factores medioambientales como la baja escolaridad, el desempleo, el alcoholismo paterno, o carencias en la infraestructura urbana. La relación entre salud infantil, desnutrición y factores ambientales desventajosos facilitó la reflexión sobre la incidencia de las prácticas culturales y hábitos sociales en los indicadores de desnutrición infantil (Solimano y Monckeberg, 1976). En consecuencia, la atención temprana contra la desnutrición no solo prevenía condiciones físicas adversas como baja estatura, bajo peso o debilidades congénitas, sino retrasos de orden intelectual y cognitivo que podían ser combatidos con ejercicios de

estimulación para la población infantil menor de tres años (Monckeberg, 1972).

La lucha contra la desnutrición amplió las preocupaciones de la salud física a la salud psíquica de los niños, lo que se tradujo que junto al examen antropométrico (control del peso, medición de altura, de tórax y de circunferencia de la cabeza) y el examen visual que se realizaba desde hace décadas en el control del niño, gradualmente las enfermeras incorporaron mediciones básicas del desarrollo psicomotor; cómo se sentaban, se paraban, o reaccionaban a diversos estímulos la población infantil atendida de acuerdo a la edad. Y en ese tránsito las madres volvieron a tener un papel protagonista pues se les encomendaban tareas específicas que, además de las tradicionales como persuadirlas de asistir al consultorio entre otros, incluía reforzar los vínculos con sus hijos más pequeños, prematuros o enfermos.

Si bien el compromiso del SNS con el cuidado de la primera infancia, especialmente con la desnutrida, recayó en las matronas que asistían los primeros días del recién nacido y en las enfermeras que tenían la responsabilidad del control del niño, el programa de vacunaciones, las visitas domiciliarias y la labor educativa dirigida fundamentalmente a la madre y la comunidad, eran las madres las identificadas como primeras y permanentes responsables de la salud infantil. Las visitas domiciliarias eran la oportunidad de educar a las madres en terreno, y de comprobar la comprensión y aplicación de las recomendaciones en las prácticas cotidianas, así como la ocasión de enterarse de las condiciones materiales y la situación familiar en que vivía el niño. El incremento de esta actividad del SNS, fue una oportunidad de mayor acercamiento entre madres y enfermeras, y por su carácter, intimidad y frecuencia fue también un espacio para propiciar vínculos que no solo apelaban al cuidado físico de los infantes, ejerciendo el papel de educadora sanitaria y también de una educadora maternal. En una investigación, actualmente en curso, se entrevistó a un grupo de 20 de estas profesionales que trabajaron en la década de 1960 y 1970 en el SNS; la mayoría sostiene que

los niños recibían amor físico y cuidado materno pese a la pobreza, y a condiciones individuales trágicas como el alcoholismo de los padres y/o conductas depresivas graves.

La educación maternal era una tarea cotidiana y central que el SNS reforzó con manuales de crianza que invocaban a las madres con mayor respeto pero, sin duda, en el contexto de una medicina que se propuso mayor cercanía con la comunidad, estas profesionales tuvieron un papel clave en el fortalecimiento de los vínculos entre madres e hijos (Godoy y Zárate, 2015). Las recomendaciones de los manuales eran matizadas con consejos que propiciaban la importancia del tiempo que ellas dedicaban a sí mismas y la conveniencia de contar, al menos, en los primeros días posteriores al parto con la ayuda del padre en ciertas tareas domésticas (Servicio Nacional de Salud, 1972). Llama la atención el interés por la vigilancia de las condiciones psicológicas de las madres, apoyando su educación y acogiendo el temor y ansiedad que ellas podían presentar antes del parto (Servicio Nacional de Salud, 1973).

Del déficit psíquico al componente psicosocial en las políticas materno-infantiles

La gradual vigilancia del desarrollo psicomotor infantil en el combate contra la desnutrición que se libraba desde la década de 1960 tiene fundamento en los hallazgos de los estudios de la mente humana y, específicamente, los referidos a las relaciones psíquicas entre madres e hijos. El daño físico pero también el psíquico, como funciones cognitivas y emocionales, eran posibles de revertir. Si hasta la década de 1940 se creía que la personalidad y el desarrollo estaban predeterminados genéticamente, las evidencias que entregaron estudios posteriores pusieron en duda dicha premisa. Se asistía a un cambio sustantivo, pues se ponía en entredicho las premisas que defendían el determinismo eugenésico y la herencia en la conducta humana.

El desarrollo de estudios psiquiátricos enfocados en niños y adolescentes experimentó un impulso con el psicoanálisis durante la primera mitad del siglo XX, al aportar evidencias de que la biografía y la experiencia eran insumos importantes para comprender las patologías de la psiquis que, hasta principios del siglo XX fueron comprendidas principalmente como consecuencia de desórdenes orgánicos. Desde la década de 1950, los aportes de la neurociencia, la genética, de estudios como los de Piaget en torno al aprendizaje o referidos a la importante influencia de factores medioambientales en la construcción psíquica y emocional del ser humano, particularmente durante su infancia, diversificó el repertorio de diagnósticos y tratamientos terapéuticos con los que contaban psicólogos y psiquiatras en la primera mitad del siglo XX. La preocupación por determinados momentos del desarrollo del ciclo vital y la convicción de que atendiendo ciertos períodos sensibles de ese desarrollo era posible revertir experiencias desventajosas para el desarrollo humano, fueron sustento de un cambio de paradigma de la atención infantil.

Entre esos aportes están las nuevas significaciones que cobró la relación entre madres y recién nacidos; la naturaleza, la calidad y la dedicación temporal a ese vínculo fue objeto de diversos estudios que confirmaron su decisiva importancia para la vida emocional adulta. Sin duda, las observaciones que el psiquiatra John Bolwby recogió en su clásico texto de 1951, *Maternal Care And Mental Health* traducida al español en 1954, abrieron la puerta y aportaron evidencias a estas discusiones. Su constatación de que los niños que crecían en recintos asistenciales, donde recibían cuidados físicos y alimenticios básicos, presentaban una mayor morbilidad y mortalidad que los criados por su familia nuclear, dieron forma al concepto de privación psicológica. Si este lazo era frágil o inexistente, las probabilidades de trastornos mentales graves eran altas.

Como se aprecia, los grandes conflictos que afectaron a Europa durante de la primera mitad del siglo XX fomentaron reflexiones claves respecto del diagnóstico y tratamiento de las poblaciones

que padecieron esos conflictos, particularmente la infantil. La recepción de esas reflexiones en países latinoamericanos no ha sido documentada en detalle, pero sí es posible adelantar que muchos de esos estudios promovieron preocupaciones más amplias en la batalla contra el subdesarrollo y la pobreza que inspiraron a las políticas estatales desde la década de 1960, particularmente visibles en programas de salud comunitarios y programas de educación infantil temprana que crecieron a partir de la década de 1970 en América Latina (Myers, 1983). En el caso chileno, el Programa de Estimulación Precoz del SNS fundado en la década de 1970 fue precisamente heredero y una de las manifestaciones pioneras de la recepción de estos debates internacionales.

Programa de Estimulación Temprana: esfuerzo pionero en la década de 1970

Como lo destaca la literatura médica y sociológica, el éxito de las políticas materno-infantiles se explica porque desde mediados del siglo XX aquellas contemplaron medidas que apostaron por una concepción integral de la salud –concepción fortalecida desde la fundación del SNS–, identificaron factores médicos sociales, contaron con equipos profesionales altamente capacitados y se apoyaron en estudios investigativos de la realidad local (Jiménez de la Jara, 2009). No obstante, la dimensión psicológica o mental de las políticas dirigidas a la infancia temprana fue objeto de una intervención profesional específica en el SNS recién en la década de 1970, a través del Programa Piloto de Estimulación Temprana Psicosocial (también denominado Precoz) dirigido a niños de nivel socioeconómico bajo entre cero y dos años, conducido por el Subdepartamento de Fomento de Salud. Su objetivo central era potenciar el desarrollo físico y las “capacidades cognitivas, sociales y afectivas” de esa población infantil (Lira y Rodríguez, 1974). A partir de los 18 meses las diferencias entre las curvas de desarrollo psicomotor infantil eran

correspondientes a los niveles socioeconómicos de donde provenían, es decir, la infancia pobre presentaba los más bajos puntajes (Bralic, Haeussler, Lira, Montenegro y Rodríguez, 1978).

Hernán Montenegro, psiquiatra que había asumido la Jefatura de la Sección Salud mental del SNS en 1973, lideró ese año una investigación aplicada que diseñó este programa, que se incorporó al control sanitario del niño menor de dos años, y que contó con el apoyo de Unicef, acorde al compromiso internacional que la institución estaba brindando en América Latina a iniciativas similares que favorecían el protagonismo de la familia y la comunidad (Montenegro, 1978). Aun cuando el origen de la estimulación psicosocial temprana como práctica, estaba ligada a la prevención del retardo mental y otros daños orgánicos cerebrales, es decir a intervenciones de orden biológico, Montenegro sostenía que gracias al conocimiento acumulado, la extensión de su aplicación e incidencia a la totalidad de las prácticas de crianza del niño tenía un considerable impacto en la sociedad (Montenegro, 1978).

Dicha experiencia se produjo en el contexto de un giro sustantivo en las políticas sociales respecto de las que se aplicaban desde 1925. Después del golpe militar, el Estado adoptó un papel subsidiario que, entre otras medidas, supuso una reducción significativa del gasto fiscal en educación, salud y vivienda; el traspaso de funciones de responsabilidad pública a tuición privada, y se privilegió la focalización de subsidios estatales entre la población más pobre (Raczinsky, 1994). En las políticas sanitarias, el control prenatal, el control del niño sano y el Programa Nacional de Alimentación Complementaria (PNAC) ofrecieron asistencia preventiva, curativa y redujeron los índices de desnutrición entre embarazadas y niños pertenecientes al 60% más pobre de la población, capitalizando los progresos visibles desde la década de 1950, pese a que desde la década de 1970 el país experimentó una significativa precarización económica (Vial, Raczynski y Pizarro, 1995).

La experiencia se implementó en cuatro consultorios pediátricos ubicados en la zona sur-oriente de Santiago, correspondientes

a sectores urbanos, semiurbanos y rurales, cubriendo una muestra de 159 familias. Entre las actividades básicas del programa estaban la educación a las madres, visitas domiciliarias, la distribución de 24 manuales de estimulación (uno por cada mes de edad), y evaluaciones periódicas del desarrollo psicomotor de los niños. Los profesionales del programa incluían, como importante novedad, a un psiquiatra infantil y a tres psicólogas, sumados cuatro enfermeras universitarias y nueve auxiliares de enfermería que aseguraban un contacto directo y frecuente con las madres beneficiarias del programa (Montenegro, 1978). Este grupo profesional de psicólogos se fortaleció intelectualmente al participar en distintas reuniones nacionales e internacionales, y al organizar un Seminario Internacional sobre Estimulación Precoz de Lactante y Preescolar, realizado en Santiago en noviembre de 1977, auspiciado por el Instituto Interamericano del Niño (Montenegro, 1978). Y parte de este grupo constituyó en 1977, el Centro de Estudios del Desarrollo y Estimulación Psicosocial Cedep.

La experiencia permitió discutir sobre variables como la mejor edad para iniciar la intervención, la duración y magnitud de los efectos de aquella y las diversas interrogantes que surgieron sobre las limitaciones de la muestra de niños beneficiados, entre los cuales se incluyeron prematuros y desnutridos, las mejoras a incorporar en los manuales de estimulación y las distintas reacciones y grados de compromisos de las madres. Ellas cobraban nueva relevancia; como lo había constatado Bolwby (1954), el vínculo afectivo que establecían con sus hijos era un factor clave del éxito del programa de estimulación. Los buenos resultados alentaron la propuesta de incorporar oficialmente la prevención en salud mental en los programas de salud materno-infantiles del SNS (Montenegro *et al.*, 1978).

En rigor, este programa tuvo resultados importantes gracias a los aportes del SNS en infraestructura como, por ejemplo los consultorios pediátricos, en recursos profesionales, en redes asistenciales y sociales y en un capital clave: la asistencia regular de las madres

a los controles que dicho servicio monitoreaba desde hace más de 20 años. Junto con detectar el síndrome de privación materna de manera temprana –antes de la educación preescolar– el programa se propuso comprometer a los padres en la crianza y entrenarlos como agentes de la preciada estimulación. Los objetivos centrales del programa, incrementar el desarrollo psíquico de los niños, aumentar la eficacia de las madres como agentes de estimulación de sus hijos, demostrar que los profesionales paramédicos del SNS podían, previa capacitación, conducir este programa y proponer un procedimiento que facilitara su futura expansión tuvieron un éxito que se esperaba replicar a nivel nacional (Montenegro *et al.*, 1978).

Apoyo psicosocial a la primera infancia en instituciones educativas, 1970-1989

El programa de estimulación temprana del SNS no fue la única experiencia que reforzó el ámbito psicosocial de las políticas materno-infantiles durante la dictadura. La falta de cobertura de jardines infantiles, la insuficiencia de recursos, la dispersión poblacional, particularmente rural, dificultaban las posibilidades de contar con experiencias de educación inicial sistemáticas; este escenario estimuló el desarrollo de proyectos estatales y no gubernamentales –asociados a educación y atención al preescolar– que progresivamente incorporaron el refuerzo a las funciones cognitivas, sociales y emocionales de la población infantil pobre en la década de 1970 y 1980.

Entre los organismos estatales, la Junta Nacional de Jardines Infantiles, (Junji), cumplió una tarea clave en la incorporación de programas de estimulación temprana que favorecieron el refuerzo de los vínculos materno-infantiles, preocupación que estuvo en sus orígenes institucionales. El incremento de la participación femenina en el mercado laboral, y sus efectos en la infancia más carente habían inspirado las primeras discusiones parlamentarias

sobre la creación de jardines infantiles en 1968. Los argumentos que animaron la promulgación de la ley 17.301 de Junta de Jardines Infantiles de 1970, y su implementación en 1971, sostuvieron que la intervención educativa en la infancia temprana promovía el precoz desarrollo de la inteligencia y el resguardo de su afectividad.

Comprometida con la atención integral de los niños chilenos, la Junji experimentó una significativa expansión de su cobertura hasta el Golpe de Estado, experimentando transformaciones que orientaron su quehacer a tareas de tipo asistencial, especialmente de tipo nutricional, especialmente desde fines de la década de 1970 en virtud de la precarización económica que afectaba al país. Si bien dicha orientación puso en segundo plano a las políticas de estimulación precoz y apoyo socio-educativo, la Junji contempló programas que incorporaron a las familias como, por ejemplo, el Programa Educativo para Padres de 1977 ejecutado por un equipo interdisciplinario, incluido psicólogos, dirigido a entrenar a los progenitores en actividades educativas y recreativas. Paralelamente a nivel de sala cuna, se implementó un Programa de Estimulación Temprana orientado a niños con déficit nutricionales severos, y en diversos programas se implementaron herramientas evaluativas del desarrollo sicomotor infantil apoyadas por Unicef y la Universidad Católica (Junji, 2005).

Pese a la crisis económica de la década de 1980, la Junji patrocinó iniciativas de corto alcance pero pioneras respecto de la integración de las madres, y también en ocasiones de los padres particularmente dada la coyuntura de altas tasas de desempleo, que junto con apostar por la integración educativa fortalecieron la convicción científica y política respecto de los beneficios de la cercanía de los padres en el desarrollo temprano infantil. Bueno ejemplo de ello fue el trabajo de los Centros de Atención con Colaboración de Madres, Centros de Intervención Nutricional y Estimulación del Lenguaje, Centros de Atención Educativa Materno-Infantil (estos últimos apoyados por el Cedep) y el Programa de Integración de Padres (PIP).

El Centro de Atención del Niño y la Mujer (Ceanim); el ya citado Cedep; el Centro de Investigaciones y Desarrollo de la Educación (CIDE); el equipo interdisciplinario Creas; el programa de apoyo a jardines infantiles de la Fundación Missio; la Fundación San Pablo, y el Programa de Interdisciplinario de Investigaciones en Educación, (PIIE), son algunas de las organizaciones no gubernamentales que desarrollaron programas educativos y de estimulación dirigidos a la primera infancia. Revalorizando a una amplia gama de agentes educativos (madres, monitores comunitarios, etc.), que habían alcanzado altos grados de participación hasta 1973, dichos programas proponían modalidades de atención a los preescolares que valorizaban significativamente la presencia de los padres en la formación inicial de los más pequeños (Cedep, CIDE, Creas, Missio y PIIE, 1987).

Estas organizaciones trabajaron con preescolares bajo distintas modalidades; en programas de jardines infantiles junto a personal capacitado; programas de educación inicial insertos en programas comunitarios liderados por madres asesoradas por las organizaciones; programas dirigidos a la formación de los apoderados de los niños inscritos en jardines infantiles, todos programas que, en su conjunto, tenían una cobertura anual de aproximadamente solo 2.000 niños (Silva, 1983).

En una temprana evaluación preliminar del quehacer de estas organizaciones en 1983, destaca el papel negativo de las madres, en las que descansaba un papel clave como formadoras de los pequeños, y el incipiente o coyuntural papel del padre en las experiencias de apoyo psicosocial y educativo de sus hijos. Sobre las madres, se sostenía que en el mundo de los niños pobres:

(...) la mujer es subestimada y donde el hombre se impone, la madre es figura permanente dentro del mundo infantil y no tiene los conocimientos necesarios para propender al desarrollo biológico, psicológico y social de sus hijos, como ella creció un poco al azar cree que ese es el camino correcto de crecer, intuye que su

deplorable situación se debe a fenómenos estructurales de carácter económico y social que determina su realidad, nada más: se trata, en el fondo, de algo indeterminado. Tal vez el "destino" que les ha dado un lugar modesto en la vida: que les ha hecho nacer en un mundo muy injusto (Silva, 1983, p. 11).

Si bien se sostenía que los padres estaba relativamente ausentes de estas experiencias, en la mayoría de los programas "se observaba una mejor disposición de los hombres", lo que podía explicarse "a una adaptación circunstancial, ya que por la situación económica vigente, en muchos casos la mujer pasa a ser la persona que trabaja y el hombre ha debido reemplazarla en lo "doméstico". Esta circunstancia histórica, el alza en las tasas de desempleo a causa de la crisis económica de los primeros años de la década de 1980, era entendida como una oportunidad beneficiosa para fomentar "un compromiso mayor del padre con el desarrollo y educación de los hijos que, a larga, signifique un cambio en las relaciones familiares y de la familia con la escuela" (Silva, 1983, pp. 147-148).

Del apoyo psicosocial al fortalecimiento del apego: políticas e infancia en el Chile democrático

A fines de la década de 1980, un nuevo impulso al apoyo psicosocial de la infancia temprana se hizo presente en mandatos internacionales como la Convención de los Derechos del Niño de 1989, ratificada por Chile al año siguiente. Y un nuevo estudio del Cedep se preguntaba por la asociación entre desarrollo infantil y condiciones socio-familiares, producto de una investigación comparativa sobre pautas de crianza, alimentación y socialización, realizado en Argentina, Chile y Uruguay entre 1986 y 1988 (Seguel, Bralic y Edwards, 1989)². Este estudio aparecía una década después de la

² El estudio contó con el apoyo del Centro Internacional de Investigaciones para el desarrollo (IDRC) y la asistencia técnica y financiera de Unicef.

puesta en marcha del programa de estimulación precoz del SNS. Para el caso chileno, el estudio recogía información a partir de las entrevistas realizadas a 851 familias que residían en poblaciones pobres de Santiago y que tenían uno o dos hijos en edad preescolar, con el propósito de analizar la relación entre estado nutricional y niveles de desarrollo psicomotor³. Evaluando positivamente los progresos en las sistemas de protección infantil referidas a las condiciones físicas, el desarrollo psíquico del niño aparecía como un indicador de calidad de vida descuidado; las iniciativas dirigidas a estimular el desarrollo psicomotor eran aisladas, no se mantenían en el tiempo, tenían baja cobertura, y no se contaba con estadísticas nacionales, si bien numerosos estudios confirmaban el alto déficit en esta materia. Después de cruzar información socioeconómica de las familias, entrevistando a personal de instituciones sanitarias, de la comunidad (párrocos, dirigentes), y a madres, y aplicando instrumentos de evaluación de los niños en los mismos hogares en presencia de la madre, el estudio contemplaba la realización de talleres que reunían la información levantada con la reflexión de los propios actores comunitarios. El estudio concluía en la importancia de incluir a la familia y la comunidad en los programas de intervención, y que las mejoras debían incorporar las necesidades psicológicas y sociales del grupo. Se recomendaba fomentar el apoyo psicológico a las embarazadas y el apoyo psíquico en el Control del Niño Sano, pues pese al programa de estimulación precoz y de haberse constituido en norma del Ministerio de Salud, esto no se había logrado implementar a cabalidad. Se insistía en la importancia de fomentar los niveles de escolaridad de la madre; ellos favorecían el lenguaje infantil, la dedicación al juego y desincentivaban el uso del castigo físico. Para apoyar la inserción laboral femenina, se demandaba mejorar la oferta estatal de jardines o guarderías; resultaba revelador

³ Un tercio de los habitantes de la capital, es decir, aproximadamente 1.200.000 personas vivían en poblaciones marginales; calculando familias de aproximadamente 5 personas, se estimaba que el número de familias de este segmento era de 240 mil. (Seguel, 1989, p. 11)

al alto valor que las madres asignaban a la educación preescolar. Finalmente, el estudio diagnóstica que era clave contar con profesionales, entre ellos psicólogos y educadores, que fomentara el papel de las madres y una actitud de respeto a lo que ellas hacían y sabían de sus propios hijos (Seguel *et al.*, 1989).

Con la recuperación del sistema democrático en 1990, liderada por los partidos de la Concertación, el gasto social experimentó un incremento importante. Durante el gobierno de Patricio Aylwin se reforzaron las medidas históricas que combatían los índices de mortalidad y morbilidad entre la población infantil. A fines de 1992, se puso en marcha el Plan Nacional de la Infancia que coordinó acciones dirigidas a reforzar salud, educación y beneficios sociales para la población infantil. Los aportes financieros a este plan crecieron significativamente desde 1993. Integra y Junji incrementaron su cobertura en educación inicial de 122.497 a 130.617 niños, es decir, 6%, dirigida a reforzar la dimensión formativa del preescolar más que la asistencial. Asimismo se aumentó la entrega de materiales didácticos con el propósito de reforzar la educación parvularia en los hogares. (Rodríguez, 1995).

En 1992, el Ministerio de Salud diseñó un nuevo Programa de Estimulación Temprana y Evaluación del Desarrollo Psicomotor, dirigido a la prevención masiva del déficit psicomotor en menores de 6 años que fomentaba actividades educativas dirigidas a madres, embarazadas o personas que estuvieron a cargo de los infantes. Reconociendo su escasa cobertura, lo interesante es la justificación de la iniciativa: el programa fue concebido como una inversión económica y un mecanismo de igualación de oportunidades de los niños más desfavorecidos, objetivos congruentes con las políticas dirigidas a equilibrar crecimiento económico con mayor equidad social (Schkolnik, 1995).

Durante la década del 2000, diversos esfuerzos profesionales privados, hospitalarios y universitarios han dirigido su quehacer a la atención clínica y la investigación en vínculos tempranos en Chile; algunos de ellos se mencionan en el cuarto capítulo de este

libro. Asimismo desde mediados de la década, la preocupación por el diseño de políticas públicas que se concentran en la infancia temprana ha sido objeto de múltiples estudios. La infancia más vulnerable era la más afectada por altas tasas de depresión materna, uso de drogas y prácticas de violencia física alarmantes, tardía inscripción de los infantes en jardines infantiles (entre los 2 y 3 años cuando son capaces de describir cómo son tratados en esos establecimientos), y pautas de crianza que revelaban falta de información y hábitos riesgosos (Raczynski, 2006). La creciente participación femenina en el mercado laboral, y la dificultad de compatibilizarla con el cuidado infantil debido a las largas jornadas laborales y tiempo de traslado entre los hogares y el lugar de trabajo (Acosta, Peticara y Ramos, 2005). Estudios que evidencian que la transmisión de la desigualdad estaba muy relacionada con las condiciones socio-económicas y psicosociales de la familia de origen; el impacto significativo de condiciones de pobreza y privación psicosocial en la vida temprana y su cualidad de predictores de trayectorias de vida azarosas. Un ejemplo de estos estudios son los indicadores de retrasos del desarrollo y rezagos (o riesgos) entre la población infantil que, previa implementación del ChCC, se apreciaron en la Encuesta Nacional de Calidad de Vida y Salud (Encavi) aplicada en hogares en el año 2006; la prevalencia de retrasos del desarrollo en menores de seis años era de 11,3%, y de rezagos en menores de cinco años alcanzaba a un 29,9% (Bedregal, Torres y Carvallo, 2014). Dicha encuesta reforzó una premisa básica: el crecimiento en el bienestar económico del país no era garantía de que los indicadores psicosociales experimentaran mayores niveles de aprobación.

En la última década, se han puesto en marcha tres transformaciones socio-políticas dirigidas a resguardar los vínculos tempranos y el apoyo psicosocial infantil; la implementación del programa Chile Crece Contigo (2009) la promulgación de la Ley 20.545 que extiende el período posnatal a veinticuatro semanas (2011) y, la instauración de la obligatoriedad del kínder (2013). Nos referimos a la primera de ellas.

La protección integral de la primera infancia como materia de política pública es objeto de un importante y decisivo respaldo desde fines de la década del 2000 a través de la creación del Subsistema de Protección Integral a la Infancia, Chile Crece Contigo, (ChCC) primera política intersectorial que incorporó la atención del desarrollo infantil temprano (cero a cuatro años), elaborada por el Consejo Asesor Presidencial para la Reforma de las Políticas de Infancia durante el primer gobierno de Michelle Bachelet. Dicho Consejo se inspiró en el concepto de protección integral de la Convención Internacional de Derechos del Niño, que dota al Estado de un papel clave en dicha protección, y en las evidencias científicas sobre los beneficios en la vida adulta de la intervención temprana. Diseñada en el 2006, e implementada en 2009, la política agrupa al sector salud –eje del programa– educación, protección social, justicia, trabajo, entre otros que reciben lineamientos políticos-estratégicos del gobierno central, y provisión de servicios del gobierno local, aplicando un modelo de gestión intersectorial, con financiamiento asegurado por ley y con profesionales altamente capacitados. Junto a la provisión de cuidados sanitarios, alimenticios, el programa ChCC fortalece las capacidades emocionales y cognitivas como el lenguaje, la formación de hábitos, el fomento de la curiosidad, y vínculos seguros y de afecto en un periodo alta permeabilidad entre los infantes. Este objetivo se sustenta en la premisa que los primeros 2 años de vida son un campo de acción estratégico de las políticas de desarrollo infantil (Bedregal y Torres, 2013).

Reconociendo los esfuerzos en materia de evaluación y apoyo psicomotor anteriores a este programa, es cierto que aquellos no cubrían más del 20% de la población infantil que lo requería, no estaban estandarizados y dependían de la escasa disponibilidad de profesionales capacitados en el área. El programa ChCC constituye un esfuerzo inédito que está incrementando la cobertura y los recursos para esa área a través del Programa de Apoyo al Desarrollo Biopsicosocial (PADB), eje del Subsistema alojado en el Ministerio de Salud, de carácter universal para las familias inscritas en el

sistema público, y ofrece un conjunto de prestaciones dirigidas a apoyar integralmente el desarrollo del niño y la niña.

Las principales prestaciones del PADB en materia de apoyo psicomotor a la infancia temprana se están concentrando en acciones como el fortalecimiento de los vínculos entre futuras madres e hijos durante el embarazo y entrenamiento en pautas de crianza; estimulación de acciones de apego seguro con el recién nacido apenas producido el parto; atención a niños hospitalizados en servicios neonatológicos y en consultas primarias pediátricas; desarrollo del Programa al Recién Nacido en que las madres reciben “pack de implementos” y pautas de crianza temprana; evaluaciones periódicas de riesgos biopsicosociales y aplicación de pruebas psicomotoras en controles sanitarios periódicos; entrega de material educativo y talleres grupales para habilidades de crianza “Nadie es Perfecto” para madres y padres (Bedregal *et al.*, 2014).

Comentarios finales

La importancia del desarrollo integral de los recién nacidos, lactantes, preescolares es materia de amplio consenso en el Chile actual: los beneficios del refuerzo temprano de los vínculos emocionales y de la estimulación en esta etapa de la vida goza de evidencias científicas internacionales desde la década de 1950. Antes de este periodo el refuerzo de los vínculos maternales estuvieron presentes, entendidos principalmente como un instrumento de apoyo al combate de la mortalidad infantil.

Los significativos vínculos entre la desnutrición crónica y el desarrollo incompleto de funciones cognitivas en los lactantes amplió la preocupación, hasta entonces principalmente por la sobrevivencia física, a aquella de tipo psicosocial. El primer Programa de Estimulación Temprana, fundado en 1974 y alojado en el Servicio Nacional de Salud, constituye un hito pionero en la preocupación por brindar una asistencia psicosocial que puso en el centro de una

política estatal, la importancia de reforzar los vínculos entre padres y progenitores. Pese a la falta de sistematicidad y de cobertura nacional en el cumplimiento de las metas de este programa por diversas razones, lo cierto es que desde ese periodo la preocupación por esta dimensión asistencial estuvo presente —con distintos énfasis— para ser retomada enérgicamente a partir de la implementación del Programa Chile Contigo.

Así como el papel de las madres fue un factor estratégico en la contención de la mortalidad infantil en Chile, también recayó en ellas la principal responsabilidad de los primeros programas de estimulación temprana dirigidos a combatir los déficit psicomotores causados por la desnutrición y el impacto de condiciones socio-ambientales como la pobreza, la violencia y las carencias educativas de sus progenitores o cuidadores. Dicha responsabilidad sigue siendo importante y central pero, en las últimas décadas la contención maternal es también una herramienta clave para la reparación de condiciones de vulnerabilidad emocional y cognitiva. Asimismo, en el presente se observa la gradual inclusión del padre como agente activo y responsable en la crianza temprana, fenómeno reciente que es necesario documentar.

Referencias

- Acosta, E., Peticara, M. y Ramos, C. (2005). *Oferta laboral femenina y cuidado infantil*. Santiago: Informe final Banco Interamericano de Desarrollo.
- Allende, S. (1971). *El niño, único privilegiado. Discurso del Presidente de la República, Dr. Salvador Allende Gossens en el acto de inauguración del año escolar 1971, Santiago, 25 de marzo de 1971 en el Estadio Nacional*. Santiago: Ed. Universitaria.
- Arellano, J. (1985). *Políticas sociales y desarrollo. Chile 1924-1984*. Santiago: Cieplan.

- Bedregal, P. y Torres, A. (2013). Chile Crece Contigo: el desafío de crear políticas públicas intersectoriales. *Instituto de Políticas Públicas UDP*, (19), 1-8.
- Bedregal, P., Torres, A. y Carvallo, C. (2014). *Chile Crece Contigo: el Desafío de la Protección Social a la Infancia*. Santiago: PNUD.
- Biondi, A., Vizcarra, J., Elguín, S. y Rosende, M. (1944). La caja del seguro obligatorio 1924-1944: desarrollo estructural y funcional: racionalización de los servicios y prestaciones. Santiago: Cada de Seguro Obligatorio.
- Bolwby, J. (1954). *Los cuidados maternos y la salud mental*. Washington: OPS; OMS.
- Bravo, A. (1962). *Doctrina y política del SNS: planificación en salud y el SNS*. Santiago: Talleres de la Sección Educación para la Salud SNS.
- Cedep, Cide, Creas, Missio y PIIE. (1987). *Chile: Experiencias de educación inicial. Aportes de organismos no-gubernamentales al desarrollo infantil*. Santiago: Unicef.
- Cruz Roja de Los Ángeles (1930). *Cartilla de Puericultura*. Chillán: Imp. La Discusión.
- Godoy, L. y Zárate, M. S. (2015). Trabajo y compromiso. Matronas del Servicio Nacional de Salud, Chile 1952-1973. *Revista Ciencias de la Salud*, 13 (3), 411-430.
- Horwitz, N. (1995). *Salud y Estado en Chile: organización social de la salud pública – periodo del Servicio Nacional de Salud*. Santiago: Organización Panamericana de la Salud.
- Iturriaga, A. (1944). *Características psico-sociales del niño chileno abandonado y delincuente*. Santiago: Prensas de la Universidad de Chile.
- Jiménez de la Jara, J. (2009). *Angelitos salvados: Un recuento de las políticas de salud infantil en Chile en el siglo XX*. Santiago, Ediciones Uqbar.
- Junji (2005). *35 Años trabajando por los niños y niñas de Chile*. Santiago: Junta nacional de Jardines infantiles.
- Labarca, M. (2008). Alcoholismo y cambio social. Un programa de salud mental comunitaria en el área sur de Santiago (1968-1973). En M. S. Zárate (Comp.), *Por la salud del cuerpo* (pp. 229-236). Santiago: Universidad Alberto Hurtado.
- Lavrin, A. (2005). *Mujeres, feminismo y cambio social en Argentina, Chile y Uruguay, 1890-1940*. Santiago, Chile: Centro de Investigaciones Diego Barros Arana.

- Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago, Chile: LOM Ediciones.
- Lira, I. y Rodríguez, S. (1974). *Estimulación Precoz*. Santiago: SNS.
- Milanich, N. (2009). *Children of fate: childhood, class, and the state in Chile, 1850-1930*. Durham: Duke University Press.
- Monckeberg, F. (1972). Experiencia en el campo de la desnutrición en Chile. Discurso de ingreso a la Academia de Medicina del Dr. Fernando Monckeberg. En *Boletín de la Academia Chilena de Medicina N° 14*.
- Monckeberg, F. (2012). *Contra viento y marea: hasta erradicar la desnutrición*. Santiago: Aguilar Chilena Ediciones.
- Montenegro, H. (1978). Consideraciones generales sobre estimulación temprana. En S. Bralic, I. Haeussler, M. I. Lira, H. Montenegro y S. Rodríguez (eds.), *Estimulación Temprana, importancia del ambiente para el desarrollo del niño* (pp. 13-36), Santiago: Unicef-Centro de Desarrollo y Estimulación Psicosocial, Cedep.
- Montenegro, S., Rodríguez S., Lira, I., Haeussler I. y Bralic, S., (1978). Programa piloto de estimulación precoz para niños de nivel socioeconómico bajo entre 0 y 2 años: informe final. En S. Bralic, I. Haeussler, M. Lira, H. Montenegro y S. Rodríguez (eds.), *Estimulación Temprana Importancia del ambientes para el desarrollo del niño* (pp. 133-195). Santiago: Unicef-Centro de Desarrollo y Estimulación Psicosocial, Cedep.
- Myers, R. (1983). Programa de educación infantil temprana en América Latina. En *Evitando el fracaso escolar: Relación entre la educación preescolar y primaria*. Ottawa: IDRC, RAE-CIDE 3055.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (1952). *Comité de expertos en higiene mental: Informe de la segunda reunión OMS*. Ginebra: OMS.
- Ortega, O. y Covarrubias, A. (1933). Repertorio de las Obras Sociales de Santiago. *Servicio Social*, 7(1-2), pp. 6-140.
- Quezada, E. (1908). *Nociones elementales de puericultura para las clases del ramo en las escuelas de la Sociedad de Instrucción Primaria*. Santiago: Ed. de Ponce Hnos.
- Raczinsky, D. (1994). Políticas sociales y programas de combate a la pobreza en Chile: balance y desafíos. *Colección Estudios Cieplan N° 39*, 9-73.

- Raczynski, D. (2006). Política de infancia temprana en Chile: Condicionantes del desarrollo de los niños. *En Foco*, 77, 8-10.
- Rodríguez, J. (1995). Políticas de crecimiento económico y transición política en Chile. En J. Vial, D. Raczynski, y C. Pizarro (eds.), *Políticas económicas y sociales en el Chile democrático*. Santiago: Cieplan-Unicef.
- Rojas, J. (2007). Los derechos del niño en Chile: una aproximación histórica, 1910-1930. *Historia*, 1(40), pp. 129-164.
- Rojas, J. (2010). *La historia de la infancia en el Chile republicano 1810-2010*. Santiago, Chile: Editorial Ocho Libros.
- Schkolnik, M. (1995). Políticas sociales para grupos de riesgo: Un nuevo enfoque. En J. Vial, D. Raczynski, y C. Pizarro (Eds.), *Políticas económicas y sociales en el Chile democrático*. Santiago: Cieplan-Unicef.
- Schwarzenberg, O. (1934). *Educación, alimentación e higiene del niño. Un consejero para las madres*. Santiago: Talleres Gráficos Gutemberg.
- Seguel, X., Bralic, S. y Edwards, M. (1989). *Más allá de la sobrevivencia*. Santiago: Unicef-Cedep.
- Servicio Nacional de Salud (1972). *Mientras su hijo está en camino*. Santiago: El Servicio.
- Servicio Nacional de Salud (1973). *Normas para la prevención, tratamiento y control de las diarreas infantiles: Normas Pediátricas*. Santiago; Quimantú.
- Servicios de Salubridad Fusionados (1942). *A las madres. Breve cartilla de consejos para criar hijos sanos y robustos*. Santiago: Talleres Gráficos La Crítica.
- Shorter, E. (1997). *A History of Psychiatry From The Era of The Asylum To The Age of Prozac*. New York: John Wiley and Sons.
- Silva, J. J. (1983). *Elementos para la evaluación de programas comunitarios de atención al preescolar*. Santiago: CIDE.
- Solimano, G. y Monckeberg, F. (1976). Desigualdades alimentarias y estado de salud de la población. En M. Livingstone y D. Raczynski (eds.), *Salud pública y bienestar social*. Santiago: Ceplan.
- Tinsman, H. (2008). María Soledad Zárate. Dar a luz en Chile, siglo XIX: De la "ciencia de hembra" a la ciencia obstétrica. *Historia (Santiago)*, 41(1), 263-265. doi:<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-71942008000100024>.
- Tirapegui, L. (1936). *El niño deficiente mental desde el punto de vista psicológico y social*. Santiago: Imp. Universitaria.
- Valenzuela, G., Juricic, B. y Horwitz, A. (1956). Doctrina del Servicio Nacional de Salud. *Revista del Servicio Nacional de Salud*, 1(1), 5-17.
- Valle, G. (1935). *Nociones fundamentales de puericultura y alimentación infantil para los médicos rurales*. Santiago: Imp. Gutemberg.
- Vargas, N. (2002). *Historia de la pediatría chilena: crónica de una alegría*. Santiago: Edit. Universitaria.
- Vetó, S. (2015). Psicoanálisis y eugenesia en el campo criminológico chileno de la década de 1930 y 1940: indagaciones a partir de algunos escritos del Juez de Menores Samuel Gajardo. En Leyton, C., Palacios, C. y Sánchez, M. (eds.). *El bulevar de los pobres. Racismo científico, higiene y eugenesia en Chile e Iberoamérica, siglos XIX y XX* (pp. 155-185). Santiago: Ocho Libros.
- Vial, J., Raczynski, D. y Pizarro, C. (1995). *Políticas económicas y sociales en el Chile democrático*. Santiago: Cieplan-Unicef.
- Zárate, M. S. (2009). Embarazo y amamantamiento: cuerpo y reproducción en Chile. En R. Sagredo y A. Góngora (eds.), *Historia del cuerpo en Chile* (pp. 351-411). Santiago: Editorial Taurus.
- Zárate, M. S. (2010). El licor de la vida: Lactancia y alimentación materno-infantil, Chile (1900-1950). En C. Sciolla (comp.), *Historia y cultura de la alimentación en Chile. Miradas y saberes sobre nuestra culinaria* (pp. 235-261). Santiago: Catalonia.
- Zárate, M. S. y Godoy, L. (2011). Madres y niños en las políticas del Servicio Nacional de Salud. Chile, 1952-1964. *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 18(1), 131-151.