

LA CONVOCATORIA 2020 DE BECAS ANPIR PARA LA
PROMOCIÓN DE ESTANCIAS EN CENTROS DE EXCELENCIA
EXTRANJEROS

**Rotación externa en el Centro de Desarrollo Infantil y
Estimulación Temprana El Nido**

MEMORIA

San Isidro, Buenos Aires, Argentina



Silvia Gayete Lafuente

Residente de Psicología Clínica de Cuarto Año

Parc Sanitari Sant Joan de Déu, Sant Boi del Llobregat

Junio 2020

Índice

1. Introducción	2
2. El sistema sanitario en Argentina	3
3. Descripción del centro de destino	4
3.1. Historia	
3.2. Ubicación y espacio físico	
3.3. Equipo profesional	
3.4. Tarea asistencial	
3.4.1. Llegada del/a paciente y su familia	
3.4.2. Valoración del/a paciente y plan terapéutico	
3.4.3. Seguimientos y tratamientos	
3.4.4. El momento del alta	
3.5. Otras tareas	
3.6. Plan semanal	
4. Actividades realizadas	16
4.1. Actividades asistenciales	
4.2. Actividades asistenciales ante el advenimiento de la pandemia de COVID-19	
4.3. Otras actividades	
5. Aplicabilidad en nuestro contexto	21
6. Valoración personal	24
7. Agradecimientos	28
8. Referencias	28
9. Bibliografía esencial	30
Anexo	31

1. Introducción

El presente documento persigue el objetivo esencial de describir mi experiencia personal en la rotación externa desarrollada en el Centro de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana El Nido (en adelante, “El Nido”) entre los meses de marzo y mayo del 2020. Dicho centro se encuentra en la localidad de San Isidro, ubicada en la provincia de Buenos Aires, Argentina. Por ello, será importante repasar primeramente algunas características del territorio, así como del funcionamiento y la idiosincrasia del sistema sanitario al que pertenece. Finalmente, esta memoria tratará de recoger las distintas reflexiones que se derivan de la vivencia de rotación y de la comparación entre mi contexto de asistencia habitual y el argentino.

Esta memoria no puede obviar la situación de excepcionalidad que atravesó parte de mi rotación por El Nido debido a la pandemia de la COVID-19. Para ello, se destinará un apartado a describir y reflexionar sobre los cambios en la asistencia y el equipo que se derivaron de la pandemia.

Para comprender la experiencia de la rotación libre o externa, cabe señalar de qué se trata la misma. Dentro del programa formativo de residentes para la especialidad en psicología clínica, el Boletín Oficial del Estado (2009) contempla un período de formación (al que llama rotación libre) en el que el/la residente puede realizar estancias en dispositivos no pertenecientes a su Unidad Docente, según sus inquietudes dentro del ámbito de la especialidad (Boletín Oficial del Estado, 2009).

En mi caso, creí oportuno realizar este período formativo fuera del Estado Español y en un contexto de asistencia pública para conocer, además de otros modos de trabajo, el funcionamiento y la organización de un sistema sanitario distinto dentro de un marco cultural y socio-económico distinto. Uno de mis objetivos, pues, era que la experiencia incluyese esta dimensión para tomar conciencia de la influencia que ejerce la organización del sistema en la tarea asistencial.

Siguiendo la misma lógica, a nivel clínico me pareció relevante poder rotar en un entorno culturalmente distinto; puesto que, tal y como Bredström (2019) señala, la cultura ejerce una clara influencia sobre las expresiones clínicas. Esta influencia, de no ser tomada en cuenta, puede producir sesgos en los diagnósticos.

Debido a mi interés por la psicología clínica infanto-juvenil, creí relevante ampliar mis conocimientos en este campo. Específicamente, decidí incidir en la clínica del desarrollo durante la primera infancia puesto que la residencia en psicología clínica no contempla en su programa este campo asistencial como parte obligatoria, incluyendo rotaciones por servicios (primordialmente, Centros de Salud Mental Infanto-Juveniles) que suelen iniciar la atención psicológica en la infancia a los 5-6 años de edad (Boletín Oficial del Estado, 2009). Además, la Atención Temprana tiene sus propias técnicas y especificidades, por lo que consideré crucial conocer esta parte de la atención psicológica en la infancia.

Tal y como define el Libro Blanco de la Atención Temprana, esta es el “conjunto de intervenciones, dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen por objetivo dar respuesta lo más pronto posible a las necesidades transitorias o permanentes que presentan los/as niños/as con trastornos en su desarrollo o que tienen el riesgo de padecerlos. Estas intervenciones, que deben considerar la globalidad del/a niño/a, han de ser planificadas por un equipo de profesionales de orientación interdisciplinar” (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2000).

Conocer el desarrollo de las primeras etapas de la vida, tomando en cuenta su dimensión relacional, es clave tanto para la atención en psicología clínica infanto-juvenil como en la de adultos; pues, como es sabido, los primeros años de la vida juegan un papel esencial en la salud y el bienestar de las personas (Black et al., 2017).

2. El sistema sanitario en Argentina

Antes de continuar con la memoria, se considera necesario explicar brevemente los aspectos más básicos de la organización del sistema de salud argentino, para contextualizar la rotación y el centro de destino. El sistema de salud de Argentina está compuesto por tres sectores: el sector público (al cual pertenece El Nido), el sector de seguro social obligatorio y el sector privado.

El sector público se organiza ministerialmente en torno a estructuras administrativas provinciales y nacionales. La red de hospitales y centros de salud que lo integran ofrecen atención gratuita (financiada con recursos fiscales) a toda persona demandante.

El sector del seguro social obligatorio se organiza a través de las llamadas Obras Sociales (OS), que cubren la atención sanitaria a los/as trabajadores/as asalariados/as y a sus familias. Las OS que cubren a cada persona dependen del sector en el que esta trabaje. A menudo, las Obras Sociales cubren las prestaciones ofrecidas por algunas entidades privadas. Por último, el sector privado incluye establecimientos y profesionales que prestan sus servicios de manera independiente (o en colaboración con las OS) (Belló, 2011).

La principal crítica que recibe el sistema sanitario argentino es que padece una excesiva fragmentación, no sólo entre los distintos sectores mencionados y dentro de los mismos; sino también por las diferencias en la atención recibida según la situación fiscal de cada persona. Si bien es cierto que existe una oferta pública universal y gratuita de salud, el desarrollo de los tres sectores (público, OS y privado) establece implícitamente tres categorías de usuarios/as: grupos sociales de bajos ingresos que no cuentan con seguridad social, trabajadores/as asalariados/as o jubilados/as y población con elevada capacidad de pago (Belló, 2011). Además, existe escasa coordinación entre los/as profesionales de los distintos sectores, hecho que puede convertirse en un problema para la calidad de la atención por la frecuencia con la que los/as usuarios/as doblan su asistencia sanitaria cuando disponen de OS.

A pesar de que en este apartado se ha explicado la organización general del sistema de salud argentino porque el centro de destino de la rotación pertenece al mismo, lo cierto es que la mayoría de centros de atención temprana en Argentina dependen del Ministerio de Desarrollo Social de la Nación, tal y como se puede leer en la Ley 26233/2007 sobre Centros de Desarrollo Infantil (Congreso de la Nación Argentina, 2007).

3. Descripción del centro de destino

3.1. Historia:

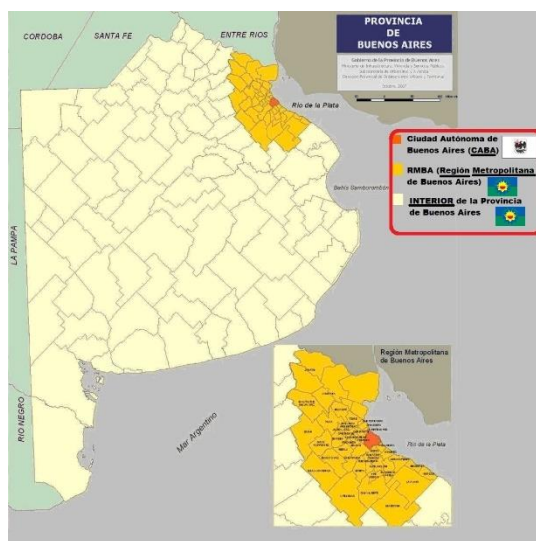
Para iniciar la descripción del centro de destino, en primer lugar, se va a exponer cómo fue su creación. En 1996, la Dra. Ana María Menéndez (médico pediatra del Hospital Municipal Materno-Infantil de San Isidro), creó en dicho hospital el Consultorio de Seguimiento de Alto Riesgo. Este consultorio tenía el formato de un programa

específico de atención ambulatoria a los/as bebés prematuros/as y/o de alto riesgo biológico, dentro del contexto de la Unidad de Pediatría del hospital y con el objetivo de poder intensificar el seguimiento de estos/as niños/as, concretamente desde su nacimiento hasta los 6 años. A este programa, en 1997, se incorporó una profesional de la fonoaudiología y la estimulación temprana con el objetivo de establecer un equipo de intervención temprana en conjunción con el consultorio de seguimiento, que en ese momento dejaba de ser únicamente médico.

En 2010, se introdujo en el Hospital Materno-Infantil de San Isidro a una psicóloga clínica para intervenciones clínicas (principalmente, de acompañamiento a padres) ya en la Unidad de Neonatología. Esta misma psicóloga, realizaba su tarea asistencial también en el Consultorio de Seguimiento, suponiendo un nexo vincular para las familias entre ambos servicios. Un año después, el mismo equipo empezó a pensar en disponer de un espacio diferenciado para atención a niños/as con problemas en el desarrollo y sus familias. Así pues, en conversaciones entre profesionales del equipo, el Centro de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana El Nido iba tomando forma hasta que el 4 de octubre de 2012, con la Dra. Ana María Menéndez al cargo, se pudo inaugurar el mismo.

Once meses después de la apertura, la Dra. Menéndez murió repentinamente. Esto supuso un golpe muy fuerte para un equipo que empezaba a dar sus primeros pasos. Con la ayuda de supervisoras clínicas y de equipo, el trabajo que se había empezado se pudo reorganizar y se nombró a una nueva coordinadora por votación del equipo: Dra. María José Fattore (actual coordinadora). Finalmente, en 2015, se pudo cambiar el nombre del centro añadiendo al mismo un homenaje a la fundadora principal: “Centro de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana El Nido Dra. Ana María Menéndez”.

Aunque en sus inicios El Nido pertenecía a la Secretaría de Niñez, Adolescencia y Familia,



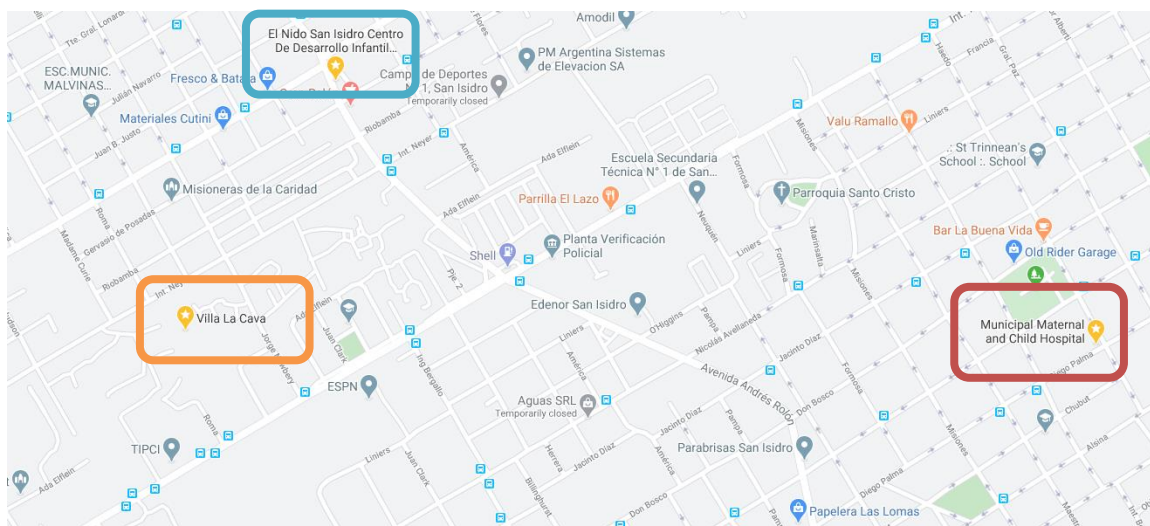
Mapa 1. Provincia de Buenos Aires.

en el último año ha pasado a formar parte de la Secretaría de Salud. Debido a que esta secretaría está compuesta por hospitales y centros de atención primaria, a nivel administrativo, El Nido quedó considerado desde ese momento como un centro de atención primaria, a pesar de que a nivel clínico la asistencia que se ofrece es de segundo y tercer nivel.

3.2. Ubicación y espacio físico:

El Centro de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana El Nido se encuentra en la provincia de Buenos Aires, fuera de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (a 20km de la misma) aunque dentro de la Región Metropolitana de Buenos Aires (ver *Mapa 1*).

Esta provincia se divide territorial y administrativamente en 135 municipios (también llamados partidos). Concretamente, El Nido corresponde al partido de San Isidro, el cual tiene una extensión de 48km² y una población alrededor de los 300.000 habitantes.



Mapa 2. En naranja, ubicación de Villa La Cava; en azul, ubicación del Centro de Desarrollo Infantil y Estimulación Temprana El Nido, y, en rojo, ubicación del Hospital Municipal Materno-Infantil de San Isidro.

El partido de San Isidro se divide en las siguientes localidades, a las cuales ofrece sus servicios: San Isidro, Boulogne Sur Mer, Villa Adelina, Acassuso, Martínez y Béccar. Es en esta última localidad a la que pertenece el centro.

Tal y como se observa en el *Mapa 2*, en el que se ve el detalle de la situación geográfica de El Nido dentro del municipio, el centro se sitúa muy cerca de Villa La Cava. Este es uno de los barrios más vulnerables a nivel socio-económico de la zona, motivo que empujó a que la creación del centro fuese en esta parte de la localidad. Además, El Nido se encuentra también cerca del Hospital Municipal Materno-Infantil de San Isidro, con

el que guarda una estrecha relación en su tarea asistencial, la cual se describirá con más detalle en otros apartados de esta memoria.

A nivel de espacio físico, El Nido se encuentra en un edificio alargado de un solo piso que dispone de diversos despachos para el desarrollo de las tareas asistenciales, tanto grupales como individuales, y administrativas. Además, cuenta con un jardín con juguetes en el que se pueden desarrollar también evaluaciones clínicas y sesiones de intervención.



Imagen 1. Fachada del centro.

3.3. Equipo profesional:

En su tarea asistencial, El Nido da mucha importancia a la interdisciplina como modo de entender la clínica y captar las realidades de los/as pacientes de un modo amplio. A continuación, se plasma la composición del equipo:

Directora clínica (Pediatra)	Directora administrativa
1 pediatra	3 administrativas
1 logopeda	3 fisioterapeutas
1 musicoterapeuta	2 psicopedagogas
2 terapeutas ocupacionales	3 psicólogas clínicas
2 trabajadoras sociales	2 psicólogas especialistas en estimulación temprana

Algunas de estas disciplinas son poco comunes en el Sistema Nacional de Salud de España. Dichas figuras profesionales se describen brevemente a continuación:

- **Musicoterapeuta:** Se trata de la profesional que pone la música al servicio de la terapia. Entiende la música como una forma natural e innata de interacción, comunicación y expresión; es decir, como una combinación de

sonidos y silencios en el tiempo que crea una secuencia sonora generando percepciones que el oído capta, decodifica y con las que se pueden expresar y comunicar estados emocionales.

- Terapeuta ocupacional: Incide en promover la participación adecuada en actividades diarias según la edad y contexto del/a niño/a.
- Psicólogas especialistas en estimulación temprana: La estimulación temprana es el conjunto de acciones que ofrecen al/la niño/a experiencias que le conduzcan a desplegar al máximo las potencialidades de su desarrollo en todas las áreas. Se trata de recoger aquello que surja en la interacción espontánea entre terapeuta y niño/a (o entre madre y niño/a) para introducir pequeñas propuestas que tensen su desarrollo cognitivo y psicomotor en la dirección de tareas que requieran estructuras más complejas.

A nivel organizativo y teniendo en cuenta las principales áreas del desarrollo, el equipo asistencial se divide en 4 áreas según disciplinas:

- Área psicosocial: Psicología clínica, psicopedagogía y trabajo social.
- Área psicomotriz: Kinesiología, terapia ocupacional y estimulación temprana.
- Área de la comunicación y el lenguaje: Musicoterapia y fonoaudiología.
- Área clínica: Pediatría y Neurología interconsultora.

3.4. Tarea asistencial:

El Centro de Desarrollo Infantil y de Estimulación Temprana El Nido es una institución que orienta, diagnostica y atiende a niños/as entre 0 y 6 años con problemas en el desarrollo y/o con riesgo biológico preestablecido, así como a sus familias. Su modo de trabajo se basa en el trato individualizado, la contención familiar y la interdisciplina (Municipio de San Isidro, 2018).

La atención a los/as niños/as y a sus familias que ofrece El Nido es un servicio totalmente público, es decir, los/as pacientes son atendidos sin ningún coste y el centro se financia con los impuestos de los/as ciudadanos/as. Es por eso que la población atendida, en la mayoría de los casos, es de clase socio-económica media o media-baja

puesto que, debido a la larga lista de espera para iniciar tratamientos, la población con mayores ingresos suele acudir a servicios privados. A pesar de ello, y debido al hecho de que El Nido tiene cierto renombre en el municipio e incluso a nivel provincial, esta última parte de la población frecuentemente solicita valoraciones aunque el tratamiento lo desarrollen en otros servicios.

Cabe destacar que la visión de El Nido es marcadamente asistencial, dando menor peso a otras tareas como la de investigación. La mirada clínica es, además de interdisciplinaria, biopsicosocial. También toma en cuenta el momento histórico y cultural en el que se enmarcan los/as pacientes y familias a las que atienden. Con todo, el equipo se identifica con una mirada que defienda la no patologización de la infancia y la diversidad, es decir, con una mirada que acompañe y respete la constitución del sujeto en su entorno.

Aunque más adelante se ahondará en alguna de ellas, las principales tareas asistenciales desempeñadas por el equipo son:

- Visitas de valoración y orientación.
- Visitas con administración de pruebas estandarizadas de desarrollo infantil.
- Visitas de seguimiento.
- Visitas de tratamiento individual.
- Visitas de acompañamiento a padres individuales o en pareja.
- Sesiones grupales de tratamiento.
- Sesiones grupales de acompañamiento a padres.
- Reuniones de coordinación interdisciplinarias.
- Reuniones de área.
- Supervisiones clínicas y de equipo.
- Reuniones de coordinación con escuelas.
- Reuniones de coordinación con pediatras de atención primaria.

3.4.1. Llegada del/a paciente y su familia

El/La paciente puede acudir a El Nido por distintas vías:

- Por derivación del/a pediatra. En este caso, el/la pediatra que se encarga del seguimiento del/la niño/a, identifica algún problema del desarrollo en el/la paciente, y decide solicitar valoración por parte del equipo interdisciplinar de El Nido.

- Por derivación de la escuela. Algunos/as niños/as pueden tener dificultades que sean detectadas por las maestras de los jardines de infantes o las escuelas de educación infantil. Estas instituciones, suelen detectar dificultades de forma rápida por contraste con el desarrollo del resto de niños/as del grupo de iguales o por la interacción que este establece con los/as demás.

- A través del Consultorio de Alto Riesgo (ver apartado 4.2). Todos/as los/as usuarios/as del Consultorio de Alto Riesgo de la Unidad de Pediatría del Hospital Municipal Materno-Infantil de San Isidro deben ser valorados/as y disponer de un seguimiento hasta los 6 años por el equipo interdisciplinar de El Nido, a pesar de que no todos/as requieran tratamiento en ningún momento de su desarrollo.

3.4.2. Valoración del/la paciente y plan terapéutico

El/La paciente siempre es valorado/a de forma interdisciplinar, de modo que todas las primeras visitas que se hacen a un/a paciente y su familia son en presencia de varios/as profesionales. Esta primera visita de valoración puede darse en distintos contextos (que corresponden a distintos espacios en las agendas de los/as profesionales):

- Consultorio de Orientación y Evaluación de Neurología (COE-Neuro): En este espacio, son valorados/as los/as pacientes que sufran algún problema del desarrollo como resultado de alguna enfermedad biológica claramente identificada, normalmente neurológica. Son pacientes derivados/as habitualmente por sus neuropediatras o pediatras tratantes. Los/as profesionales que están presentes en esta valoración suelen ser pediatras, kinesiólogas y fonoaudiólogas, con posibilidad de que se incorpore algún/a otro/a profesional.

- Consultorio de Orientación y Evaluación del Seguimiento de Alto Riesgo (COE-SAR): En este espacio, se valoran los/as pacientes procedentes del Consultorio de

Alto Riesgo del Hospital Municipal Materno-Infantil de San Isidro y sus familias. La mayoría de pacientes, en este caso, son bebés prematuros/as o con algún síndrome genético. Suelen ser pacientes derivados/as a muy corta edad, puesto que se les realiza un seguimiento muy intensivo en el hospital inmediatamente después de salir de la Unidad de Neonatología. Los/as profesionales que suelen integrar este consultorio son kinesiólogas, pediatras y psicólogos/as clínicos/as. Concretamente, la psicóloga clínica que ha acompañado a la familia a través de la Unidad de Neonatología y del Consultorio de Seguimiento de Alto Riesgo (quien también forma parte del equipo interdisciplinar de El Nido) estará siempre presente.

- Consultorio de Orientación y Evaluación General (COE-General): En este espacio, se suelen evaluar pacientes con problemas en el desarrollo que han sido detectados, principalmente, por la escuela. En algunos casos, también pueden evaluarse pacientes derivados/as de pediatría y que no encajen clínicamente en el perfil atendido en los otros dos COE. Los/as profesionales que suelen integrar este espacio son terapeutas ocupacionales y psicólogos/as clínicos/as.

En este primer encuentro, el equipo observa el/la paciente y entrevista a sus padres. Con dicha información, puede tomar distintas decisiones:

- No citar nuevamente al/la paciente. A veces, el equipo considera que con dar un sentido o una orientación a la familia sobre aquello que ocurre al/la niño/a es suficiente. Otras veces, ocurre que el/la paciente ya está recibiendo tratamiento en otra institución y la familia ha solicitado cita en el consultorio para conocer la opinión del equipo de El Nido.

- Ofrecer una visita seguimiento. En este caso, el equipo de El Nido considera relevante poder atender al/la paciente en un espacio de seguimiento antes de que inicie cualquier tratamiento o durante el transcurso del tiempo que el/la paciente va a estar en lista de espera. De este modo, se ofrece una atención y una vinculación a El Nido a aquellos/as niños/as con dificultades del desarrollo, aunque esta no sea de la misma intensidad ni con la misma metodología que en los tratamientos semanales. También se pueden citar a seguimiento niños/as cuya sintomatología o problemática no quede clara en un primer encuentro, para seguir valorando y orientando. Los seguimientos pueden darse con la frecuencia que el equipo considere conveniente, según la gravedad de la

sintomatología o la situación relacional del/la niño/a, pero nunca con una frecuencia superior o igual a una vez por semana. Estos seguimientos no constituyen un auténtico tratamiento con objetivos definidos y metodología concreta, sino que son visitas en las que poder ofrecer orientaciones a la familia para fomentar el desarrollo adecuado del niño.

- Valorar con el resto del equipo cuáles serían los espacios terapéuticos más indicados para el/la niño/a y con qué disciplinas. En este caso, el/la paciente sería anotado en lista de espera para acceder lo antes posible al tratamiento (o tratamientos) semanal decidido.

En el caso de los/as pacientes valorados/as en el COE-SAR, el seguimiento en El Nido es ofrecido a todos/as hasta los seis años. Así pues, todos/as los/as niños/as del COE-SAR deben ser visitados/as por el equipo interdisciplinar con una frecuencia que será variable en función de la sintomatología y el entorno de los mismos. Aunque no presenten ningún problema del desarrollo, estos/as pacientes serán seguidos/as por el riesgo preestablecido que presentan, pudiendo ejercer una adecuada prevención.

3.4.3. Seguimientos y tratamientos

En El Nido, el seguimiento y tratamiento al/la niño/a y su familia se hace a través de una mirada que tome en cuenta todas las dimensiones del desarrollo: psicomotriz, cognitiva, social, comunicativa (y del lenguaje) y emocional. El objetivo principal de asistencia es acompañar al/la niño/a en sus dificultades pivotando sobre el eje del proceso de subjetivación del/la mismo/a, respetando la diversidad. Según este eje, cada niño/a en imbricación con su entorno se encuentra inmerso en un proceso en el que se desarrolla como persona única, con sus propios deseos. Para acompañar al/la niño/a y a la familia en esto, cada profesional utiliza las técnicas y metodología propias de su disciplina en función de los objetivos terapéuticos. La mayoría de las técnicas implican el uso del juego.

El seguimiento permite detectar de forma temprana dificultades en aquellos/as niños/as que no han podido acceder hasta el momento a tratamiento, mientras que en el tratamiento existen unas dificultades detectadas y unos objetivos concretos ya marcados, a pesar de que estos se puedan modificar a lo largo del proceso. Los tratamientos siempre son semanales para cada área de atención recibida. Así pues, por

ejemplo, si para un/a niño/a se considera conveniente iniciar tratamiento con fonoaudiología y musicoterapia, este/a niño/a pasa a tener dos sesiones semanales de tratamiento en El Nido.

En algunos casos, se considera conveniente que los padres acudan por separado a sesiones semanales de tratamiento con psicología clínica. El motivo principal suele ser la necesidad de elaboración de todo tipo de duelos que permita una crianza más adecuada para el desarrollo del/a niño/a.

En otros casos, puede considerarse conveniente reunir a pacientes de características similares para llevar a cabo un grupo terapéutico entre dos profesionales. En estos espacios, los/as profesionales pueden ahondar, sobre todo, en aspectos relacionales y sociales del desarrollo. Del mismo modo y de forma puntual, en algunos casos puede optarse por organizar espacios de co-terapia en los que un/a mismo/a paciente se atiende simultáneamente por dos profesionales de disciplinas distintas.

Además de esto, existen tres grupos semanales y abiertos para padres que se desarrollan en horarios distintos para facilitar la accesibilidad de los/as participantes. En estos grupos, los padres pueden expresar sus dudas o inquietudes en relación a la crianza o al desarrollo de los/as niños/as, así como compartir experiencias sobre ello.

A lo largo del tratamiento y/o del seguimiento, los/as niños/as de El Nido se someten a evaluaciones mediante escalas estructuras para la evaluación del desarrollo. Estas son administradas y corregidas por profesionales de la psicología clínica que no están al cargo del tratamiento del/a niño/a y que ofrecen una mirada extra a la comprensión del caso, así como una valoración longitudinal del tratamiento o seguimiento. Las escalas que se suelen administrar son: la Escala Bayley para la evaluación del desarrollo de niños/as entre 1 mes y 2.5 años de edad y el Test de Desarrollo y Aprendizaje Infantil (TADI) para niños/as entre 3 meses y 6 años de edad.

3.4.4. El momento del alta

Principalmente, las altas del servicio se dan cuando: (a) se cumplen los objetivos terapéuticos, (b) se considera que no persisten dificultades del desarrollo susceptibles de atención, (c) se cumple la edad de seis años. En este último caso, resulta conveniente elaborar un plan asistencial que incluya la derivación a algún recurso adecuado para

el/la paciente y su familia. Esto será mucho más fácil en aquellos casos cuyos padres dispongan de Obra Social. En caso contrario, los/as niños/as y sus familias suelen tener que acudir a consultorios de salud mental públicos que no suelen ofrecer una asistencia tan intensiva como El Nido.

En el momento del alta, el/la paciente y su familia reciben una fotografía con todo el equipo asistencial que les ha tratado y/o seguido, así como un informe en el que consta el diagnóstico y la evolución del/la paciente.

3.5. Otras tareas:

Además de las tareas asistenciales en El Nido, el equipo profesional realiza distintas campañas comunitarias para introducir temáticas importantes sobre aspectos, principalmente, de la crianza. La última campaña realizada llevó por título “Jugá sin pantallas” y tenía el objetivo de facilitar herramientas a las familias para disminuir el tiempo que invierten los/as niños/as pequeños/as (especialmente durante el primer año de vida) frente a las pantallas, mediante charlas en las escuelas y jardines de infantes de la zona.

El equipo también realiza tareas de docencia, a través de formación a residentes o estudiantes de universidad de distintas disciplinas, y mediante la capacitación a equipos asistenciales de todo el país para la administración de evaluaciones formales del desarrollo.

3.6. Plan semanal:

Con todo lo que se ha comentado acerca de las distintas actividades que se desarrollan en El Nido, a continuación se realiza un esquema que pretende facilitar la visualización de las distintas actividades repartidas a lo largo de la semana. Este calendario es totalmente orientativo, puesto que cada profesional desarrolla actividades distintas de manera simultánea a lo largo del día. Así pues, muchas de las actividades que se han representado para cada día de la semana, se desarrollan de forma simultánea, aunque aparezcan como sucesivas.

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Grupo de padres	COE-SAR	COE-General	Reuniones de equipo y supervisiones	Evaluaciones con Bayley
Tratamientos individuales		Evaluaciones formales		Tratamiento grupal
	Tratamientos individuales	Evaluaciones formales	Tratamiento grupal	Tratamientos
Grupo de padres			Evaluaciones formales	Grupo de padres

La única actividad conjunta en la que todo el equipo está presente es la de “Reuniones de equipo y supervisiones” del jueves. Estas reuniones y supervisiones son de carácter distinto a lo largo de los distintos jueves del mes y según la planificación anual de El Nido, pudiendo darse el caso en el que se desarrolle más de una reunión al día. A continuación, se comenta la naturaleza de cada uno de estos espacios:

- Reunión de equipo. Se comentan dinámicas, posibles cambios, aspectos estructurales o administrativos, elementos sobre la organización, etc. También se comenta algún caso clínico si preocupa y no existe otro espacio en el que hacerlo.

- Reuniones de área. Es similar a la reunión de equipo pero, en este caso, se desarrolla de forma separada por áreas de profesionales (*ver 4.3 Equipo profesional*).

- Supervisiones clínicas y de equipo. Profesionales externos/as a El Nido acuden a la institución para supervisar situaciones y casos clínicos y/o funcionamientos y dinámicas del equipo asistencial. El Nido cuenta con supervisores/as de las distintas disciplinas y, en función del material a supervisar, la supervisión se realiza con uno/a u otro/a profesional.

- Reuniones de coordinación con las escuelas. Se reservan espacios para que las maestras de los jardines de infantes de San Isidro puedan venir a referir sus dudas o a realizar coordinaciones en relación a algún caso.

- Sesiones clínicas. De forma alterna, los/as profesionales de cada área, preparan conjuntamente una sesión clínica para compartir con el resto del equipo.

- Grupo de estudio. En función de los intereses profesionales, se organizan grupos de estudio en los que se elige un tema para comentar y revisar bibliografía. Cada profesional puede elegir qué grupo de estudio le interesa más independientemente de cuál sea su disciplina profesional. Normalmente, hay 3-4 temáticas simultáneamente.

- Reunión de evaluación. Después de que un/a paciente sea evaluado/a, se realiza una reunión interdisciplinar para concretar cuáles serían las disciplinas (o la disciplina) más adecuada para realizar el tratamiento y acompañamiento del/a niño/a y su familia.

4. Actividades realizadas

4.1. Actividades asistenciales:

El objetivo de este quinto apartado es describir cómo fueron las actividades que yo pude realizar durante mi rotación. Las tareas de índole asistencial fueron principalmente de observación y son las que se pueden observar en el siguiente cronograma:

Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes
Hospital Municipal Materno-Infantil de San Isidro: Unidad de neonatología y Consultorio de Alto Riesgo	COE-SAR	COE-General	Reuniones de equipo y supervisiones	Seguimientos
		Evaluaciones, Tratamientos	Tratamientos	Tratamientos

Debido a que muchas de ellas ya se han comentado en el anterior apartado, me centraré en explicar la actividad del lunes, puesto que no se ha comentado con anterioridad. Los lunes, en vez de asistir a El Nido, asistía al Hospital Municipal Materno-Infantil de San Isidro; puesto que allí se desarrollaba una vez por semana la actividad asistencial de la psicóloga que ejercía la función de colaboradora docente en mi rotación. La actividad en el Hospital está muy asociada a la actividad en El Nido, y aparece en este documento en el apartado sobre la historia del centro. En el contexto hospitalario, la psicóloga clínica acude a la Unidad de Neonatología y al Consultorio de Alto Riesgo:

- Unidad de Neonatología. En esta unidad, la psicóloga clínica acude a las reuniones de equipo, en las que a menudo se comenta la necesidad de alguna familia por ser atendida desde la perspectiva de la psicología clínica. Principalmente, la demanda requiere ofrecer contención emocional a las familias ante la aparición de problemas de salud de sus bebés. Otras veces, en cambio, la función de la psicóloga clínica es la de contener al equipo asistencial o poner de manifiesto dinámicas que se estén dando en el mismo y estén asociadas a la asistencia. Esto suele suceder cuando el equipo médico y de enfermería se encuentra muy invadido emocionalmente por situaciones de alto riesgo que impliquen un peligro inminente para la vida de los/as pacientes o por relaciones difíciles con las familias a las que atienden. En ocasiones, la intensidad emocional de lo que ocurre en la unidad, especialmente en el sector de la Unidad de Cuidados Intensivos, atraviesa al equipo y requiere de intervenciones desde la mirada de la psicología clínica que se basen en recoger las preocupaciones del equipo, validarlas y darles un espacio para evitar que estas interfieran en la tarea asistencial.

- Consultorio de Alto Riesgo. En el consultorio, la psicóloga clínica recibe a los/as pacientes y a sus familias en el mismo momento que el/la pediatra. Así pues, son visitas interdisciplinarias de manera que la psicóloga puede introducir algún elemento de su disciplina si se observa alguna dificultad. En esta ocasión, la psicóloga puede aprovechar para iniciar una primera observación del/la niño/a (cómo se comporta en la relación con el/la pediatra y con sus padres o familiares acompañantes, cómo se mueve en el espacio del despacho, cómo transita la manipulación de su cuerpo por parte de un/a otro/a...).

Muchas de las familias que la psicóloga clínica atiende en la Unidad de Neonatología, posteriormente acudirán al Consultorio de Alto Riesgo y también a El Nido. Así pues, ella funciona como lazo asistencial a través de los distintos servicios, trazando un vínculo a través del cual la familia se pueda sentir más segura y receptora de una atención más integrada y continuada.

En cuanto a los tratamientos, en la mayoría de los casos, intentábamos dar continuidad a los/as pacientes que ya hubiese observado una vez para facilitar la observación de un proceso. A lo largo de la rotación, pude observar sesiones con distintos/as profesionales de distintas disciplinas. También pude observar uno de los grupos terapéuticos, con 4 niños/as como usuarios/as. En todos los casos, disponía de un espacio después de la sesión para poder comentar con el/la terapeuta aspectos clínicos de la observación.

En cuanto a intervención directa, he podido realizar alguna pequeña valoración bajo supervisión de los/as profesionales. Principalmente, he podido aprender la administración del Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI). Se trata de una parrilla en la que, a través de la observación de distintas conductas del/a niño/a en función de su edad (edad corregida en el caso de bebés prematuros), hay que valorar si los distintos hitos del desarrollo que se indican en la misma se han logrado o no. En caso de que el logro no se pueda valorar porque la situación de evaluación no ofrecía las posibilidades para que se diera cierta conducta, la consigna es preguntar al/la familiar acompañante (sabiendo que, entonces, la fiabilidad sobre el logro o no de ese hito disminuye). Dicho instrumento se puede encontrar adjunto en el Anexo.

4.2. Actividades asistenciales ante el advenimiento de la pandemia de COVID-19:

A finales de marzo, se dieron las primeras detecciones de personas infectadas por coronavirus en Argentina. Rápidamente, el Gobierno de la Nación ordenó el aislamiento social preventivo obligatorio. En ese momento, se tuvo que repensar cuál sería la atención a ofrecer desde El Nido. Tras una semana y media de trabajo desde casa, se decidió que El Nido debía reabrirse con las siguientes modificaciones:

- Se decidió que los servicios de consultas externas del Hospital Municipal Materno-Infantil de San Isidro se descentralizaran; es decir, que estas visitas médicas se

llevaran a cabo fuera del recinto del hospital para disminuir la afluencia de pacientes en el mismo. De este modo, El Nido pasó a ser el lugar donde se llevaban a cabo los seguimientos pediátricos del Consultorio de Seguimiento de Alto Riesgo. Esto implicó guardar la mayoría de los juguetes y otros materiales y trasladar cierto instrumental desde el hospital: camillas para las exploraciones, balanzas, medicaciones, etc. También las pediatras del Consultorio tuvieron que dejar el hospital para empezar a atender en El Nido.

- Antes de ingresar al centro, tanto las familias como los/as profesionales, debían responder una serie de preguntas en relación a síntomas compatibles con la COVID-19 durante las últimas 48h. En caso de que alguna familia notificara síntomas, la misma pasaba con una pediatra a una zona habilitada especialmente para este propósito. Una vez allí, el/la niño/a era revisado y, en función de su sintomatología, enviado a urgencias o a domicilio. También era obligatorio que todos/as los/as profesionales se cambiaran de ropa y calzado al entrar al centro. El uso de mascarillas y lavado de manos al ingresar era obligatorio tanto para los/as usuarios/as como para los/as profesionales.

- Las intervenciones de los/as usuarios/as de El Nido pasaron a realizarse mediante vídeollamada. En caso de que no quisieran o no pudieran realizar los encuentros por este medio, se ofrecía un intercambio de vídeos o llamadas para ofrecer pautas a los padres. A pesar de que estas intervenciones no garantizaban la calidad anterior, suponían un apoyo para las familias en un momento de extrema vulnerabilidad. En algunos casos, se podía intervenir en la dirección del trabajo presencial previo; en otros casos, la intervención se convertía más bien en un seguimiento.

- Los seguimientos y COE también pasaron a realizarse mediante vídeollamada o llamada telefónica. Esto permitía conocer en qué situación se encontraban los/as pacientes que no estaban realizando ninguna intervención y ofrecer alguna pauta a los padres. En algunos casos, era posible eliminar algún/a niño/a de la lista de espera para iniciar tratamiento, puesto que los padres podían notificar que ya habían iniciado algún tipo de intervención por vía privada o porque el motivo de consulta había cedido.

- Las reuniones de equipo y supervisiones se mantuvieron también mediante vídeollamada.

- El centro se convirtió en un espacio al que las familias más vulnerables podían acudir cuando la situación de pandemia había empeorado aún más sus condiciones de vida en muchos casos, las familias perdieron los trabajos y El Nido se habilitó como un espacio en el que recoger leche y pañales, siempre de forma ordenada y respetando toda medida de seguridad.

4.3. Otras actividades

Cuando El Nido se cerró temporalmente para repensar la atención ante la pandemia, algunas de las profesionales del centro se ofrecieron a darme algunas clases mediante vídeollamada para enriquecer ese tiempo de rotación desde lo teórico. A continuación, las menciono:

- María Luongo (Kinesióloga). Kinesiología y Estimulación Temprana en el Primer Año de Vida.

- Natalia Montemarani (Psicopedagoga). La psicopedagogía en El Nido.

- Verónica Spinelli (Trabajadora Social). Abordaje Integral del Abuso Sexual en la Infancia.

- Laura Rodríguez (Psicóloga clínica). Un modo de transitar El Nido.

- María Martha Panizza (Psicóloga clínica). Capacitación para la administración de el *Clinical Adaptive Test/Clinical Linguistic Auditory Milestone Scale (CAT-CLAMS)*.

- María Andrea Luhía (Musicoterapeuta). La musicoterapia en el Desarrollo Infantil Temprano.

- María José Fattore (Pediatra). Prematuridad en Argentina.

A lo largo de la rotación, también me inscribí a distintas charlas *on-line* relacionadas con la temática de la misma:

- Esteban Levin. Los niños en juego frente a la pandemia. *On-line*.

- Esteban Levin. La infancia como experiencia. *On-line*.

- Esteban Levin. Discapacidad Infectada. *On-line*.

- Ibone Olza. Parir y nacer en tiempos de pandemia. *On-line*.

- Alfredo Jerusalinsky. El futuro es ahora: Construyendo nuevos lenguajes. *On-line*.

Por último, destacar que me inscribí a dos cursos que se realizan en modalidad virtual y de los que sigo participando en la actualidad:

- “Infancias y Adolescencias Hoy: Desafíos e Intervenciones en Clínica y Educación”, organizado por Fórum Infancias. Este curso consta de 4 clases:

- Adolescencia: Crisis y Desafíos. Consumos problemáticos, autolesiones, suicidio.

- Abuso Sexual y Otras Violencias contra la Infancia y la Adolescencia. Prevención, detección y abordajes.

- Familias y Escuelas Hoy: Protagonistas en la Constitución Psíquica y Producción de Subjetividad.

- ¡Altera Autismos!: Abordajes interdisciplinarios en la Clínica y en la Escuela.

- “La Clínica con Bebés. Abordaje Interdisciplinario en Estimulación Temprana. Curso Teórico-Práctico”, organizado por Fundación para el Estudio de los Problemas de la Infancia (F.E.P.I.). Este curso consta de seminarios semanales en los que se comentan distintas lecturas y temáticas sobre estimulación temprana y la clínica con bebés. Se trata de un curso organizado por un equipo de intervención temprana de mucho renombre en Argentina cuyo ámbito de actuación es privado o a través de Obras Sociales.

5. Aplicabilidad en nuestro contexto

En materia de atención temprana (AT), en España, hoy por hoy existen muchas desigualdades entre las distintas comunidades autónomas. También existen muchas diferencias en cuanto a la gestión y coordinación de los servicios que la ofrecen desde el ámbito sanitario, educativo y/o de servicios sociales (Robles-Bello, 2013).

De forma aún más concreta, algunos de los déficits que España presenta en el ámbito de la AT son, según se señala en el estudio de Robles-Bello (2013), los siguientes:

- En 4 comunidades autónomas no está regulada la AT de ninguna manera.

- No existe consenso en la edad de intervención. Aunque suele ser de los 0 a los 6 años, en algunos casos se atiende a los/as niños/as y a sus familias únicamente hasta los 3 años.

- En 3 comunidades autónomas todavía es imprescindible que el/la niño/a posea el certificado de discapacidad para ser atendido/a, por lo que la atención ofrecida no cubre prestaciones de prevención primaria ni secundaria. Además, este requisito de atención precipita la búsqueda de diagnósticos en las familias y contribuye a patologizar la infancia.

- Existen diferencias en función de si los centros son concertados o públicos, existiendo también intervenciones que no son subvencionadas de forma pública. Así pues, la AT no está disponible para toda la población que lo requiera, sin seguir las indicaciones del Libro Blanco en las que se pone de relieve la necesidad de que la AT sea universal y gratuita (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2000).

- No todos los dispositivos que ofrecen esta atención cuentan con todos los profesionales de las distintas disciplinas necesarias para la intervención.

Por todo esto, considero que en nuestro contexto sería conveniente aplicar un modelo de atención temprana similar al que se ofrece en el Nido: interdisciplinar, preventivo, público, comunitario, de calidad, universal, coordinado y dentro del sistema de salud.

Esta atención a la primera infancia es de crucial importancia por su carácter inevitablemente preventivo. Por esto, la AT debería incluir los tres niveles de prevención. En prevención primaria, la AT actúa sobre sujetos con alto riesgo de padecer un déficit o problema del desarrollo, aunque aún no hayan mostrado síntomas ni sido diagnosticados. Se trataría de medidas de carácter universal, dirigidas a toda la población y con la intención de proteger la salud. En el nivel de prevención secundaria, la AT actúa amortiguando aquellos factores de riesgo que puedan propiciar la aparición de un problema del desarrollo, reduciendo la posibilidad de que evolucione negativamente y su tiempo de duración. Finalmente, la prevención terciaria pretende disminuir la incidencia de las discapacidades crónicas de una población, procurando

reducir al máximo posible las dificultades asociadas a una enfermedad o un problema de salud mental o del desarrollo (Robles-Bello, 2013).

Los servicios de atención temprana deben considerar que iniciar una intervención de forma temprana en los/as niños/as es tanto más eficaz cuanto más temprana sea la edad a la que se aplique. Esto se debe a que la capacidad de asimilar e integrar nuevas experiencias es mucho mayor en las etapas más precoces del desarrollo, por ser el momento de mayor plasticidad (Robles-Bello, 2013). Así pues, en muchas comunidades autónomas de nuestro país resulta insuficiente que la atención sanitaria y gratuita a los problemas del desarrollo se inicie sobre los 5-6 años, en el entorno de los Centros de Salud Mental Infanto-Juvenil (CSMIJ). A pesar de que en algunas regiones de España puedan existir otros servicios que cubran prestaciones de AT, es necesario que estas se den en un entorno similar al de El Nido, es decir, en los llamados Centros de Desarrollo Infantil y Atención Temprana (CDIAT); porque este entorno recrea un espacio para el/la niño/a (que no es ni el escolar ni el médico) donde se interviene para mejorar su calidad de vida con un enfoque biopsicosocial centrado en su salud y de características claramente comunitarias.

En el 2008, solo Cantabria y Galicia disponían de CDIAT dentro del ámbito de la salud. En la mayoría de los casos, pertenecen a departamentos o consejerías de servicios sociales (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2011). El Libro Blanco de la AT no recoge a qué ámbito (salud, servicios sociales o educación) deberían pertenecer estos centros, puesto que sus equipos incluyen profesionales de los tres ámbitos. Por eso sí insiste en que los equipos que los integran deben ser “multiprofesionales, de carácter interdisciplinar y de orientación holística, considerando que la intervención abarca aspectos intrapersonales, biológicos, psíquicos, sociales y educativos, propios de cada individuo, e interpersonales, relacionados con su propio entorno, como son la familia, la escuela y la cultura. El equipo estará constituido por especialistas en Atención Temprana procedentes del ámbito médico, psicológico, educativo y social” (Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana, 2000).

Sería necesario, igualmente, desarrollar líneas de investigación que pudieran demostrar la eficacia y eficiencia de estos dispositivos para la salud de la población. A pesar de

que en El Nido no existe actualmente el desarrollo de ninguna investigación, considero crucial este punto en nuestro contexto para poder defender frente a las instituciones sanitarias la necesidad de invertir recursos en este sentido.

6. Valoración personal

Esta rotación ha supuesto para mí un gran aprendizaje a muchos niveles. En primer lugar, me ha servido para ampliar mis conocimientos sobre psicología evolutiva y psicología clínica infantil de una etapa que es esencial para todo ser humano, tal y como era uno de mis objetivos principales. Sobre todo, y principalmente por el advenimiento de la pandemia de COVID-19, he podido aprender a través de la observación de bebés, a pesar de que en un principio pensaba que podría realizar más observaciones de niños/as más mayores en sus sesiones de tratamiento. Esto me ha hecho recordar mucho a mi primera colaboradora docente de la residencia, de quien los/as residentes siempre recibíamos conceptos psicoanalíticos a través de analogías con la conducta de los bebés. Ella siempre decía que, a través de la observación de un bebé, se pueden aprender muchas cosas. Para mí, así ha sido. Del mismo modo, la observación de sus interacciones con las madres o adultos/as acompañantes eran reflejos de ciertos elementos que encontramos más tarde en la práctica clínica (y en nuestras vidas cotidianas), cuando preguntamos a usuarios/as adultos o niños/as de mayor edad sobre sus relaciones primarias. En este sentido, cito una frase que se me gravó al escucharla en una clase on-line sobre juego impartida por el psicólogo, psicoanalista y psicomotricista Esteban Levin: “Somos herederos del niño que fuimos”.

En todo momento, me he sentido identificada con la forma de pensar la clínica del equipo y su mirada. Esto ha permitido que pudiera expresar libremente mis dudas y mis reflexiones clínicas en relación a la práctica asistencial y a elementos teóricos, sobre todo psicoanalíticos. He sentido que el trabajo en equipo interdisciplinar era una realidad, por contraste con muchas otras rotaciones en las que el equipo dispone de profesionales de distintas disciplinas, pero de un modo más fragmentado y no integrado. Para mí ha sido crucial sentirme parte de un equipo en el que todos/as los/as profesionales dieran una importancia caudal a poder pensar qué prácticas clínicas desarrollar en cada caso y poder revisarlas de forma conjunta. En esta misma línea, todo el equipo compartía, a pesar de partir de disciplinas distintas, una forma de entender la

clínica muy similar. Sentí que esto otorgaba al equipo una coherencia interna desde la que era mucho más posible realizar este trabajo de coordinación, integración y revisión interdisciplinar.

Para mí ha sido un lujo haber podido observar intervenciones por parte de profesionales de distintas disciplinas, puesto que muchas de ellas ni siquiera existen o están integradas adecuadamente en el Sistema Nacional de Salud español. Así pues, no solo ha sido enriquecedor observar profesionales no psicólogos/as, sino que he descubierto nuevas disciplinas que desconocía por completo, que beben del psicoanálisis y que tienen estrecha relación con la psicología clínica, como son la estimulación temprana o la musicoterapia.

A lo largo de mi residencia, el lenguaje verbal en las evaluaciones e intervenciones siempre ha jugado un papel central. En este caso, en cambio, he podido descubrir nuevas formas de trabajar objetivos terapéuticos en las que el cuerpo es lo que está en primer plano. Esto ha sido muy enriquecedor para mí, puesto que siento que es muy común que el trabajo con el cuerpo quede fuera de nuestras intervenciones. Si en psicología clínica infanto-juvenil ya notamos cómo el cuerpo se tiene que poner mucho más en juego que en adultos/as (normalmente), en el caso de los bebés o niños/as tan pequeños/as esto se acentúa mucho más. Dentro de esta exploración con el cuerpo en las intervenciones, también he podido aprender de la dificultad que imponía la situación de la pandemia de COVID-19, al ser necesario transformar las intervenciones en formato virtual y al vernos obligados/as a usar mascarilla (por ejemplo, la experimentación a través de la sonrisa con bebés se veía dificultada).

El juego a través de la pantalla era complicado. Habitualmente, los juguetes se comparten entre terapeuta y paciente, el/la niño/a está contenido/a en el espacio claramente delimitado del despacho, se conviene si los padres o acompañantes adultos/as entran o no a sesión y el/la niño/a puede recibir las propuestas del/la terapeuta sin mayor dificultad. En el caso de las intervenciones on-line, en cambio, aparecían claras dificultades impuestas por el *setting* que los/as terapeutas tenían el reto de sortear.

- Se hacía muy difícil que el/la niño/a se mantuviera en un mismo espacio de la casa, queriendo mostrar toda la casa al/la terapeuta y sin centrar su foco en un juego o interacción concreta.

- Los padres o acompañantes adultos/as siempre habían de estar presentes para asistir al/la niño/a en los aspectos técnicos de la vídeollamada.
- Algunos/as niños/as rechazaban totalmente la interacción a través de este medio. En este caso, se ofrecía la posibilidad de que terapeuta y padres o tutores intercambiaran vídeos. En el caso del/la terapeuta, con propuestas de juego y, en el caso de los padres, con contenidos del/la niño/a mandando un mensaje al/la terapeuta o mostrando un juego. En el caso de que el/la niño/a o familia rechazara también este tipo de interacción, se ofrecían llamadas para realizar un cierto acompañamiento a padres.
- La conexión a internet de algunos/as pacientes era mala y no permitía una interacción fluida. En otros casos, la familia no disponía de conexión.
- Compartir un juguete o realizar juegos corporales de “ida y vuelta” se hacía muy difícil. En algunos casos, el/la terapeuta buscaba entre su material de juego algún juguete parecido al que hubiera elegido el/a niño/a. En otros casos, se podía experimentar un “ida y vuelta” a través de la pantalla o la misma funcionaba como juguete para la interacción (por ejemplo, jugando a desaparecer de la pantalla, a tapar la cámara, a dar de beber al otro acercando la bebida a la cámara, etc.).

En relación a esto, me ha parecido muy admirable cómo el equipo se ha reorganizado y flexibilizado en su práctica asistencial para poder seguir ofreciendo un espacio a los/as niños/as, a pesar de las angustias que los/as propios/as profesionales estaban transitando y las dificultades que esto les suponía a nivel de romper esquemas de intervención, pasar por la frustración de realizar una tarea asistencial de menor calidad y ajustar expectativas, darse cuenta de las realidades que muchos/as de sus pacientes tienen en sus propias casas (escenario de fondo de la intervención), sentirse en incongruencia por no poder ofrecer el espacio a todos/as sus pacientes (ya fuera por falta de conexión a internet como por no localizarles al teléfono o por rechazo explícito de la familia), etc. He podido relacionar claramente la resiliencia que el equipo asistencial demostró con la cantidad de espacios compartidos de los que disponen para comentar los casos clínicos y, sobre todo, para supervisar y supervisarse. En los espacios de supervisión (también mantenidos vía on-line), la mayoría de veces se trataban las distintas preocupaciones

por las que estaban pasando a nivel personal y profesional derivadas de esta nueva situación y forma de atender.

Para mí ha sido muy valioso poder acudir también al Hospital Municipal Materno-Infantil de San Isidro, puesto que he podido darme cuenta de cómo es el ámbito hospitalario en un contexto marcadamente distinto al mío, como es el argentino, y compararlo con los hospitales de España. Considero clave que la mirada interdisciplinaria esté también presente dentro del hospital, con la figura de la psicóloga clínica en ambos servicios (El Nido y el hospital) articulándolos y rompiendo con el problema de la fragmentación (que, como se ha dicho, es una de las principales críticas que recibe el sistema sanitario argentino).

Por otro lado, también he podido disfrutar de relaciones interpersonales agradables con las personas del equipo asistencial. Ellos/as siempre se mostraron muy atentos/as conmigo y se esforzaron para que, a pesar de las condiciones en las que nos encontrábamos, pudiera aprender y aprovechar la rotación al máximo.

En cuanto a las modificaciones que se introdujeron a raíz de la pandemia de la COVID-19, opino que fueron indicadas, combinando el aumento de las medidas higiénicas y de seguridad con la posibilidad de dar continuidad a la atención temprana, en un momento que es clave para el desarrollo de los/as niños/as y en el que puede tener significativas repercusiones el hecho de detener la atención. En relación a esto, resultaba preocupante la cantidad de niños/as que no podían iniciar su tratamiento. En condiciones normales, los/as niños/as son dados/as de alta del centro y quedan nuevos espacios en los que nuevas familias en lista de espera pueden iniciar tratamiento. En situación de pandemia, en cambio, se decidió no dar el alta a ningún/a usuario/a por la fragilidad vincular que supone hacerlo *on-line*. Esto retrasaba la incorporación a tratamiento por parte de niños/as para los cuales el tiempo corría y sus posibilidades de recibir una intervención en el momento oportuno se reducían. Así pues, en AT la cuestión del tiempo impone una cierta presión para los/as profesionales. Valoro muy positivamente que, en un intento de paliar las consecuencias de este retraso en el inicio de la intervención, los/as profesionales decidieran, no solo continuar con sus intervenciones, sino también realizar llamadas a aquellos pacientes que estaban a la espera de acudir a COE o cuyas visitas de seguimiento habían sido canceladas. Así, el equipo se podía hacer cargo de la situación

en la que se encontraba cada familia e introducir alguna pauta o activar algún otro servicio (urgencias, servicios sociales...).

A pesar de que mi rotación padeció muchos cambios debido a la pandemia de COVID-19, considero que he podido aprovechar la oportunidad al máximo.

7. Agradecimientos

En primer lugar, quiero agradecer a María Martha Panizza. Ella ha sido, además de mi colaboradora docente durante la rotación, una generosa anfitriona argentina. Gracias por ayudarme en todo: desde la burocracia para tramitar la aceptación de la rotación hasta cada charla sentadas en el jardín de tu casa, aprovechando el último rayito de Sol confinado. En un momento tan difícil como es el de transitar una pandemia mundial estando a 12.000km de casa, tú me has acompañado en mis angustias, me has ofrecido tu casa y me has ayudado a sacar el máximo provecho de esta experiencia y de esta rotación. Gracias también a toda tu familia: Horacio, Marta, Felipe, Maru y Juanchi.

Deseo plasmar mi agradecimiento también hacia todo el equipo de El Nido por haberme mostrado sus intervenciones y por haber compartido conmigo su enfoque sobre la atención temprana. También agradezco a las pediatras del Consultorio de Seguimiento de Alto Riesgo que me hayan permitido participar de sus visitas de una forma tan didáctica para mí.

También, deseo agradecer a mi tutora de residencia Cristina Ventura que siempre esté dispuesta a ayudarme y acompañarme en toda gestión.

Quiero agradecer también a mi familia que siempre, y no sin miedo, me anime y me haga creer. Por supuesto, del mismo modo, quiero agradecer a mis amigos/as. Sin reconocer en ellos/as mi “campamento base”, no me podría aventurar.

Por último, quiero agradecer a ANPIR que me haya concedido esta beca y, en general, toda su labor por defender la calidad de la asistencia en psicología clínica.

8. Referencias

- Belló, M. y Becerril, V. (2011). Sistema de Salud en Argentina. *Salud Pública de México*, 54(2).

- Black, M. M., Walker, S. P., Fernald, L., Andersen, C. T., DiGirolamo, A. M., Lu, C., McCoy, D. C., Fink, G., Shawar, Y. R., Shiffman, J., Devercelli, A. E., Wodon, Q. T., Vargas-Barón, E., Grantham-McGregor, S. & Lancet Early Childhood Development Series Steering Committee (2017). Early childhood development coming of age: science through the life course. *Lancet*, 389(10064), 77–90.
- Bredström, A. (2019). Culture and Context in Mental Health Diagnosing: Scrutinizing the DSM-5 Revision. *The Journal of Medical Humanities*, 40(3), 347-363.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2011). *La Realidad Actual de la Atención Temprana en España*. Real Patronato sobre Discapacidad: Madrid, España.
- Federación Estatal de Asociaciones de Profesionales de Atención Temprana (2000). *Libro Blanco de la Atención Temprana*. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales: Madrid, España.
- Ley 26233/2007. Congreso de la Nación Argentina, Buenos Aires, Argentina, 2007.
- Municipio de San Isidro (2018). El Nido. Recuperado de: https://www.sanisidro.gob.ar/municipio/el_nido
- Orden SAS/1620/2009. Boletín Oficial del Estado, Madrid, España, 2 de junio de 2009.
- Robles-Bello, M. A. y Sánchez-Teruel, D. (2013). Atención Infantil Temprana en España. *Papeles del Psicólogo*, 34(2), 132-143.

9. Bibliografía esencial en castellano

- Barcala, A. y Luciani, L. (2015). *Salud Mental y Niñez en la Argentina: Legislaciones, políticas y prácticas*. Editorial Teseo: Buenos Aires, Argentina.
- Basso (2016). *Neurodesarrollo en Neonatología*. Editorial Médica Panamericana: Buenos Aires, Argentina.
- Belaga, G. (comp.) (2015). *La práctica del psicoanálisis en el hospital*. Grama Ediciones: Buenos Aires, Argentina.
- Dueñas, G. (comp.) (2011). *La patologización de la infancia - ¿Niños o Síndromes?* Noveduc: Buenos Aires, Argentina.
- Jerusalinski, A. (2011). *Psicoanálisis del Autismo*. Nueva Visión: Buenos Aires, Argentina.
- Kremenchuzky, J., Manavella, N., Sykuler, C., Sobol, I., Bernztein, G. y Filidoro, N. (2013). *El desarrollo del cachorro humano: TDG y otros problemas, Pediatría e Interdisciplina*. Noveduc: Buenos Aires, Argentina.
- Lebovici, S. y Weil-Halpern, F. (2015). *La psicopatología del bebé*. Siglo Veintiuno Editores: México.
- Mathelin, C. (1998). *Clínica Psicoanalítica con Bebés Prematuros*. Ediciones Nueva Visión: Buenos Aires, Argentina.
- Morici, S., Untoiglich, G. y Vasen, J. (2018). *Diagnósticos y clasificaciones en la infancia: Herramientas para abordar la clínica, Ilusiones y desilusiones en las prácticas*. Noveduc: Buenos Aires, Argentina.
- Recalcati, M. (2018). *Las manos de la madre. Deseo, fantasmas y herencia de lo materno*. Madrid: Anagrama.
- Winnicott, D. (1990). *Los bebés y sus madres*. Editorial Paidós: Barcelona.

Anexo

Instrumento de Observación del Desarrollo Infantil (IODI):

Nombre del niño:		REFERENCIAS: O: observado P: preguntado y logrado N: no logrado en la observación o pregunta Vacío: no se pudo evaluar															
Fecha de nacimiento:		1º T			2º T			3º T			4º T			1 a.	2 a.	3 a.	
Si fue prematuro, edad gestacional al nacer:		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12/17	18/23	24/35	36/47
INDICADORES																	
10005	1 El cuidador responde a las necesidades del bebé/niño SE																
	2 El cuidador lo mira cuando le habla SE																
	3 Hay intercambio de miradas entre el niño y su cuidador SE																
1º T	4 Se calma cuando lo abra su cuidador SE																
	5 Reacciona a un sonido/voz C																
	6 Demuestra gestualmente estados de placer o displacer SE																
	7 Fija la mirada /muestra interés en el rostro del adulto SE																
	8 Sonríe cuando lo miran -sonrisa social- SE																
2º T	9 Sigue con la mirada un objeto de un lado a otro CVMC																
	10 Emite sonidos /gorjeo C																
	11 Sostiene la cabeza -sostén cefálico- M																
	12 Interactúa con el adulto (busca con la mirada/sonríe/grita) SE																
	13 Lleva las manos a la línea media CVMC																
3º T	14 Busca con la mirada la fuente de un sonido CVMC																
	15 Intenta tomar un objeto CVMC																
	16 Intenta ponerse de costado M																
	17 Toma un objeto cercano, lo mira, lo lleva a la boca CVMC																
	18 Participa del juego de las escondidas - 'acá está' SE																
4º T	19 Se angustia frente a desconocidos (llanto, sorpresa) SE																
	20 Se sienta solo sin apoyo M																
	21 Expresa sus emociones (enojo, miedo, alegría, tristeza) SE																
	22 Emite sílabas -balbuceo- (ma-pe-tetete) C																
	23 Se desplaza (repta o gatea) M																
1 año	24 Se para solo, con apoyo M																
	25 Responde cuando lo llaman por su nombre C																
	26 El niño se comunica de forma verbal o no verbal C																
	27 Imita gestos (aplaude, baila, saluda) SE																
	28 Reacciona al "NO" del adulto SE																
2 años	29 Da pasos con sostén M																
	30 Realiza gestos para pedir y mostrar CVMC																
	31 Juega a poner o sacar objetos CVMC																
	32 Camina solo M																
	33 Comprende consignas simples (de la mano/abre la boca) C																
3 años	34 Dice por lo menos 1 palabra/emite sonidos c/ significado C																
	35 Colabora para vestirse o desvestirse CVMC																
	36 Logra comer solo parte del alimento CVMC																
	37 Patea una pelota M																
	38 Avisa algunas veces que se hizo pis o caca SE																
3 años	39 Reconoce y señala partes de su cuerpo ante la pregunta CVMC																
	40 Garabatea CVMC																
	41 Utiliza el "NO" C																
	42 Utiliza frases de dos palabras (dame agua, nene cayó) C																
	43 Pide algunas veces para hacer pis o caca SE																
3 años	44 Juega al lado de otros niños/as SE																
	45 Juega a dar de comer o hace dormir a los muñecos SE																
	46 Dice su nombre o sobrenombre C																
	47 Se saca o se pone alguna ropa solo CVMC																
	48 Utiliza el "mío", "yo" C																
3 años	49 Logra el control de esfínteres durante el día SE																
	50 Puede hacer un relato sencillo C																
	51 Muestra interés y disfrute de interactuar con otros niños SE																
	52 Espera su turno para jugar o hablar SE																
	53 Puede correr sin dificultad M																
54 Dibuja el menos un círculo CVMC																	

M: Motriz C: Comunicación SE: Socioemocional CVMC: Coordinación Visomotora y Cognitiva

Observaciones:

Secretaría de Gobierno de Salud Ministerio de Salud y Desarrollo Social Presidencia de la Nación

