

# Crianza de los hijos y actividad laboral: ¿Cómo aproximarnos hacia la necesaria conciliación? (y II)

JORGE L. TIZÓN\*

## RESUMEN

En la segunda parte de este trabajo, me centraré en los argumentos psicológicos, biológicos, psicopedagógicos y éticos del tema. Una coyuntura facilitadora para estas reflexiones viene propiciada por la actual convergencia de los resultados de los estudios sobre el desarrollo precoz de los bebés y los niños desde los puntos de vista psicológico, psicoanalítico, neurológico, biológico y psicosocial. PALABRAS CLAVE: conciliación, conciliación entre familia y trabajo, trabajo de los padres, separaciones tempranas, desarrollo psicológico.

## ABSTRACT

PARENTING AND WORK: HOW TO APPROACH A NECESSARY RECONCILIATION? (PART II). In the second part of this work, we will focus the arguments on psychological, biological, psycho-pedagogical and ethical issues. A joint facilitator for these reflections is provided by the current convergence of the results of studies on the early development of babies and children from the psychological point of view, psychoanalytic, neurological, biological and psychosocial. KEY WORDS: conciliation, conciliation between work and family work job, working parents, early separations, developmental psychology.

## RESUM

CRIANÇA DELS FILLS I ACTIVITAT LABORAL: COM APROXIMAR-NOS CAP A LA NECESSÀRIA CONCILIACIÓ? (I II). En la segona part d'aquest treball, em centraré en els arguments psicològics, biològics, psicopedagògics i ètics del tema. Una conjuntura facilitadora per a aquestes reflexions és propiciada per l'actual convergència dels resultats dels estudis sobre el desenvolupament precoç dels bebès i els nens des dels punts de vista psicològic, psicoanalític, neurològic, biològic i psicosocial. PARAULES CLAU: conciliació, conciliació entre família i treball dels pares, separacions primerenques, desenvolupament psicològic.

## Reflexiones psicológicas, psicopatológicas, psicopedagógicas y un epílogo pragmático

Como recordábamos en la primera parte, no sin timidez y reservas, algunos medios de comunicación se han atrevido a difundir un movimiento, puesto en marcha en España y Sudamérica por varios grupos profesionales de la asistencia psicológica, médica y de servicios sociales, así como por investigadores y profesores universitarios, solicitando la ampliación de las libranzas

laborales por maternidad y paternidad (1).

A partir de esa plataforma y de las controversias que ha generado, hemos querido realizar una reflexión, en la medida de lo posible basada en los datos empíricos que poseemos, con el fin de facilitar dicha discusión. En la primera parte, además de plantear el tema, proporcionábamos una introducción a los argumentos sociológicos del mismo, partiendo del hecho de que es un asunto que se viene discutiendo vivamente hace más de un siglo: al menos, desde las propuestas revolucionarias

\* *Psiquiatra, neurólogo, psicoanalista. Equipo de Prevención en Salud Mental (EAPPP). Barcelona.*  
Correspondencia: jtizong@gmail.com

de la Comuna de París (1871). En esta segunda parte haremos algunas reflexiones sobre otros aspectos que se hallan involucrados en el tema y en las polémicas que provoca.

*Argumentos del ámbito psicológico.* El aumento del tiempo y precocidad de la institucionalización de los bebés y los niños, en principio, parece favorecer y sostener los cambios en el papel social de la mujer, su incorporación al trabajo, un uso más regulado y amplio de las tecnologías de la información y la comunicación (TIC) en la crianza y la educación, etc. Además, el apoyo de guarderías o “escuelas infantiles” bien dotadas y asistidas puede ser casi imprescindible para los niños con psicopatología grave o con discapacidades concretas. Por otro lado, es cierto que la escolarización o institucionalización temprana pone freno a posibles relaciones simbióticas madre-hijo, supone un tercero que rompe esa simbiosis primitiva (o las simbiosis padres-hijo) en progenitores incapaces de hacer la diferenciación por sí mismos (Belsky 1988; Brazelton y Cramer, 1992, 1993; National Center, 1998). El problema es el riesgo correlativo de impedir la elaboración de esa simbiosis, elaboración que es sustituida por la ruptura. Y no sólo en el bebé y el niño, sino también en los padres que, de esta forma, “se enteran” o elaboran más pobremente las necesidades de separación-individuación dentro del grupo familiar, con las inevitables transiciones psicosociales y procesos de duelo que eso supone (Brazelton y Cramer, 1993; Bofill y Tizón, 1994; Tizón 2004, 2007, 2010; Fonagy 2000 y 2002).

Por otra parte, hay que ser justos y aclarar que no está demostrado que el ingreso temprano en guarderías produzca más trastornos mentales, aunque sí está estudiado en repetidas ocasiones, desde Bowlby hasta nuestros días (Bowlby 1958, a y b; 1963), que la institucionalización total en la infancia correlaciona con un aumento de los trastornos mentales graves en los hijos, los trastornos sociales y psicosociales, los trastornos de conducta, etc. (Winnicott, 1964, 1975;; Valcarcel, 1999; Scher et al., 1998; Schor, 2001; Manzano, 2001; Torras, 2010; Knauer y Palacio, 2010). Pero no es lo mismo institucionalización total que a horas, como es el caso de las guarderías y, que yo sepa, no hay estudios definitivos sobre la relación dosis-efecto; es decir, de la correlación entre horas o precocidad de la guardería y aumento de los trastornos emocionales.

Los defensores de la escolarización temprana no pueden negar la realidad de que los cuidados en una

“escuela infantil” son menos personalizados. En cambio, aducen las ventajas de un uso más temprano y adecuado de las tecnologías de la información y la comunicación en la crianza y educación, el menor peligro de relaciones simbióticas o de “dependencia excesiva” con los padres antes nombrado, las ventajas del contacto con coetáneos (Turpeinen 2005), los supuestos beneficios que supone acostumbrar al niño a la autogestión de la soledad, la autonomía e incluso el sufrimiento de las separaciones desde los primeros tiempos, la mejor regulación de la alimentación, sus ritmos y sus gustos, etc. (Brazelton, 1992; Green, 1994; Emde, 1994;1999).

Porque también a nivel psicológico se suele pensar que la institucionalización de los niños “socializa tempranamente”. Lo que ya sabemos hoy es que esos niños criados en instituciones, con poco contacto con sus padres, se acomodan mejor a la vida en grupos e instituciones (Fox, 1977; Scharf, 2001), admiten mejor las normas y el funcionamiento grupal, buscan el grupo, mejoran en sus niveles de ansiedad dentro de los grupos, etc. (Fox 1977; Scher et al. 1998; Bettelheim 2000; Gavron 2001; Scharf, 2001). Empero, parece que en situaciones de estrés, de angustia, de desorganización, a su vez tienden a desorganizarse o a responder inadecuadamente con más frecuencia. Además, enferman más y poseen una tendencia mayor a los trastornos de personalidad. Algo que, por cierto, ya han demostrado los investigadores del apego –*attachment*– (Bowlby, 1958, 1963; Rutter, 1980; Fonagy, 2002; Green, 2006; Rygaard, 2008; Feder, 2009; Knauer y Palacio, 2010).

Los conocimientos psicológico-científicos actuales sobre el tema no parecen admitir demasiadas discusiones, aunque intereses de todo tipo hayan oscurecido la realidad y la difusión de esos conocimientos: Los primeros años de la vida del niño son el momento de creación de sus vínculos y sus figuras de apego, un proceso que es psicológico y relacional, pero que incluye desencadenantes biológico-genéticos y consecuencias psicológicas, sociales, neurológicas e inmunitarias (Bowlby, 1958;1963; Stern, 1985; Schore, 2003; Green, 2006; Torras, 2010). Hoy resulta indudable que para que un bebé (y un adulto) se desarrollen adecuadamente, han tenido que contar con una o, mejor, dos figuras de apego en su existencia temprana. Primero, una figura de apego que defino con los términos de *suficientemente próxima* y *suficientemente estable* (Lamour y Levobici, 1991; Tizón 2004, 2009, 2010). Una figura que, para ello, ha debido estar mucho tiempo y, sobre todo, en los momentos de

las emociones fundamentales (placer, sufrimiento, asco, sorpresa, miedo, ira, tristeza, etc.) junto al bebé, ayudándole a soportarlas, proporcionándole así los modelos y experiencias para sus “mecanismos interpretativos interpersonales”, que luego van a ser fundamentales a lo largo de toda la vida.

También hay cada vez más datos, además de los sugeridos por los estudios clínicos de hace decenios, de que esa figura primordial ha de ser contenida y ayudada inicialmente y, al tiempo, contrabalaceada en su importancia y tendencias a la simbiosis por un tercero, inicialmente menos importante, pero ya presente desde el comienzo (Fuster 2005; Tizón y Fuster, 2006). Esa figura se torna indispensable más tarde, a nivel real y simbólico, para proponer otros modelos, otras normas, para discutir las y diferenciarlas, para ayudar en la elaboración de la simbiosis, para que el niño reciba e introyecte otros modelos relacionales, para ponerse en contacto con el amplio mundo de “terceros” que hoy sabemos que rodea y perfunde ya desde el inicio a ese ser humano en formación (Erikson, 1963; Meltzer et al. 1989). Aunque tampoco sepamos aún con claridad la relación dosis-efecto, es decir, tiempo y tipo de permanencia de las figuras de apego primaria y secundaria y resultados sobre el neurodesarrollo. Sin embargo, tenemos una amplísima serie de datos sobre las consecuencias emocionales, cognitivas, neurológicas, inmunitarias, psicopatológicas, sanitarias, etc. de la interrupción de la relación con una figura de apego o de las consecuencias de su no existencia (Bowlby 1958, 1963; Brazelton y Cramer, 1993; Emde, 1999; Manzano, 201; Green, 2003; Tizón, 2004; Feder 2009; Knauer y Palacio, 2010).

Hoy se sabe que el desarrollo de un apego seguro es la base de la empatía y de una adecuada “teoría de la mente” o capacidad de representarnos e interactuar con los estados mentales del otro (Lamour y Levobici, 1991; Goleman, 2001; Fonagy, 2002; Green, 2003), algo que es fundamental para las relaciones afectivas y sociales posteriores. No hay mejor forma de facilitar la vinculación madre-hijo, padre-hijo y triangular, que los cuidados personalizados en familia y el hogar. Las demás formas de cuidados han de seguirse considerando aún hoy como sustitutivas. Como no hay mejor forma de que el necesario tercero del triángulo, normalmente el padre, pueda comprometerse en el cuidado de su descendencia (que es la descendencia de la sociedad). La mejor vía es que pueda dedicarse, al menos durante

unos meses, al cuidado de la misma. Además, como mostraron los estudios cubanos de los años sesenta y setenta, o los más recientes de Suecia, Finlandia o el Reino Unido (IS, 2005; Melgarejo 2008; Alexander, 2009), una sustitución mínimamente adecuada de los padres implica al menos un cuidador por cada tres bebés o por cada cinco-seis niños.

En ese sentido corre la discutida correlación entre la importancia de las adicciones y las adicciones sociales con la institucionalización precoz, o la posible correlación entre ésta y los trastornos agorafóbicos y límites en la adolescencia (Fonagy, 2002). Hay indicios de que pueden aumentar en los niños institucionalizados precozmente, pero aun no hay datos incontrovertibles y seguimos desconociendo las particularidades de la relación dosis/efecto.

Por otro lado, si retomamos a nivel psicológico el dato social del menor número de hermanos en las familias contemporáneas, hoy casi un dato global, ello nos indicaría que en las familias actuales hay más posibilidades de una dedicación personalizada más adecuada, profunda y continuada. En nuestros medios, por ejemplo, muchos padres y algunas madres dedican hoy más tiempo a sus hijos que el que les dedicaron sus progenitores, y la valoración de los beneficios emocionales y sociales de esa mayor dedicación son ampliamente compartidos en nuestras sociedades (Marí-Klose et al., 2010). Recordemos que en sólo tres años, desde que se aprobó en España el mísero período de paternidad de 15 días en la Ley de Igualdad (marzo de 2007), la proporción de padres que se acogió en el 2010 fue del 58%, y más de un tercio de los progenitores reconoce en las encuestas que el tiempo que pasan con sus hijos no es suficiente, tanto los hombres como las mujeres (Marí-Klose et al., 2010).

Así pues, han aumentado las posibilidades para el cuidado más cercano y atento de la infancia: hay más deseos y más posibilidades en la población. Al menos, más posibilidades que en las familias con numerosos hijos y/o sometidas a grandes trastornos y cambios psicosociales, frecuentes incluso en nuestros países hasta hace pocos decenios (OMS, 2003-2005; Iglesias, 2010; USDE 2010; UNICEF, 2009, 2010). Y, ciertamente, los sistemas de información, formación y supervisión mediante las TIC e Internet facilitarían enormemente unos cuidados más adecuados y compartibles entre diferentes familias y padres colocados en esa situación, como muy bien han vislumbrado ya los correspondientes departamentos de

*e-Government* finlandeses, por ejemplo (Vahtera, 2009). El uso de las TIC hoy pueden hacerlo mejor los profesionales suficientemente entrenados y, por tanto, los de las guarderías y demás, pero: ¿no proporciona mayores garantías, además de ser más difundible, el que lo hagan los propios padres y se haga en el hogar o, al menos, en hogares familiares o en relaciones interfamilias compartidas?

Nadie puede dudar tampoco de los efectos favorables que la lactancia materna posee sobre el desarrollo biopsicosocial (Britton et al., 2008; OMS, 2010). Pues bien: sólo el cuidado en el hogar o en hogares compartidos, junto con los padres, protege esa relación y método de nutrición básico en nuestra especie. Se haga como se haga, la reincorporación temprana al trabajo dificulta de forma severa la lactancia materna, a pesar de los múltiples inventos que se han intentado al respecto. Y una lactancia materna adecuada, que puede ser exclusiva durante más o menos seis meses, y mixta durante otro año o año y medio más (OMS, 2010), sólo puede realizarse prolongando de forma radical los tiempos de maternidad/paternidad garantizadas por los poderes públicos (Plataforma Más tiempo con los hijos, 2010). De lo contrario, justo cuando la lactancia materna se está estabilizando, entre el mes y los dos meses, la madre tiene que comenzar a pensar en interrumpirla (tercer mes) y disminuirla o interrumpirla de hecho (cuarto mes) para preparar una vuelta al trabajo sin un destete brusco. Todo un proceso artificial que convierte la lactancia materna en una especie de carrera de obstáculos emocionales y biológicos: así no es raro que sobrevengan los cambios de leches, las alergias consecutivas, los declives inmunitarios, las infecciones de las guarderías, el uso temprano de antibióticos, etc.

Se trata de un argumento clave en lo que venimos diciendo: a lo largo de toda la vida, pero sobre todo en la primera infancia, el contacto y desarrollo afectivo tienen su base en el contacto físico y la visceralidad de las emociones y, casi por definición, el contacto físico es menor en los sistemas de cuidados de los niños en grupo (Tizón, 2010). Como lo es la personalización de los cuidados corporales y, en general, somáticos: estos son mucho más individualizados y, por tanto, más y mejor introyectados, si la limpieza, la alimentación, el control de esfínteres, horarios de sueño, etc., son personalizados. En este campo, salvo excepciones, no hay duda de que los cuidados en el hogar, a cargo de los propios familiares, son muy superiores

a la institucionalización. Cada vez hay más estudios experimentales y observacionales en estos campos: por ejemplo, estudiando el balbuceo y las capacidades de exploración, Bronte-Tinkew y sus colaboradores (2008), han mostrado cómo el desarrollo cognitivo se halla en relación estrecha con la implicación de los padres en el cuidado de los niños, de la misma forma que Neidell (2000) y Sylva y colaboradores (2010) ya han demostrado cómo las actividades padres-hijos en los primeros años de los niños correlacionan con los rendimientos escolares en edades más avanzadas.

Por supuesto que los cuidados en casa facilitan que ambos progenitores participen y, por tanto, facilitan un mejor reparto de los roles genéricos en el hogar y la sociedad, al menos en nuestros días y países (Fuster, 2005). Como facilitan la introyección temprana de unos roles menos disociados pues, al fin y al cabo, las introyecciones básicas y fundamentantes sobre lo que es masculino y lo que es femenino y sus repartos de roles, tienen que ver con lo introyectado en esas primeras relaciones, mucho más intensas y próximas en el hogar (Bofill y Tizón, 1994; Tizón, 2004, 2007, 2010). Eso significa volver a tener en cuenta que, al fin y al cabo, y guste o no guste, los nueve meses de embarazo preparan a la madre a nivel biológico, psicológico y social. Nuevamente, salvo excepciones, eso hace mucho más fácil que sea la madre la que atienda al bebé humano en sus primeros desarrollos. Se sabe, por ejemplo, de la adaptación de sus sistemas sensoriales y sus ritmos y tipos de sueño por el baño hormonal de su cerebro y sus órganos sensoriales, del auténtico "reformato cerebral" que las intensas emociones del embarazo, parto y puerperio, así como los cambios hormonales en los que se sustentan, producen en su cerebro (Brazelton y Cramer, 1993; Schore, 2003). Y no sólo de la madre: investigadores neozelandeses hace años mostraron que, posiblemente mediante influencias psicológicas y mediante feromonas, las madres hacen cambiar el mundo interno, psicológico y bioquímico, de los padres, incluso a nivel inmunitario (Tizón y Fuster, 2006). Como al mismo nivel neuropsicológico se sabe que el aumento del sufrimiento y las emociones desagradables generan cambios bioquímicos y metabólicos en el bebé y en su cerebro, y que un sufrimiento menor va acompañado de un mejor desarrollo neurológico, emocional, inmunitario (Teicher, 2002; Feder, 2009), y de un aumento de las capacidades de contención y resiliencia, tanto en la infancia como en el



futuro (Mangham et al, 1995; Tizón, 2004).

Las observaciones de bebés (Pérez-Sánchez, 1981, 1986; Miller et al., 1989; Tizón, 2010 a y b) son una fuente de información sobre el sufrimiento de los niños en la entrada en guarderías y sobre las defensas que establecen ante ese sufrimiento, en ocasiones largamente perdurables (Teicher, 2002). Eso si podemos ver al bebé y al niño en la guardería, claro, pero no si nos dedicamos simplemente a “teorizar” o legislar sobre el tema. Por ejemplo, en la observación sistemática de bebés es hallazgo común que si observamos al niño en el hogar en esos mismos días y semanas de incorporación a la guardería, podemos ver cómo la tristeza y desconfianza del niño y el bebé interrumpe o cambia las relaciones con los padres. Cómo los padres, con inquietud y culpa en el mejor de los casos, o con negación y disociación en otros, se relacionan de forma diferente con este bebé o niño “que está diferente”. Eso lleva al extremo de que algunos padres que comenzaron a llevar al niño a la guardería tempranamente no logran recordar cuándo dijo las primeras palabras, dio los primeros pasos, rechazó a los primeros extraños, hizo las primeras frases (Torras, 2010). Cómo y cuánto son recuperables esas rupturas del diálogo nos lleva otra vez a la cuestión de las dosis/efecto, tampoco suficientemente estudiadas. Pero ¿no les corresponde hacer los estudios y defender las propuestas a quienes están intentado cambiar algo que parece que funciona?

La escolarización-institucionalización precoz, además, está suponiendo que los niños pasen la mayor parte de sus horas realizando experiencias uniformizadas y uniformizantes (guarderías, escuelas, televisión y TIC), sin la necesaria contrapartida des-uniformizante de las diversidades de contextos y relaciones con familiares y allegados diferentes (Iglesias, 2010). Una de las consecuencias de esta situación es que se erosionan las vías de transmisión cultural tradicional, como es la familia y las redes de allegados: con lo cual, cada vez hay menos padres que se sientan seguros de cómo serlo, de cómo afrontar un duelo, de cómo afrontar los conflictos con los hijos (Tizón, 2004). Ya no han vivido *suficientemente* esa experiencia particularizada, personalizada y, cuando se ven enfrentados a ella, sienten la carencia de modelos y reacciones emocional-cognitivas interiorizadas sobre esos temas y otros muchos. De ahí que hayan comenzado a extenderse esos tres “miedos sociales” (en realidad, psicosociales en su origen) de los cuales hablábamos en la primera parte de este trabajo: *El miedo*

*de los padres a los hijos, de los maestros a los discípulos y de los políticos a los ciudadanos.*

La reducción de la fertilidad y fecundidad en nuestras sociedades, el hecho de que haya cada vez más parejas sin hijos o con uno solo es un argumento en ambos sentidos: ¿nos lo “educarán” mejor en las instituciones? En sentido contrario, está claro que la crianza podría individualizarse más al existir más tiempo (y más necesidad) para cuidar al único hijo que tendrán en la vida gran parte de las parejas. Podría existir más interés para atenderle y enterarse de cómo es, cómo crece, qué siente, cómo sufre. Si no ¿para qué tener un hijo o, a otro nivel, para qué adoptarlo?

Hay quienes aducen que el hecho de llevar al niño a la escolarización precoz facilita la detección de problemas psicológicos y su tratamiento precoz, además de la posibilidad de poner en marcha programas preventivos ya desde esas instituciones. Es verdad que se han intentado poner en marcha programas preventivos y de promoción del desarrollo de los niños que acuden a este tipo de instituciones (Mental Health Europe, 2001), llegando al extremo de plantear programas preventivos sobre consumo de drogas, o de selección de superdotados, o de prevención de la violencia ya desde las guarderías. Sin embargo, dejando de lado esos extremos que indican, la duda estriba en si no sería más útil extender la formación comunitaria y social para lograr esa detección precoz a nivel comunitario. En ese sentido, hay experiencias y ejemplos sobre la utilidad de formar especialmente a los profesionales de la atención primaria (pediatras, enfermería de pediatría y trabajadores sociales) para la detección de tales problemas (Generalitat de Catalunya, 2009; Tizón et al, 1994, 2000, 2001). ¿Por qué se dedica tanto esfuerzo social a diferenciar entre diversos automóviles o la difundir los nombres de los equipos enteros de deportistas, y tan poco a conocer los factores de riesgo y las señales de alarma de riesgo psicosocial en la infancia y la familia, hoy bien conocidos y sistematizados? (Tremblay, 1994; Chaffin et al. 1995; Ezpeleta, 2005; Tienari, 1994, 2004; Tizón, 2001, 2005, 2006, 2010; Freeman y Stansfeld, 2008; Tizón, Artigue et al, 2008; Morgan et al. 2008). Esa sensibilización colectiva con respecto a los factores de riesgo para el desarrollo de la salud mental de los niños, podría suponer, además, un importante ahorro social mediante la prevención de la psicopatología y la marginación (Tremblay, 1994; Knapp et al, 1999, 2004; Levav, 2004).

Por último, en esta enumeración de los argumentos psicológicos a favor y en contra de la institucionalización en la primera infancia, mencionaremos el papel de los abuelos en el desarrollo de los niños, del que ya hemos hablado desde el punto de vista social. Su papel psicológico en el desarrollo y la crianza está claro (Erikson, 1963; Tizón, 1995): favorecen triangulaciones más amplias, alternativas, con menos peso conflictivo, nuevas introyecciones y nuevos aprendizajes, normas morales y sociales diferentes, una mayor tolerancia, sistemas de contención diferentes, estimulan por tanto la autonomía, la diferenciación, la elaboración de la simbiosis con la madre y el padre, la elaboración de las vivencias y fantasías transgeneracionales, etc. Mas la participación amplia de los abuelos en la crianza de los niños pequeños es hoy casi sinónimo del cuidado en el hogar o de una dimisión parental más o menos oculta. Los abuelos siguen suponiendo un punto de apoyo muy importante en el cuidado de los niños en las familias europeas. España no es una excepción a esta regla, si bien hay diferencias destacables en la proporción de cuidadores y en la intensidad del cuidado en comparación con otros países. Uno de cada cuatro abuelos que tiene nietos en España los cuida, lo que supone una presencia de abuelos cuidadores menor que la media europea, donde la ratio es de uno de cada tres. Sin embargo, los abuelos españoles que cuidan a sus nietos lo hacen de una forma más intensiva que el resto de abuelos europeos, dedicando una media de 7 horas al día, dos más que la media europea (López et al. 2010), lo cual hace pensar en diversas causas para esa situación de padres imposibilitados para cuidar a sus hijos: falta de cuidados en la conciliación familia-trabajo, problemas económicos y/o sociales, “dimisión parental”, fenómenos psicosociales muy conflictivos como el que he llamado “los hijos de dos madres”, etc.

*Ambito biológico.* Hay cierta experiencia y evidencias de que la entrada temprana en “escuelas de infancia”, en especial en grupos de niños y familias desfavorecidos de los países desarrollados, asegura el cumplimiento del calendario de vacunaciones y unos cuidados higiénico-dietéticos mínimos así como, en general, un mayor control sanitario (USDHHS, 1999; OMS, 2005). Es difícil postular eso mismo en el caso del resto de bebés y familias.

En sentido contrario, la guardería supone no sólo un paso importante en la socialización del niño, sino también su primer contacto masivo con agentes infecciosos,

con un aumento importante de la morbilidad infecciosa (del Castillo et al., 2010). La asistencia a centros de cuidado infantil es un factor de riesgo definido para el padecimiento de infecciones del tracto respiratorio, otitis media, infecciones gastrointestinales entre otras. Y no olvidemos que un mayor número de procesos agudos lleva implícito un mayor consumo de recursos sanitarios y de medicamentos. Hace ya años que Thrane et al. (2001) demostraron que el riesgo de recibir tratamiento antibiótico se duplica durante los tres primeros meses de asistencia a la guardería. Ciertamente, la aparición de estos cuadros infecciosos depende de una serie de factores: las medidas higiénicas del local y de los cuidadores, el número de niños por cuidador y sala, factores del propio niño, etc. No parecen influir el sexo, ni la etnia, y se discute si influye el número de horas de asistencia. Entre los factores dependientes del niño, la atopia posee un papel relevante: la incidencia de infecciones respiratorias entre los niños que asisten a la guardería sería mayor en el grupo con historia familiar o personal de atopia. Entre los distintos elementos influyentes, el más importante, sin duda, es la edad de entrada en la guardería. La incidencia de cuadros infecciosos durante el primer año de vida es máxima. Además, la asistencia a la guardería en los dos primeros años de vida no disminuye la incidencia de infecciones en el tercer año, a pesar de que a menudo se defiende su papel inmunoprotector a medio plazo (del Castillo et al., 2010).

Desde el punto de vista biológico y sanitario, por tanto, nos hallamos ante una realidad que influye de forma decisiva en la salud de los niños, en el gasto sanitario, en la aparición de resistencias antibióticas y, por ende, en las decisiones que el pediatra ha de tomar diariamente (National Institute of Child Health, 2003; del Castillo et al., 2010). En cualquier caso, lo que está fuera de duda es el aumento, al menos puntual, de la morbilidad, con los primeros meses de la entrada en guarderías y “escuelas infantiles”. Hay estudios antiguos, como los cubanos, que desconozco si han sido replicados, que describían una mayor morbilidad de los niños de guarderías no sólo en ese momento, sino en otros momentos de la vida. Otro elemento innegable es que la entrada temprana en la guardería dificulta la continuación de la lactancia materna. Si bien ésta tiende a interrumpirse hoy demasiado pronto en nuestros países, la entrada en la guardería suele suponer un riesgo casi definitivo para la lactancia materna. Eso sucede así, mientras no existan “espacios familiares abiertos” en gran parte de

las guarderías, instituciones escolares de la primera infancia u otras instituciones que acogen niños y que deberían acoger a *niños y familias*: con personal de soporte familiar, espacios para que los padres puedan quedarse con los niños, darles de mamar, acompañarles, poder asistir a actividades de formación y apoyo a la crianza y la lactancia, etc. (Torregrosa, 2001; Tizón, 2000, 2001).

Por el contrario, aumentar las libranzas de maternidad/paternidad garantizadas por los poderes públicos podría tener la consecuencia, entre otras, de bajar la edad de la primera concepción, hoy muy pospuesta en nuestros países, salvo en el caso de las inmigrantes. Y una edad más juvenil para la crianza representa ventajas biológicas (y psicológicas) indudables, dada la importancia de los trabajos y esfuerzos psicológicos y biológicos que un hijo bien cuidado exige. Es evidente, también, que ese cambio en la duración de los permisos de maternidad garantizados por los poderes públicos favorecería la lactancia materna y los aspectos corporales del apego (lo que, entre nosotros, Rof Carballo llamó “la urdimbre afectiva”); al menos en la media de niños y familias. Si las relaciones familiares son fundamentalmente favorables y protegidas (lo cual, no hay que olvidarse, es lo que ocurre en la mayoría de las familias) eso implica menos sufrimientos por causa de separaciones tempranas de la figura materna y de los allegados y, con ello, un mejor desarrollo neurológico, inmunitario (y, por supuesto, emocional) (Eisenberg, 1995, 1999; 2000; Kandel, 1998; Schore, 2003; Feder, 2009).

La cuestión ha llegado a ser tan evidente que en una publicación reciente de la OMS (2004) sobre la promoción de la salud mental, podemos leer la cita que sigue: “Aprendiendo de la investigación de laboratorio en primates no humanos: Una línea especialmente interesante de la investigación en primates ha sido elaborada por los experimentos iniciales del Profesor Harry Harlow sobre la separación de infantes primates de sus madres. Esta investigación ayudó a afinar nuestro enfoque de la investigación en humanos y a aclarar cómo la separación madre-niño puede constituir un determinante social de la salud mental deficiente en la condición humana. En resumen, existe evidencia científica acerca de las interacciones entre genes y ambiente en determinadas conductas excesivamente agresivas y de consumo elevado de bebidas alcohólicas en los descendientes masculinos vulnerables de primates.

La investigación demostró que los primates masculinos hijos muestran exacerbaciones de conducta agresiva

y conductas alcohólicas cuando parten de condiciones que involucran rupturas o separaciones con respecto a sus madres. Es interesante destacar que incluso se observó una mayor conducta agresiva y un mayor consumo de alcohol entre los primates masculinos con una mutación genética del transportador de la serotonina. Sin embargo, cuando los hijos masculinos permanecieron con sus madres en el ambiente de crianza materna, no hubo diferencias en la agresión ni en el consumo de alcohol entre los primates con y sin ese transportador de la serotonina. Eso quiere decir que la actividad inadecuada del transportador de la serotonina se hizo evidente solamente en la condición de crianza con iguales y no en situaciones de crianza materna” (Suomi, 2002; Bennet et al. 2002).

Es una buena introducción para recordar aquí los efectos que la inexistencia, ineficacia o negligencia en los cuidados parentales producen a nivel psicológico, neurológico y neurohumoral. Y no hay que olvidar esos datos porque los efectos biológicos negativos de los malos tratos, negligencia o descuido no se producen por influencias éticas o de alteración de costumbres, sino por las repercusiones que el sufrimiento produce en los bebés y en los niños: la exposición al estrés en los primeros meses y años de la vida activa los sistemas orgánicos de respuesta al estrés. El cerebro en desarrollo sometido a los cambios bioquímicos del estrés cambia sus procesos de mielinización, morfología neural, neurogénesis, sinaptogénesis, expresividad de los genes que controlan el desarrollo del sistema nervioso central (Teicher, 2002; Schore, 2003; Feder et al. 2009). Pueden observarse, por ejemplo, consecuencias funcionales perdurables tales como disminución del desarrollo del hemisferio derecho, una menor integración interhemisférica, un aumento de la “irritabilidad bioeléctrica” en los circuitos del sistema límbico, una disminución de la actividad en el vermis cerebeloso. Y esas alteraciones neurológicas, en otro tipo de estudios, se han asociado con una mayor vulnerabilidad para los trastornos por estrés postraumático, depresión, trastorno límite de la personalidad, trastornos disociativos, abuso de sustancias, riesgo de psicosis. (Teicher, 2002; Read 2004; Freeman y Stansfeld, 2008).

Nuevamente estamos hablando de diferentes dosis de “estrés”, de sufrimiento inducido: la “dosis”, evidentemente, es bien diferente entre la aplicada a un niño maltratado o emocionalmente descuidado y a un niño ingresado tempranamente en guardería, pero la

idea importante es intentar evitar los sufrimientos graves evitables a los bebés y a los niños pequeños, porque poseen esas consecuencias. Y sobre el sufrimiento de entrar en una guardería y, mucho más, en una institución a tiempo total, basta con hacer una observación diaria (o semanal) de una hora de duración, en septiembre, en la entrada de una guardería, para tener una idea clara de lo que implican esas separaciones tempranas –y, por cierto: no sólo para el niño, sino también para su padre y su madre (Tizón et al. 2010; Torras 2010)–.

*Ámbito de los aprendizajes:* Posiblemente es cierto y generalizable que los niños en las guarderías pueden experimentar conocimientos, modelos de aprendizajes y procesos de adquisición de conocimientos y habilidades más diversificados, actualizados, científicamente informados. La duda para muchos psicólogos clínicos y experimentales es si tales procesos se ponen en marcha a edades en las cuales los niños mayoritariamente los introyectan o, en su mayoría, no pueden llegar aún a la introyección de los mismos (Alexander, 2009). Por otro lado, muchos sociólogos se quejan de cómo la institucionalización temprana, la escolarización forzosa antes de los 6-7 años, implica una excesiva uniformización en las experiencias emocionales y relacionales de los bebés y los niños pequeños (Iglesias, 2010).

Pero se habla poco y se ha cuantificado aún menos lo que supone para la crianza de los niños el desgaste personal de los educadores y cuidadores en las instituciones que los acogen. Por ejemplo, es conocido por cualquier equipo de clínica en la infancia o de atención precoz cómo una maestra o cuidadora con problemas psicopatológicos puede afectar a varios niños por curso, así como el alto número de bajas que ocurre anualmente entre los profesionales pedagógicos de guarderías, preescolar y adolescencia. En similar sentido, tampoco se suele contabilizar el “desgaste” que para las capacidades de ayudar en los aprendizajes de los niños y, en general, para su crianza, supone el confiarlos tempranamente a personal ajeno a la familia y allegados, ni si el tipo de adquisiciones que este modelo implica es el mismo que el aprendizaje basado en el juego y el intercambio afectivo con las figuras de apego en un ambiente estable, conocido y con suficientes elementos que estimulen el desarrollo de los niños (Lamour y Levobici, 1991; Fonagy, 2002; Guedeney et al. 2004; Alexander, 2009; Vahtera, 2009; Torras, 2010). Se suele decir que el personal de las guarderías e instituciones escolares tempranas posee conocimientos técnicos y formación

especializada de mejor nivel que la media de los padres. En la práctica eso es más que dudoso, sobre todo si tenemos en cuenta que han de administrarlos a 6, 8 o 12 niños al mismo tiempo. Ahí detrás subyacen los mitos del “profesionalismo” (mejor que los técnicos adecuados se hagan cargo cada vez de mayores porciones de nuestro desarrollo y vida cotidiana), así como los mitos del aprendizaje y la enseñanza entendidos por una vía reduccionista: como meras incorporaciones cognitivas, y no como procesos cognitivo-afectivos enormemente matizados por la relación con los docentes, y en particular, en los primeros años de la vida (Meltzer y Harris, 1989; USDE, 2010). En último extremo, ahí se ocultan modelos ideológicos de los aprendizajes y de los procesos cognitivos: en especial, el aprendizaje como obligación-acumulación-sufrimiento-robo *versus* el aprendizaje placer-curiosidad-juego. Es decir: los aprendizajes a cargo de los allegados, y en especial en la primera infancia, parece que son aprendizajes más adaptados al niño concreto, su edad y el momento de su desarrollo, menos uniformizados, y más estables una vez adquiridos (MEC, 2007; Green, 1994). Por el contrario, los aprendizajes en instituciones de cuidado temprano, pueden ser más amplios, diversificados, avanzados, uniformes, de mayor nivel, aunque también menos estables y adaptados. Se ha demostrado ya muy a menudo que, cuanto menor es la implicación del padre y/o la madre en el desarrollo psicológico y educativo de su hijo, mayor es la posibilidad de que ocurran problemas escolares o fracaso escolar (Marí-Klose et al. 2010). De ahí que, cuando se han estudiado seriamente los efectos de la escolarización temprana y la escolarización a los 4 e incluso a los 6 o 7 años, no se han encontrado ventajas a la primera, lo que ha llevado a diversos grupos de estudio y gobiernos a posponer la escolarización obligatoria, en algunos casos hasta los 6-7 años. Y esos países, al contrario de lo que podría pensarse, no son los que luego obtienen las tasas de resultados escolares y científicos peores, sino al contrario, como es el caso de Finlandia (MEC, 2007; Melgarejo, 2008; Alexander, 2009; Vahtera 2009).

Recordemos cómo Bronte-Tinkew y sus colaboradores (2008), mediante finos estudios, han mostrado que el desarrollo cognitivo se halla en relación estrecha con la implicación de los padres en el cuidado de los niños, o que ya Neidell (2000) y, más recientemente, Sylva y colaboradores (2010) han demostrado cómo las actividades padres-hijos en los primeros años de los niños



correlacionan con los rendimientos escolares en edades más avanzadas. Además, la visión profesionalizadora de las capacidades de estimular el desarrollo cognitivo por parte de la escolarización y la escolarización temprana siguen tropezándose con el muro que ya hace decenios mostraron los estudios de la Universidad Hebrea de Jerusalén: la clase social, que marca el nivel cognitivo, cultural y estimular de la familia de procedencia, estadísticamente es una barrera casi infranqueable para alcanzar las más altas cotas de desarrollo cognitivo y cultural, por precoces que sean los aprendizajes y la institucionalización. Los sistemas educativos no están capacitados para corregir los efectos que las desigualdades sociales producen en el rendimiento académico y escolar (Marí-Klose et al, 2010).

En definitiva, por mucho que la institucionalización temprana esté ampliamente sostenida a nivel ideológico, ni siquiera a nivel de los aprendizajes se halla apoyada por los conocimientos científicos, aunque pueda ser conveniente en grupos y sociedades en riesgo de exclusión o “iletradas” (y también ahí hemos de ser cuidadosamente dubitativos). En nuestras sociedades, posiblemente, en vez de seguir intentado imposibles “crecimientos ilimitados de la profesionalización” (o de lo que sea) hemos de buscar “crecimientos sostenibles” que, en este caso, como en otros muchos, han de basarse en un cierto e inevitable *decrecimiento sostenible* en nuestras sociedades “tecnológicas”. ¿Hasta cuándo derrochar medios humanos y técnicos mientras que en otros lugares del globo no existen en absoluto y seis millones de niños mueren cada año por desnutrición y sus consecuencias directas, dieciséis mil mueren por hambre cada día y hasta cuatro mil fallecen diariamente por falta de agua potable? (UNICEF, 2009, 2010).

*Ámbito ético-moral.* Algunos de los partidarios de las guarderías y la institucionalización temprana, defienden que la educación en las guarderías es una forma de mejorar y avanzar la formación psicosocial y la introyección de las normas éticas y morales en un contexto grupal, así como que educa para la solidaridad, el compartir y, en definitiva, la vida democrática (Turpeinen, 2005). Esas afirmaciones, sin embargo, creo que no han podido ser demostradas por los estudios sobre el tema. Es cierto que los niños de guardería y, en general, de instituciones, parecen seguir más estrictamente las normas y organización institucional y grupal de sus instituciones, pero mientras están en ellas. Y acatar unas normas no es lo mismo que introyectarlas, como muestran luego

los estudios clínicos y observacionales: solidaridad no es lo mismo que adhesividad e imitación; adhesividad y dependencia no son lo mismo que autoorganización, autogestión o capacidad de compartir; adhesividad y falta de límites del *self* no son lo mismo que generosidad, etc. (Tremblay, 1994; Belsky, 1997; Bettelheim, 2001; Scharf, 2001). Tal vez también aquí la ideología ciega demasiado e impide percatarse de que, para llegar a la capacidad de compartir, antes hay que haber sido capaces de tener-poseer (al menos, a una figura de apego). Es entonces cuando se pueden compartir más adelante otros “objetos” e incluso esa figura de apego. Para compartir y no plegarse ciegamente a unas normas meramente imitadas, pero no introyectadas, deben existir al menos unos rudimentos del sujeto, de la individualidad y la autonomía, desde las cuales compartir y acatar las normas democráticas (Fonagy, 2002; Schore, 2003; Green, 2004). En definitiva, que el ejercicio de la autonomía no puede realizarse si no es a través de un proceso de separación-individuación que debe partir, por lo que hoy se sabe, del establecimiento de una figura de apego para que, más tarde, esa autonomía y esa libertad resulten reales.

La realidad de los niños y jóvenes criados en instituciones, sin embargo, es que si bien poseen o pueden mostrar una normativa moral y social más uniformizada y, tal vez, compleja para edades tempranas, ésta suele estar sujeta a los controles externos, sociales. Su sexualidad y agresividad también están sujetas a límites externos y hay una tendencia al cumplimiento adhesivo de normas y patrones, tendencia que se altera en caso de estrés, ansiedad, rupturas sociales, anomia (Rutter, 1989; Tremblay, 1994; Olin 1996, 1998; Bettelheim, 2001; Scharf, 2001; Iglesias, 2010). Salvo excepciones, la curiosidad y las capacidades de diferenciación y autonomía organizativa no resultan potenciadas por ese tipo de instituciones, al menos cuando lo son a “tiempo total”.

*Ámbito pragmático.* Aunque las argumentaciones y contra argumentaciones podrían ser inagotables, preferimos darlas por terminadas. Lo único que querría aportar en este momento es una serie de datos pragmáticos, tanto sociológicos como psico(pato)lógicos, que nos puedan ayudar a pensar.

Si consideramos que la idea de la crianza en instituciones para la infancia temprana es una normativa ideológicamente impuesta, intrínseca al mantenimiento de un sistema de producción, reproducción e intercambio

socioeconómico que ha mostrado descarnadamente su incapacidad e injusticia en estos últimos años, podríamos mirar a nuestro alrededor de forma un poco más libre. En ese caso, podríamos preguntarnos dónde están los dos primeros años los hijos de nuestros dirigentes, y sobre todo, de los grupos de poder de nuestras sociedades. ¿En las “escuelas infantiles” municipales? ¿En guarderías con 10-15 bebés por cuidador? Todos los estudios sociológicos nos dicen que esos niños no van a la asistencia pública ni a las “guarderías para todos”, como no van a la medicina pública o al resto de las “redes sociales” públicas. ¿Significa eso que hay dos tipos de educación, una en la cual los “no dirigentes” deben ser “técnicamente” “socializados de inmediato” mientras que los dirigentes y futuros dirigentes poseen múltiples sistemas y alternativas posibles? (Wilkinson, 1997; Marmot y Wilkinson, 1999; Holmes, 2002; Navarro, 2009).

Porque, hablando de alternativas, hemos de recordar que existen, son numerosas y se cuenta con experiencia de su puesta en práctica. Por ejemplo, del sistema de maternidades/paternidades mucho más prolongadas y financiadas por los poderes públicos –hasta 4 años en Suecia y algunos países escandinavos (IS, 2005; Casado 2008; Vahtera, 2009)–. También, de otros sistemas alternativos que se están proponiendo y adoptando, tales como las *home school* –educación a domicilio o compartida por dos o tres familias, perfectamente realizable en la primera infancia– (Alonso y Coscolla, 2009; USDE, 2010). Además, se trata de un sistema mucho más aplicable hoy día, con el desarrollo de los sistemas de *e-Education*, de utilización de la web para el apoyo a la crianza y la educación (Vahtera, 2009). Y más si reforzamos estos sistemas con ayudas económicas a los padres más duraderas y sustanciosas. En el mismo sentido van ya no las experiencias, sino la ampliación de los sistemas de *cuidados en grupo subvencionados y tutorizados*. Todo ello puede optimizarse en los próximos años gracias al desarrollo de medios de *e-Government*, de comunicación y posibilidades formativas directas entre la administración educativa y de servicios sociales con los usuarios, como se está intentando desarrollar en países nórdicos para apoyar a los padres en esas situaciones. Y esto puede y debe ir unido al desarrollo y consolidación de guarderías públicas y gratuitas para los que las quieren y, desde luego, para los niños y familias de riesgo, que a menudo las necesitan.

*Algunos ejemplos de profesionalización abusiva de la*

*infancia, del olvido generalizado de las cautelas del “Too Many, Too Much, Too Young”.* Para que podamos decidirnos a no aceptar como opción lo que ya nos han impuesto como realidad, he de recordar, en primer lugar, que los especuladores transnacionales y nuestros gobiernos ya nos han impuesto el *decrecimiento* de nuestros ingresos y producción, y sin contar para nada con nosotros. Señal de más para comenzar a pensar en algo más global, más sostenible, en un reparto de la producción, los bienes naturales y las riquezas (materiales, informativas y emocionales) más sostenible a nivel *global*.

Así mismo, los “novísimos” *temores sociales en crecimiento de los padres a los hijos y de los maestros a los discípulos* juegan un nada despreciable papel para que cada vez haya más padres y más maestros que pidan dar fármacos a sus hijos o discípulos (Ghodse, 1999; Tizón, 2007; Iglesias, 2010). Y para ello contarán con la indispensable colaboración de políticos más vendidos a la comercialización de esos fármacos que al cuidado de la población a la que, en teoría, se deben. Traeré aquí unos cuantos ejemplos recientes de los *riesgos del profesionalismo abusivo*, de la profesionalización abusiva de la infancia en nuestras sociedades.

- Actualmente más de 500.000 niños y adolescentes en los EE UU están ingiriendo habitualmente, no psicofármacos en general, sino neurolépticos (FDA, 2009). Coste anual para el Medicaid: 96 millones de dólares.
- Y recordemos que dice la OMS que entre el 15 y 20% de los niños padecerán problemas psicológicos, psicopedagógicos o emocionales en los próximos años: ¡qué mercado potencial para los psicofármacos! (Ghodse, 1999; Tizón, 2007).
- Según un estudio de la Columbia University de 2010, los antipsicóticos prescritos a niños de 2-5 años se había doblado, a pesar de que sólo el 40% de ellos habían recibido una evaluación real de su psicopatología y salud mental.
- Los neurolépticos son las medicinas *top-selling* actualmente en los EE UU, con 14,6 millones de dólares/año (como punto de comparación, la Guerra de Irak significó un derroche mortífero de 2 a 4 billones de dólares según diversas estimaciones).
- Los niños de clase baja tienen 4 veces más probabilidades de estar ingiriendo neurolépticos (Rutgers University, 2009) y en una investigación de Medicaid han aparecido tres niños de menos de un año que los estaban tomando.

- Algunos ya hemos sabido de niños españoles de menos de un año en tratamiento con Risperidona. Como el caso de Kyle, el niño cuya historia fue publicada en el *New York Times*, el 1 de septiembre de 2010.
- Pero son centenares o miles los que, antes de la pubertad y adolescencia, los están recibiendo, y a un ritmo exponencialmente creciente.
- Personalmente, ya he tenido el dudoso honor de haber atendido a un niño de 11 años que estaba ingiriendo hasta 7 psicofármacos al mismo tiempo: dos o hasta tres neurolépticos según las épocas, dos benzodiazepinas, un antidepresivo y un supuesto “activador cerebral”.

## Epílogo

Hoy sabemos que el sufrimiento y la tristeza graves generan alteraciones bio-psico-sociales, pero no hay estudios de dosis-efecto de tal correlación. Sí los hay, y desde hace decenios, para la institucionalización total. Esta situación ha dado lugar incluso a obras de divulgación universalmente conocidas, tales como el filme de *J. Robertson, John, 18 meses, 9 días en guardería a tiempo total*, y otros varios, o a los estudios con primates de los Harlow y de otros muchos investigadores, inicialmente recogidos ya por el propio John Bowlby. También hay estudios, incluso de dosis-efecto, para los abusos sexuales y la negligencia grave en la infancia (Teicher, 2002; Read 2004; Bentall 2009).

Todo ello debe obligar a que nos hagamos una serie de preguntas: ¿hasta qué punto hay que evitar el sufrimiento antes de los 4 años? Sufrimientos, separaciones, frustraciones y renunciadas habrá, tiene que haberlas, e incluso se necesitan para el desarrollo emocional y cognitivo. Pero, ¿de qué grado es el sufrimiento infringido al niño llevándole a los 4 meses a una guardería a ser cuidado junto con otros 6 o 10 niños por una a tres cuidadoras, además no fijas ni con vinculación personalizada con él? Y un elemento diferente, pero a mi entender, fundamental, ¿por qué introducir sistemas de cuidados que nos privan del placer de la relación con los hijos (y a ellos, del placer de las relaciones con figuras de apego seguras), en función de presiones sociales ideológicamente apoyadas y sin datos científicos a su favor? ¿Por qué no contar a fondo con el placer y el “reformato” cerebral (y psicológico, y social) que los hijos obligan a los padres en especial en estas edades?

Sabemos que, durante decenios, bastantes psicoanalistas han pensado en este sentido, como lo han hecho educadores, médicos, enfermeras de pediatría, antropólogos, educadores, sociólogos, reformadores sociales. Pero, también durante decenios, muchos de tales profesionales no se han atrevido a manifestar su discrepancia con la ideología dominante, pues inmediatamente eran acusados de “hacer política” o de “antifeministas”, por entorpecer el difícil camino de la emancipación social de la mujer; incluso han sido acusados de intentar, subrepticamente, que la mujer siguiera siendo sólo madre. Hoy en día tampoco esos argumentos son sostenibles: dedicarle a un hijo entre 4 y 8 horas al día de forma exclusiva durante 2 años una o dos veces en la vida no parece un dispendio de esfuerzos y capacidades creativas demasiado grave, suponiendo que no sea exactamente lo contrario: la mejor forma de vivir bien, de hacer vivir bien, de disfrutar y de ayudar al crecimiento. Es cierto que muchos individuos en nuestras sociedades (y en este caso, sí que son fundamentalmente las mujeres) les dedican hoy 4-6 horas/día, pero no al desarrollo y placer de sus hijos, sino a los trabajos de llevarle y traerle de guarderías, colegios, actividades extraescolares, del hogar de los abuelos, a preparar la comida, la cena, el baño, cuidar el sueño (Durán, 2007). Lástima que, a menudo, sea sobre todo un trabajo y no un placer compartido porque: ¿no proporciona luego los fundamentales momentos de placer cuando ya sólo es un recuerdo?

Gremios enteros de profesionales parece que nunca han sentido que era el momento y la oportunidad para exponer estos argumentos. Por eso hace poco decía que “momento es de que sea el momento” para extender un derecho fundamental: el de tener más tiempo para los hijos. Más tiempo para lo que cada familia quiera: jugar, disfrutar, alimentar, aprender, enseñar, compartir. *Cuidar y criar*. Ahora bien: el que prefiera trabajar laboralmente durante ese tiempo y renunciar a ese derecho, debe tener la posibilidad de hacerlo —y la sociedad, el deber de proporcionarle los medios para el mejor cuidado de sus hijos—. Por eso, tal vez debamos cambiar el lema de hace unos años —*Guarderías para todos*— por otros más actualizados: *Guarderías para los que las quieren o necesitan. Más posibilidades de estar con los hijos, para todos*. Y no es lo mismo.

## Notas

1. <http://mastiempoconloshijos.blogspot.com/>

## Bibliografía

- AHNERT, L, PINQUART M, LAMB M E (2006). Security of Children's Relationships With Nonparental Care Providers: A Meta-Analysis. *Child Development*. 77 (3): 664-679.
- ALEXANDER R (2009). *Children, their world, their Education*. London: Routledge.
- ALONSO A, COSCOLLA R (2010). *Servicio de atención a la infancia en el domicilio de la cuidadora, ¿un nuevo recurso de atención para los niños?* Fundación Pere Tarrés: Barcelona.
- AMIGÓ E, ANGULO F, ARTEMÁN A, CALLABED J, CASALÉ D, ET AL (1999). *Programa de seguiment del nen sa: Protocol de Salut Mental Infantil i Juvenil*. Barcelona: Direcció General de Salut Pública. Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya.
- ARCE B. Un informe aconseja retrasar la escolarización en el Reino Unido. *El Periódico de Catalunya*. 17/10/2009.
- BEL M, A (1998). *La mujer en la historia*. Madrid: Encuentro.
- BELSKY J, NEZWORSKI T (1988). *Clinical implications of attachment*, New Jersey: Erlbaum.
- BELSKY, J (1997). Theory testing, effect-size evaluation, and differential susceptibility to rearing influence: The case of mothering and attachment. *Child Development*, 68: 598-600.
- BENNETT A J, LESCH K P, HEILS A, LONG J C, LORENZ J G (2002). Early experience and serotonin transporter gene variation interact to influence primate CNS function. *Molecular Psychiatry* 7: 118-122.
- BETTELHEIM, B (2001). *Los niños del sueño*. New York: Simon y Schuster.
- BOFILL P, TIZÓN J L (1994). *Qué es el psicoanálisis: Orígenes, temas e instituciones actuales*. Barcelona: Herder.
- BOWLBY, J (1958). *Attachment and Loss*. Vol. I, Attachment. London: The Hogarth Press. Trad. Cast. (1998), *El apego*. Buenos Aires: Paidós (Cap. 2).
- BOWLBY, J. (1958). *Attachment and Loss*. Vol. II. London: The Hogarth Press. Trad. Cast. (1990), *La separación afectiva*. Barcelona, Paidós.
- BOWLBY J. (1963). *Attachment and Loss*. Vol. III, Loss. London: The Hogarth Press. Trad. Cast. (1990), *La pérdida afectiva*. Buenos Aires: Paidós.
- BRAZELTON T B (1996). *Touchpoints: Emotional and Behavioral Development*. Paris: Stock.
- BRAZELTON T B Y CRAMER B (1993). *La relación más temprana*. Barcelona: Paidós.
- BRITTON C, MCCORMICK F M, RENFREW M J, WADE A, KING S E (2008). *Apoyo para la lactancia materna* (Revisión Cochrane traducida. En: La Biblioteca Cochrane Plus, número 3, Oxford, Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>.(Traducida de The Cochrane Library, Issue . Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).
- BRONTE-TINKEW J, CARRANO J, HOROWITZ A, KINUKAWA A. (2008). Involvement among residents fathers and links to infant cognitive outcomes. *Journal of Family Issues*; 29(9): 211-1244.
- CASADO D (2008). Los Servicios Sociales: carencias relativas a las situaciones de pobreza y marginación social, exclusiones y desigualdades de su acción protectora. En Ana Arriba (coordinadora): *Políticas y bienes sociales. Procesos de vulnerabilidad y exclusión social*, Fundación FOESSA.
- CASADO D (2009). El asilo de hijos de lavanderas. Nota a una aproximación institucional. *Revista del Tercer Sector*; 12: 209-215.
- CASADO D (2010). La familia y otros recursos comunitarios de ayuda personal. Aportaciones y necesidades de apoyo. *Políticas sociales en Europa*; 28: 7-25.
- CASADO D (2010). Medidas legales de conciliación de funciones familiares y laborales. *Políticas sociales en Europa*; 28: 57-63.
- CHAFFIN M, KELLEHER K, HOLLENBERG J (1996). Onset of physical abuse and neglect: psychiatric, substance abuse, and social risk factors from prospective community data. *Child Abuse Negl*; 20,3: 191-203.
- CLARKE-STEWART, A (1982). *Guarderías y cuidado infantil*. Madrid: Morata.
- DEL CASTILLO G, GALLEGO A, LEDESMA JM, GUTIÉRREZ M, MORENO G, SÁNCHEZ R. ET AL (2009). Influencia de la asistencia a las guarderías sobre la morbilidad y el consumo de recursos sanitarios en niños menores de 2 años. *Rev Pediatr Aten Primaria*; 11: 695-708.
- DURÁN M A (2007). *El valor del tiempo*. Madrid: Espasa.
- EIBL-EIBESFELD (1971 and 1996). *Love and Hate: The Natural History of Behavior Patterns*. New York: Walter de Gruyter.
- EISENBERG L (1995). The Social Construction of Human Brain. *Am J Psychiatry*, 152,11: 1563- 1575.
- EISENBERG L (1999). Psychiatry and neuroscience at the end of the century. *Current Op Pschiat*, 12, 6: 629-633.
- EISENBERG L (2000). Asistencia sanitaria con ánimo



de lucro y relación médico-paciente. (¿Es el mercado compatible con la excelencia en medicina?). *Psiquiatría Pública*, 12,1: 9-19.

EMDE R (1994). Individuality, context and the search for meaning. *Child Dev*; 65, 3: 719-737.

EMDE R (1999). Moving ahead: integrating influences of affective processes for development and for psychoanalysis. *Int J Psychoanal* ; 80: 317-341.

ERIKSON E H (1963). *Infancia y Sociedad*. Buenos Aires: Paidós.

EZPELETA L. (editora) (2005). *Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo*. Barcelona: Masson.

FEDER A, NESTLER E J, CHARNEY D S (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. *Nature Reviews*.10: 449:446-457.

FERNÁNDEZ-ENGUITA M, MENA L, RIVIERE J (2010). *Fracaso y abandono escolar en España*. Barcelona: Fundació la Caixa.

FONAGY P (2000). The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time. Plenary Address at the World Association of Infant Mental Health Congress, Montreal July 28 th 2000. WAIMH: Montreal 2000.

FONAGY, P, GERGELY, G, JURIST, E L (2002). *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. New York: Other Press.

FOX, N. A (1977). Attachment of Kibbutz Infants to Mother and Metapelet. *Child Development*; 48: 1228-1239.

FREEMAN H, STANSFELD S (eds) (2008). *The Impact of the Environment on Psychiatric Disorder*. London & New York: Routledge.

FUSTER P (2006). L'accés a la paternitat com a transició psicosocial. *Revista Catalana de Psicoanàlisi*; 23(1-2): 141-155.

GAITÁN L (2009). Políticas Sociales y Pobreza Infantil. En, *Análisis y propuestas sobre pobreza infantil en España* (p.46 a 55). Madrid: UNICEF-Comité Español.

GARRIDO, V (2009). *Los hijos tiranos: El síndrome del emperador*. Madrid: Planeta.

GAVRON, D (2000). *El Kibbutz: El despertar de utopía*. Rowman y Littlefield, Lanham.

GENERALITAT DE CATALUNYA (2009). Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica: *Infància amb Salut*. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Direcció General de Salut Pública.

GHODSE H (1999). Dramatic increase in methylphenidate consumption. *Current Op Psychiat*, 12: 265-268.

GOLEMAN, L (2001). *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós.

GREEN M (ed.) (1994). *Bright Futures: guidelines for health supervision of infants, children and adolescents*. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Children Health.

GREEN V (ed.) (2003). *Emotional Development in Psychoanalysis, Attachment Theory and Neuroscience*. London: Brunner-Routledge.

GUEDENEY A, GRASSO F, STARKIS N (2004). Le séjour en crèche des jeunes enfants: Sécurité de l'attachement, temperament et fréquence des maladies. *La Psychiatrie de l'enfant* , 47(1): 259-312.

HOLMES J, NEIGHBOUR R, TARRIER N, HINSELWOOD R D, BOLSOVER N (2002). All you need is cognitive behaviour therapy? *BMJ*; 324:288-294.

IGLESIAS J (2010). Los niños en el contexto de los cambios familiares hoy. *Políticas sociales en Europa*; 28: 29-43.

ILLICH I (1975). *Némesis médica: La expropiación de la salud*. Barcelona: Barral.

INSTITUTO SUECO (2005). *La seguridad social en Suecia*. Estocolmo: Instituto Sueco.

JANÉ-LLOPIS E (2004). La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales *Revista de la Asoc. Española de Neurosiquiatria*; 89: 67-79.

JANÉ-LLOPIS E, ANDERSON P (2005). *European action plan on mental health promotion and mental disorder prevention*. Nijmegen: IMHPA, (<http://www.imhpa.net/actionplan>).

KANDEL E (1988). A new intellectual framework for Psychiatry. *Am J Psychiatry*; 155, 4: 265-277.

KANDEL E (1999). Biology and the future of psychoanalysis: A new intellectual framework for Psychiatry revisited. *Am J Psychiatry*; 156: 505-524.

KNAPP M et al (2002). The Maudsley long-term follow-up of child and adolescent depression: 3. Impact of comorbid conduct disorder on service use and costs in adulthood. *British Journal of Psychiatry*, 180:19-23.

KNAPP M R, SCOTT S, DAVIES J (1999). The cost of antisocial behaviour in younger children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 4:457-473.

KNAUER D, PALACIO F (2010). *La destinée des bébés, peut-elle changer?* Paris: PUF.

LAMOUR M, LEBOVICI S (1991). Les interactions du nourrisson avec ses partenaires. *Psychiatrie de l'Enfant*; 34,1:171 275.

LAPARRA M (2010). *El primer impacto de la crisis en la cohesión social en España*. Colección de Estudios, Fundación FOESSA. Madrid: Cáritas Española.

LEVAV I et al (2004). Psychiatric services and training for children and adolescents in Europe: Results of a country survey. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 13:395-401.

LÓPEZ M T, GÓMEZ M, VALIÑO A (2010). Políticas de familia y cuidados de la infancia. ¿Quién y cómo se cuida a los menores de 3 años en la Unión Europea? Ponencia presentada en el II Congreso Anual de la Red Española de Políticas Sociales. Madrid: 2010. Accesible en <http://www.espanet-spain.net/congreso2010/pa- neles/panel6#s3> (visitada el 17 de noviembre del 2010).

MANGHAM C, McGRATH P, REID G, STEWART M (1995). *Resiliency: Relevance to Health Promotion. Detailed Analysis*. Ottawa: Ministry of Supply and Services.

MANZANO J (ed.) (2001). *Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos*. Madrid: Necodisne.

MARMOT M G, WILKINSON R G (eds) (1999). *Social determinants of health*. New York: Oxford University Press.

MARQUEZ S, MENEU R (2003). *La medicalización de la vida y sus protagonistas*. Editorial Gestión Clínica y Sanitaria; 5,2: 47-53.

MARÍ-KLOSE P, MARÍ-KLOSE M, VAQUERA E, ARGENSE-SAU S (2010). *Infancia y futuro: Nuevas realidades, nuevos retos*. Barcelona: Fundació La Caixa.

MARTÍN E (2010). Apoyos para la armonización de las relaciones intrafamiliares. *Políticas sociales en Europa*; 28: 43-57.

MEISSELS S J AND SHONKOFF J P (comps) (1990). *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Press Syndic of the University of Cambridge.

MELGAREJO, J (2008). *Las claves del éxito de Finlandia en PISA: calidad y equidad*. *Crítica*; 956: 1-15.

MELTZER, D, HARRIS, M, HAYWARD, B (1989) El paper educatiu de la família. Un model psicoanalític del procés d'aprenentatge. Barcelona: Espaxs.

Mental Health Europe- European Commission. *Mental Health Promotion for Children up to 6 Years: Directory of Projects in the European Union*. Brussels: European Commission 2000.

MILLER, L, RUSTIN, M, RUSTIN, M Y SHUTTLEWORTH (1989). *Closely Observed Infants*. Londres: Gerald Duckworth & Co.

MINISTERIO DE EDUCACIÓN Y CIENCIA (2007). *El informe PISA 2006*. Madrid.

MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES (2006). *Plan Estratégico Nacional de Infancia y Adolescencia 2006-2009*. Madrid: Subdirección General de Información.

MONTERO M (2010). Cambios en las políticas familiares de Alemania. *Políticas sociales en Europa*; 28: 75-91.

MORGAN C, MCKENZIE K, FEARON P (eds) (2008). *Society and Psychosis*. Cambridge: Cambridge Universities Press.

NATIONAL CENTER FOR CLINICAL INFANT PROGRAMS (1998). *Clasificación diagnóstica: 0-3*. Buenos Aires: Paidós.

NATIONAL INSTITUTE OF CHILD HEALTH AND HUMAN DEVELOPMENT EARLY CHILD CARE RESEARCH NETWORK. *Child Care and common communicable illness in children aged 37 to 54 months*. (2003). *Arch Pediatr Adolesc Med*; 157:196-200.

NAVARRO, V (2009). El cuarto pilar del bienestar. *Público*, 15 de octubre.

NAVARRO, V (2009). El subdesarrollo social de España. *Público*, 22 de octubre.

NAVARRO, V. (2009). Impacto del clasismo y machismo. *Público*, 30 de julio.

NEIDELL M (2000). Early parental time investments in children's human capital development: effects of time in the first year on cognitive and non-cognitive outcomes. *Working paper 86*. Los Angeles: UCLA Department of Economics.

NOGUÉS R M (1995). Transició demogràfica i canvi familiar. En, Ponències del simposi: Nous models de família en l'entorn urbà: una aproximació psicològica i social al canvi familiar. (pp. 81-106). Barcelona: Generalitat de Catalunya.

OLIN S C, MEDNICK S A, CANNON T, JACOBSEN B, PARNAS J, SCHULSINGER F et al (1998). School teacher ratings predictive of psychiatric outcome 25 years later. *Br J Psychiatry Suppl*; 172, 33: 7-13.

OLIN S C, MEDNICK S A (1996). Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations pre-morbidly. *Schizophr Bull*; 22,2: 223-240.

PALACIO F (1986). Indicaciones y contraindicaciones de las intervenciones terapéuticas breves Padres-Niños. Su lugar en la psicoterapia infantil. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia Infantil* 1: 99-111.

PAPPS MENTAL HEALTH WORKING GROUP (BUTRAGO F, CIURANA R, CHOCRÓN L, GARCÍA-CAMPAYO J, FERNÁNDEZ MC et al). *Programme of Mental Health Prevention in Primary Care*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunidad-Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud, 2007.

PAPPS-GRUPO DE PREVENCIÓN DE SALUD MENTAL

DEL PAPPS. M. C. FERNÁNDEZ-ALONSO, F. BUITRAGO-RAMÍREZ, R. CIURANA-MISOL, L. CHOCRÓN-BENTATA, J. GARCÍA-CAMPAYO, et al. Prevención de los trastornos de la salud mental. Disponible en: [http://www.papps.org/upload/file/02\\_PAPPS\\_Aactualización\\_2009.pdf](http://www.papps.org/upload/file/02_PAPPS_Aactualización_2009.pdf).

PÉREZ-SÁNCHEZ, M (1981). *Observación de bebés. Relaciones emocionales en el primer año de vida*. Barcelona: Paidós. En catalán (1986).

PUNDIK J (2009). Medicalización de la infancia, ¿cada vez más frecuente? *FMC*. 16(4):213-8

RAMONET I (2002). Niños explotados. *Le Monde diplomatique*, Ed. Esp. 81: 1.

READ, J (2004). *Modelos de locura*. Barcelona: Herder.

RUTTER M (1980). Long term effects of early experience. *Devl Med Child Neurol*; 22:800 815.

RYGAARD N P (2008). *El niño abandonado*. Barcelona: Gedisa.

SCHARF M (2001). Natural Experiment in Childrearing Ecologies and Adolescents Attachment and Separation Representations; *Child Development*; 72,1: 236-251(16)

SCHER A; HERSHKOVITZ R; HAREL J (1998). Maternal Separation Anxiety in Infancy: Precursors and Outcomes; *Child Psychiatry and Human Development*; 29, 2: 103-111(9).

SCHORE A (2003). The human unconscious: the development of the right brain and its role in early emotional life. En V. Green (comp.): *Emotional Development in Psychoanalysis, Attachment Theory and Neuroscience*. Hove and New York: Brunner-Routledge.

SCOTT S et al (2001). Financial cost of social exclusion: Follow-up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*; 323:191-195.

SOURANDER A et al (2004). Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 43(9):1134-1167.

STEINHAUSEN HC et al (1998). Prevalence of child and adolescent disorders: The Zurich Epidemiological Study. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 98:262-271.

STERN D (1985). *The interpersonal world of the Infant*. New York, Basic Books.

SUOMI S (2002). Evidencia de interacciones de las condiciones genéticas en pruebas de laboratorio en primates. Presentación en el Simposio de la Universidad Johns Hopkins: La intersección de Factores Genómicos y Ambientales. Universidad Johns Hopkins, Escuela Bloomberg de Salud Pública. Baltimore (Maryland).

SYLVA K (2010). *Early childhood matter: Evidence from the effective pre-school and primary education project*. New York: Routledge.

TEICHER, M H (2002). The Neurobiology of Child Abuse: Maltreatment at an early age can have enduring negative effects on a child's brain development and function. Stress sculpts the brain to exhibit various antisocial, though adaptive, behaviors. *Scientific American*, 68-75.

THE LANCET. LOS EQUIPOS DE APOYO COMUNITARIO CON MUJERES AYUDAN A REDUCIR LA MORTALIDAD NEONATAL. Barcelona: *JANO*, Marzo 2010 y *The Lancet*: 10.1016/S0140-6736(09) 620420.

THRANE N, OLESEN C, SONDERGAARD C, SCHONHEYDER M C, SORENSEN H (2001). Influence of day care attendance on the use of systematic antibiotics in 0 to 2 years old children. *Pediatrics*; 107(5).

TIENARI P, WYNNE L C, MORING J (1994). The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research. *Br. J. Psychiatry*, 164: 20-26.

TIENARI, P; WYNNE, L. C; SORRI, A; LAHTI, I; LAKSY, K; MORING, J (2004). Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *Br J Psychiatry*; (184) 216-222.

TIZÓN J L (1995). *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona: Biblèria (6ª ed).

Tizón J L (2000). La atención primaria a la salud mental (APSM): Una concreción de la atención sanitaria centrada en el consultante. *Atención Primaria*; 26: 111-119.

TIZÓN J L (2001). Atendiendo al sufrimiento de los padres: Cuidando el futuro. En Sasot J, Moraga FA (eds). *Avances en psicopediatría: Padres, salud, sociedad*. Barcelona: Proas Science (pp. 145-167).

TIZÓN J L (2001). Una aproximación a las posibilidades de la atención primaria a la salud mental de la infancia. *Cuadernos de Gestión*; 7 (1): 9-30.

TIZÓN J L (2009). *Pérdida, pena, duelo: vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós (reimpr. 2009).

TIZÓN J L (2005). Repercusiones sobre el niño de los trastornos mentales de sus progenitores y cuidadores. *Formación Médica Continuada* (Barcelona); 12 (4): 70-85.

TIZÓN J L (2007). *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis*. Barcelona: Herder.

TIZÓN J L (2007). El "niño hiperactivo" como síntoma de una situación profesional y social: ¿Mito, realidad, medicalización? *Revista de Psicopatología y Salud*



*Mental del niño y del adolescente*; M2: 23-30.

TIZÓN J L (2009). Editorial: Por una psicología y una política del cuidado personalizado de los bebés y los niños. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 14: 7-8.

TIZÓN J L. EDITORIAL (2010): ¿Uno por ciento, esquizofrenia? *Archivos de Psiquiatría*; 73 (1):1-4.

TIZÓN J L (2010). Funciones psicosociales de la familia y cuidados tempranos en la infancia. Ponencia presentada en el II Congreso Anual de la Red Española de Políticas Sociales. Madrid. En <http://www.espanet-spain.net/congreso2010/paneles/panel6#s3>.

TIZÓN J L, AMADO N, JUFRESA P, GAMIZ A, HERNÁNDEZ I et al (2009). ¿Vidas paralelas?: Observación de un bebé en su familia y de uno coetáneo acogido en institución. *Revista de Psicopatología y Salud Mental de la Infancia y la Adolescencia*; 13:41-51.

TIZÓN J L, AMADO N, JUFRESA P, GÁMIZ A, HERNÁNDEZ I et al (2009). ¿Vidas paralelas?: Hacia el año de vida. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, 14: 81-87.

TIZÓN J L, ARTIGUE J, PARRA B, SORRIBES M, FERRANDO J, PÉREZ C, et al (2008). Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva? *Clínica y Salud*; 19(1): 27-58.

TIZÓN J L, BUITRAGO F, CIURANA R (COORDINADOR), CHOCRÓN L, FERNÁNDEZ C, et al (2003). Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. El Programa del PAPPs y la SEMFyC, 2003.

En [www.papps.org/recomendaciones/2003/salud-mental.pdf](http://www.papps.org/recomendaciones/2003/salud-mental.pdf). Un resumen en Atención Primaria 2003; 32(Supl2): 77-101.

TIZÓN J L, FUSTER P (2005). Un papel para el padre. *Revista de Psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*; 6: 27-40.

TIZÓN JL, PARRA B, ARTIGUE J, FERRANDO J, CATALÁ L, et al (2006). Hijos de pacientes con psicosis en el Proyecto SASPE: Investigar para cuidar un futuro comprometido. *Archivos de Psiquiatría*; 69(1): 47-68.

TIZÓN J L, SAN-JOSÉ J, NADAL D (1997, 2000). *Protocolos y programas elementales para la atención primaria a la salud mental*. (2 tomos). Barcelona: Herder.

TIZÓN J L, SFORZA M (2008). *Días de duelo: encontrando salidas*. Barcelona: Alba editorial.

TORRAS E (2010). Investigaciones sobre el desarrollo cerebral y emocional: Sus indicativos en relación a la crianza. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño*

*y del Adolescente*; 49:153-173.

TORRAS E (2010). *La mejor guardería, tu casa*. Barcelona: Plataforma.

TORRAS-LUNGWITZ, M (2010). Los costes ocultos del cuidado de los niños. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y adolescente*; 16:85-91.

TORREGROSA M J, DE MUGA E, TIZÓN J L (2001). Técnicas de intervención en situaciones de riesgo de patología mental en la primera infancia. En J. Callabed (dir.): *El primer año de vida del niño*. Barcelona: Club de Pediatría Social (pp-67-69).

TREMBLAY R E, PHIL R O, VITARO F, DOBKIN P L (1994). Predicting early onset of male antisocial behavior from preschool behavior. *Arch Gen Psychiat*; 51: 732-738.

UNICEF (2009). *El estado mundial de la Infancia 2009*. Ginebra: UNICEF.

UNICEF de España (2010). *La Infancia en España 2010-2011*. Madrid: UNICEF.

UNITED STATES DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD, United States Department of Health and Human Services. National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.

US DEPARTMENT OF EDUCATION (2010). *Early Childhood Education*. Washington. También en [www.ed.gov](http://www.ed.gov)

US PREVENTIVE SERVICES TASK FORCE. *The Guide to Clinical Preventive Services 2007*. Washington: AHRQ. [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)

VAHTERA A (2009). *e-Government in the Finnish early Childhood Education: An Analysis of Current Status and Challenges*. Boston: Springer.

VALCARCE, M (1999). Separarse del otro: ¿la angustia más primitiva. *Rev. Asoc. Psicoanalítica de Madrid* ; 29: 91-100.

VILLVERDE E (2010). A.M.A., *Mujeres libres y otras y otras agrupaciones de mujeres durante la República y la guerra civil: orígenes, objetivos, enfrentamientos*. Madrid: Universidad de Alcalá de Henares.

WALDFOGEL J, HAN W J, BROOKS-GUNN J (2002). The effects of early maternal employment on child cognitive development. *Demography*; 39(2): 369-392.

WHO (2003). *Caring for children and adolescents with mental disorders*. Setting WHO directions. Geneva: WHO/OMS.

WHO (2003) *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health*. WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence: Geneva 2003.



WHO (2004). *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: a summary report*. Geneva: World Health Organization, 2004

([http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf))

WHO (2004). Promoción de la salud mental: Conceptos, evidencia emergente, práctica. Informe compendiado. Ginebra: WHO.

WHO (2005). WHO European Ministerial Conference on Mental Health (12-15 th January 2005): Facing the Challenges, Building solutions. WHO: Geneva.

WHO (2005). *Child and adolescent mental health policies and plans*. World Health

Organization, Geneva. ([http://www.who.int/mental\\_health/policy/en/Child%20%20Ado%20Mental%20Health.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/en/Child%20%20Ado%20Mental%20Health.pdf))

WHO (2005). *Conclusions from Pre-conference The Mental Health of Children and Adolescents*, organised by European Commission, WHO European region and the Ministry of Health of Luxembourg on 20-21 September

2004 in Luxembourg. Geneva: WHO.

WHO. Lactancia Materna. Ginebra: WHO-OMS; 2010. También en la página web de la OMS <http://www.who.int/topics/breastfeeding/es/>

WIKIMEDIA. KIBBUTZ. Consultada en noviembre del 2010.

WILKINSON R G (1997). *Unhealthy Societies: The Afflictions of Inequality*. London: Routledge.

WINNICOTT D W (1957). Sobre la aportación que la observación directa del niño representa para el psicoanálisis. En: *El proceso de maduración en el niño*. Barcelona, Laia.

WINNICOTT D W (1964). *La familia en la formación del individuo*. Buenos Aires, Hormé.

WINNICOTT D W (1975). *Through Paediatrics to Psycho-Analysis*. Londres: Hogarth Press.

YUNG A, PHILLIPS L J, PAN YUEN H. AND MCGORRY P (2004). Risk factors for psychosis in an ultra high-risk group: psychopathology and clinical features. *Schizophrenia Research*; 67:131-142.

Anexo

Tabla 1. Funciones parentales en la familia\* (en nuestra cultura y desde el punto de vista psicológico. Tizón, 2011)

	Aspectos	Concepto-Resumen
1. Cuidado y sustento corporales básicos	Provisión de alimento, vestido, refugio, ternura, etc.	Urdimbre afectiva y Función de díada (madre-hijo)
2. Funciones (emocionales) introyectivas y proyectivas que están en la base de la mentalización y el pensamiento	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Amor-ternura predominio sobre odio y agresividad</li> <li>• Esperanza predominio sobre desesperanza</li> <li>• Confianza predominio sobre desconfianza</li> <li>• Contención-<i>revêrie</i>** predominio sobre incontinencia</li> </ul>	
3. Proporcionar las bases para la relación sujeto-objeto externa e interna	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Creación del objeto, sujeto y espacio mental</li> </ul>	
4. Funciones de límites y contención	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de integrar límites</li> <li>• Tolerancia a la espera y la frustración</li> <li>• Capacidad de pensar</li> </ul>	Triangulación originaria: madre-hijo-padre  (Complejo de Edipo)
5. Organización y desarrollo del superyo	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conciencia moral-pulsiones versus sociedad:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- moral, motivación, premios, logros</li> <li>- objetivos, valores, lealtades</li> <li>- apoyo en crisis familiares y sociales</li> </ul> </li> <li>• Ideal del yo</li> </ul>	
6. Identidades psicosociales fundamentales	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En la psicosexualidad, la agresividad-destrucción, conocimiento, en los procesos de duelo ante las pérdidas afectivas.</li> </ul>	
7. Modelos de relación con el exterior	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Perspectiva socio-conductual: familia estructurada, desestructurada, “en reversión”, ansiosa-tensa, etc.</li> <li>• Perspectiva psicoanalítica: familia de pareja básica, matriarcal, patriarcal, “banda de chicos”, “casa de muñecas”, etc.</li> </ul>	Relaciones interior-exterior de la familia como “célula básica” de la sociedad.
8. Modelos para el aprendizaje	<ul style="list-style-type: none"> <li>• En especial, aprendizaje placer-curiosidad-juego versus aprendizaje obligación-acumulación-sufrimiento-robo.</li> </ul>	Aprendizaje como resultado cognitivo-emotivo-relacional

\* Que deben repartirse en cada familia y díada entre la figura masculina y la figura femenina o entre el cuidador principal y (al menos) un cuidador secundario.

\*\* *Revêrie*: capacidad de empatía con el bebé y el niño, de sentir, pensar y fantasear con él y por él.