

PRIMERAS RELACIONES, BASE DEL DESARROLLO*

Núria Beà**

Hasta hace no muchos años el primer año de vida se consideraba un período poco importante en cuanto al futuro del niño. Era como si en vez de capacidades sólo hubiera un programa genético en que los aprendizajes del niño estuviesen prefijados y no fuesen modificables y por lo tanto, que el entorno en que vive tampoco tuviese ninguna importancia. Actualmente, en cambio se considera un año capital de cara al futuro cognitivo y emocional del chiquillo. De hecho, hoy se sabe que todo aquello que pasa antes del nacimiento tiene también mucha importancia.

Hace años que se sabe que las drogas (incluyendo medicinas, naturalmente) que la madre consume durante el embarazo atraviesan la barrera placentaria, llegan al feto y pueden inducirle malformaciones. Igualmente, pueden producirlas algunas enfermedades víricas si ocurren en el primer trimestre de embarazo así como algunos efectos físicos como radiaciones. En todos estos casos el feto es quien padece pasivamente las circunstancias de su entorno.

* Ponencia presentada en las 'III Jornades de Desenvolupament Infantil del Baix Empordà', "Les Competències del nen petit" organizadas por CDIAP Baix Empordà Palamós, 15-16 octubre 1998

** Fundación Eulàlia Torras de Beà. Hospital de la Cruz Roja. Barcelona.

COMPETENCIAS DEL FETO

En los últimos años se ha desarrollado el estudio por ecografía del comportamiento del feto, al que se ha llamado psicología fetal. A partir de eso se ha dejado de ver el feto como un ser pasivo-receptivo y casi aislado, sino que se han podido describir una serie de competencias que el feto posee:

- Es capaz de oír
- Responde a los estados emocionales de la madre: hecho que se entiende si consideramos que eso cambia su medio ya que cambia el ritmo cardíaco de ella y también la cantidad de adrenalina que le llega a través de la placenta. El feto responde también con aceleración del latido cardíaco, aumento de la motilidad, etc. De hecho, a menudo cuando preguntamos a las mujeres respecto su embarazo responden respecto a su estado emocional durante ese periodo, si sucedieron circunstancias difíciles como la muerte de un familiar próximo, pérdida de trabajo, etc. Porque intuitivamente, la cultura popular siempre ha valorado que las circunstancias que la madre vive afectan al feto.
- El feto palpa la bolsa amniótica: cada uno tiene preferencia para colocarse en una posición diferente (las embarazadas hacen observaciones en cuanto a las costumbres de posición y movilidad de sus fetos y cuando han tenido algún embarazo previo los comparan).

Cuando se trata de un embarazo de mellizos o múltiple los fetos se interrelacionan, se tocan y se exploran mutuamente. Alessandra Piontelli, en un estudio hecho a través de registros ecográficos a los 5 meses de gestación a diversas parejas de mellizos de diferente sexo, describe cómo se mantiene a lo largo del tiempo el modo de proceder de los dos fetos, en general uno más activo, explorador y el otro más recogido, más quieto. En la vida extrauterina cada bebé muestra el temperamento que ya se vislumbraba antes del nacimiento.

Son interesantes también, por lo que refiere a las capacidades del feto, las observaciones hechas por la Dra. Montserrat Alegre en las I Jornadas sobre Psiquismo Fetal organizadas por la fundación Vidal i Barraquer en mayo de 1994. Decía que en el momento que se les practica una amniocentesis las madres sufren de que puedan pinchar al feto, cuando éste se cuida él mismo de apartarse en el momento que la aguja perfora la bolsa amniótica; explicaba cómo cada feto responde de una forma distinta, unos se apartan y se encogen, otros palpan la aguja que ha entrado, la cogen, etc., pero nunca se pinchan ni se dejan pinchar.

Es conocido por todo el mundo que el feto realiza movimientos respiratorios, de deglución, orina, se chupa el dedo, tiene hipo, llora, etc.

De hecho la vida no se inicia el día del parto como antes se pensaba sino que el feto ensaya de forma incipiente ya dentro del útero todas las funciones que después desarrollará en la vida extrauterina.

COMPETENCIAS DEL RECIÉN NACIDO

Las diversas características temperamentales de cada bebé se habían atribuido en el pasado a razones exclusivamente genéticas. En contraste, otras escuelas (como los Psicoanalistas) valoraban sólo lo que le pasa al niño cuando ha nacido y su relación con los otros, como es cuidado, etc. En ese sentido hoy en día se da también mucha importancia a lo que sucedió durante el embarazo y el parto.

Como decía al principio hoy nadie discute qué factores externos pueden influir en el feto. Queda mucho por conocer al respecto, pero cada día se conocen mejor los efectos que el alcohol, el tabaco, los fármacos, las drogas, algunas enfermedades de la madre, etc. ejercen sobre el feto. Bien seguro los estudios que se continúan haciendo ampliarán y afinarán la

cuestión y sabremos más respecto a la influencia que representa, por ejemplo, el estado emocional de la madre. Hace pocos años era cuestión de si los factores que he nombrado causaban o no malformaciones. Hoy en día sabemos que los efectos pueden no ser tan groseros, aparentes a simple vista, pero igualmente importantes para el futuro del niño ya que intoxican, enferman el feto, alteran y disminuyen sus capacidades. En esos casos, naturalmente el bebé nacerá en peores condiciones y con sus competencias también menguadas.

Para que el bebé sea completamente competente es esencial su integridad física (en cuanto a la normalidad fenotípica) y que todas sus funciones vitales se demuestren adecuadas (función cardíaca, respiratoria, capacidad de succión, funciones neurológicas, etc.). Cualquier tipo de patología compromete la evolución global armónica del recién nacido. No me extendo en ese extremo porque es muy conocido en el estudio del recién nacido.

En cambio son mucho menos conocidas las competencias del recién nacido que le permiten autoregularse e iniciar la relación con el mundo.

Los estudios respecto a las capacidades del recién nacido se los debemos a autores como Tronick, Klaus, Cantavella y Brazelton entre otros; fueron sistematizados por ese último que elaboró la Escala NBAS (siglas de Neonatal Behavioral Assessment Scale), o sea **Escala de Evaluación Comportamental del Recién Nacido** conocida por el nombre de su autor, o sea Escala de Brazelton.

En primer lugar la Escala define 6 Estados de Conciencia del recién nacido:

1. Sueño profundo.
2. Sueño ligero: movimientos ligeros de párpados.
3. Adormecido.
4. Alerta calma: despierto y tranquilo, atento a los estímulos de su alrededor.

5. Vigilia inquieta, despierto pero con considerable actividad motriz.
6. Llanto: rojo, inquieto, sudado.

Como se vé van desde el sueño profundo hasta el lloro inconsolable. En el cuarto lugar describe el estado de alerta calma en que el recién nacido está vigilante, atento a su entorno sin llorar. Este es el estado que le permite observar, aprender y responder. Naturalmente este es el estado adecuado para valorar las competencias de cualquier bebé ya que las respuestas que dará en cualquier otro (llanto, sueño, etc.) no serán reflejo válido de sus capacidades.

La escala valora diversas competencias del bebé de las cuales quiero destacar las siguientes:

Capacidad de autocalmarse: Valora la facilidad o dificultad de cada bebé de consolarse, de regresar al estado de homeostasis, después que ha sufrido alguna contrariedad que lo ha hecho llorar. Es conocido por todo el mundo que hay bebés más irritables que entran en estado de llanto inconsolable con facilidad y que son muy difíciles de tranquilizar. Otros, en cambio casi no se alteran ante ciertas manipulaciones y se tranquilizan con facilidad.

En ese sentido tiene en cuenta las maniobras que él mismo desarrolla para tranquilizarse, como chuparse los dedos; y la cantidad de intervención que requiere del adulto para lograrlo: hablarle, mecerlo, etc. Esa capacidad del bebé de regresar al estado de homeostasis es muy importante también para quien lo cuida, ya que todos sabemos como es de desazonador un bebé a quien no se consigue calmar.

Capacidad de adaptación: (que se valora por lo que respecta a visión y audición). Si hacemos un ruido (como una campanita) o enfocamos una luz a los ojos del bebé las dos o tres primeras veces obtendremos una respuesta de este como aumento de la frecuencia cardíaca, parpadeo, etc. Al cabo de

esas primeras veces, el bebé cesa de dar respuesta al estímulo aunque lo continuemos emitiendo. Eso demuestra su capacidad de discriminar estímulos que no le son especialmente atractivos y aislarse. Esa capacidad es esencial para el aprendizaje ya que le permite fijar la atención en aquello que le interesa y prescindir de los demás estímulos que tiene alrededor.

Visión: Todavía ahora hay quien cree que los bebés no ven hasta los dos meses. En cambio está bien demostrado que ven desde su nacimiento. El bebé discrimina entre los objetos que ve y prefiere, claramente, para fijar la mirada una cara o algún objeto que la reproduzca; o sea de forma redonda con unas sombras simétricas en la parte superior que corresponden a los ojos y una alargada en sentido horizontal en la parte inferior que corresponde a la boca. Su distancia óptima de visión es de unos 20 cm. –la misma distancia a la cual se encuentra de la cara de su madre cuando se alimenta al pecho–. Todos los que hemos trabajado con bebés tenemos el recuerdo de alguno que mientras lo revisábamos nos miraba fijamente e incluso fruncía el entrecejo como para concentrarse mejor.

Dos o tres días después de nacer el bebé puede reproducir –tomándose su tiempo– movimientos de abrir la boca, sacar la lengua, etc. que hacemos enfrente suyo.

Audición: El bebé tiene predisposición a girarse al sonido de la voz aguda femenina por encima de cualquier otro sonido. Es capaz de diferenciar la voz de su madre a las pocas horas de haber nacido. Se han hecho experiencias muy interesantes en ese sentido de dos personas hablándole al bebé al mismo tiempo e indefectiblemente el bebé se gira hacia la voz de su madre.

Cuando los estímulos auditivos (tipo campanita) no obtienen respuesta, si la madre le habla al bebé y éste está suficientemente alerta volverá a abrir los ojos e intentará girarse hacia la voz.

Respuesta olfativa: También el recién nacido está predispuesto en este sentido hacia el olor que desprende la leche de su madre. A las pocas horas de nacer se gira hacia la gasa empapada de leche de su madre aunque al otro lado haya otra gasa empapada de leche de otra mujer.

La ESCALA valora también otros parámetros fisiológicos como color, ritmo respiratorio, etc. mucho más conocidos. Intenta conseguir y valora siempre la mejor realización del recién nacido.

La primera utilidad de la Escala de Brazelton es permitir a los padres observar todas estas capacidades que acabo de describir; hacerles fijar en los mecanismos que el mismo bebé desarrolla para calmarse o qué maniobras del adulto le ayudan a conseguirlo (mecerle, hablarle, etc.). Y en cómo los estímulos demasiado fuertes, demasiado intrusivos en cambio más bien le inquietan y lo inducen a desconectarse porque lo inquietan en extremo. Se les muestra cómo el bebé ve y oye, pero que ciertas realizaciones sólo puede conseguir las en el estado de alerta calma, por lo cual es importante que ayuden al bebé a regular sus estados. En resumen, la Escala de Brazelton da instrumentos que faciliten a los padres el conocimiento y por lo tanto la interrelación con su hijo, como manera de sentar las primeras relaciones base de todo el desarrollo futuro. De eso se deduce por tanto que se trata de pasar dicha Escala frente a los padres para poder comentar con ellos los diferentes puntos.

De hecho durante la exploración que la mayoría de pediatras hacen a los bebés se observan también algunos de estos puntos; la gran diferencia es que Brazelton los ha sistematizado con la finalidad de ayudar a los padres a conocer al bebé y sus recursos.

Las primeras relaciones con el entorno son las que harán que las competencias del bebé se estimulen y enriquezcan o bien al contrario, que cada vez se empobrezcan más. Y todo

eso es la base de los aprendizajes y de las funciones que después necesitará en la escuela. Hoy en día se habla mucho de fracaso escolar, pero en cambio no se tiene en cuenta la importancia que tiene lo que ocurre durante los primeros meses de vida.

La Escala de Brazelton permite identificar ya al nacer dos tipologías extremas de bebés que por sus características pueden ser difíciles de atender:

1) Bebés lábiles, excitables, que fácilmente se echa a llorar y que después son difíciles de calmar. O sea bebés con mucha tensión, ansiosos, que se descargan a través del llanto y les cuesta poder mantener el estado de alerta calma. Por lo tanto se les hace difícil observar el entorno y aprender de él. Además, a través de su lloro inquietan, sobrecargan a sus progenitores que no sólo tendrán más dificultades en calmarlos, sino que al inquietarse ellos mismos, favorecerán círculos viciosos. Si no se les ayuda podemos prever que en el futuro el bebé será un chico inquieto, hiperactivo, con déficit de atención, etc.

2) Bebés pasivos que no se interesan por el entorno, que no interactúan, con tendencia al aislamiento, que pueden pasar por bebés muy tranquilos y que eso genere círculos viciosos ya que no reclaman y no se los estimula y eso todavía les lleva a ser más aislados y empobrecidos. Esta forma de evolución da lugar a un niño pasivo, que no se interesa por nada, que tiende a aislarse, con dificultades por el aprendizaje.

A través de esos dos tipos de bebés que describo introduzco también otro punto importante que es la capacidad que tiene el bebé de influir en su medio. Este hecho que hoy en día resulta evidente ha sido también reconocido en los últimos años. Me refiero al hecho que el bebé es un participante activo en las relaciones. Es evidente que a través de su llanto moviliza su entorno. Pero también a través de su mirada atrae la del adulto, hace que se interese por interactuar con él. El

bebé que apenas mira, no reclama, se agota fácilmente, tenderá a recibir menos atención y estímulo.

Dicho de otra forma:

El adulto responde de forma distinta a cada bebé: que le atienda de una manera u otra no depende solamente del deseo del adulto sino también de lo que el bebé le estimula. So observamos una nursery veremos que las enfermeras atienden, mecen, hablan más a los bebés que consideran más difíciles, que lloran más, para que no despierten a los demás; y también a aquellos que les responden más y les parecen más simpáticos. Aquellos más pasivos, que apenas miran, no lloran, no dan trabajo, suelen pasarse el rato solos en su cuna. Esta situación la encontramos repetida después en las guarderías, en los grupos de juegos, y también por supuesto, en las familias.

Cuando un bebé es competente y fuerte físicamente es fácil para los progenitores (la madre) cuidarse de él, ya que eso les da mucha tranquilidad de ser capaces de sacarlo adelante. En estas condiciones les es más fácil poderse relacionar con él. Si además es un bebé tranquilo y que se alimenta bien encontrarán muchos momentos de juego relajado que serán un estímulo poderoso para el progreso del niño.

En cambio, los bebés prematuros con su aspecto frágil y que además se regulan con dificultad, necesitan amamantarse a menudo y maman con poca fuerza, con dificultades para mantenerse en estado de alerta calma, que se fatigan más, dan respuestas menos claras, resultan más difíciles de interpretar para los padres que estarán en peores condiciones para llevar a cabo aquella crianza. Si se escucha sus temores y se les ayuda a observar e interpretar las respuestas que el bebé da, se favorece que aprovechen los ratos en que está disponible para interactuar con él; pero al mismo tiempo que puedan ser cuidadosos para no presionarlo demasiado, no desbordarlo y agotarlo.

DESARROLLO DEL BEBÉ:

Hay quien piensa que las adquisiciones que los bebés hacen durante el primer año dependen únicamente de su constitución, capacidades, dotación genética, etc. En cambio todos sabemos que para que haya progresos hacen falta no sólo unas posibilidades constitucionales sino también una interacción con el entorno que aporte los estímulos necesarios. Como veíamos, el primer interés del bebé –y en eso sí que hay una base biológica– es su madre. La forma como el recién nacido la diferencia y la mira, provoca que la madre –también biológicamente predispuesta a interesarse en el bebé– lo estimule: busque su mirada, le hable y le haga juegos desde el principio. Cuando todo va bien, estos momentos de miradas, gestos que incluyen palabras, van alargándose y enriqueciéndose. Podríamos compararlo con el ojo y todo el sistema neurológico de la visión que no se desarrollaría sin la influencia de la luz y las imágenes que inciden en ella. Un ser mantenido a oscuras desde el nacimiento no desarrollaría la visión.

Según como vaya esa primera relación importantísima, fundamental, el bebé podrá empezar a interesarse por las otras personas que le rodean. Progresivamente, el bebé va también interesándose por los objetos y como con ese tiempo ha alcanzado cierta maduración neurológica, ahora puede alargar la mano hacia ellos, llevárselos a la boca, explorarlos, etc.

Si estos primeros pasos de la evolución van bien, el bebé va adquiriendo y ejercitando nuevas posibilidades motrices. Progresivamente puede enderezar el tronco, sentarse y por lo tanto ver el mundo desde la verticalidad que es como está diseñado (ya que lo hemos diseñado los adultos que andamos derechos). Al mismo tiempo ha ido comprendiendo cada vez más el lenguaje verbal de la madre; su interés por los que le rodean le lleva a hacer las primeras imitaciones vocálicas, de entrada sin significado, pero que a medida que los padres res-

ponden van haciéndose más afinadas. Lo que inicialmente era un ensayo resulta más interesante por el hecho de serle aplaudido y obtener una respuesta. Eso le lleva a hacer ensayos diversos que le permiten ir diferenciando los sonidos que él mismo emite.

Cada paso conseguido estimula otros siempre en relación a quienes le rodean y según el impulso de cada bebé. Disfruta de hacer intentos diversos, de conseguir nuevos retos: así inicia el desplazamiento hacia los objetos que le llaman la atención, se pone de pie, camina, articula las primeras palabras con significado, etc. El niño dedica los progresos y aprendizajes a sus padres, busca su estímulo, porque los necesita, sino en general se vuelve más apático.

La comprensión de lo que pasa a su derredor surge de la repetición de situaciones que se van haciendo comprensibles. Por ejemplo siente hambre, su madre le alimenta y luego se siente bien. Va notando la relación entre este tipo de malestar y la comida, que le calma. Al principio hasta que nota el pecho o el biberón dentro de la boca y succiona no se puede tranquilizar. Cuando tiene unas semanas la voz de la madre y que lo tome en brazos ya lo calma, porque anticipa lo que llegará después. Cuando es mayor sin que la madre lo levante, el simple hecho que le ponga el babero ya le permite esperar. Más adelante incluso podrá esperar un poco con sólo si ella le explica que ya le prepara la comida. Para que el niño pueda evolucionar hace falta que la madre le haya dado respuestas coherentes a sus necesidades y que las experiencias hayan ido repitiéndose. De esta coherencia surgirá la comprensión del mundo circundante, la diferenciación de realidad y fantasía, la capacidad de pensamiento coherente y de pensamiento científico.

Aunque las explique por separado es evidente que la evolución motriz y cognitiva van unidas y se favorecen y enriquecen mutuamente.

Ahora bien, todo este programa ha podido desarrollarse basándose desde el principio en la integridad de las funciones del bebé y en los estímulos que se generan en la interacción con la madre. Ya vemos como el bebé nace con una predisposición básica hacia la relación con sus congéneres y en especial su madre, que más adelante amplía al padre. Hay autores como Fairbairn que sostienen que la relación con la madre es la importante, que el niño se vincula con ella centralmente y que el interés por el alimento viene después.

PROCESO DE CRIANZA

¿En qué se basan los padres para llevar a cabo la crianza de sus hijos?

En primer lugar en sus capacidades instintivas e intuitivas. Alrededor del embarazo y el nacimiento del hijo, los padres (en especial la madre) realizan una reorganización de toda su esfera emocional que les pone en un estado especialmente receptivo hacia todos los signos de su hijo y cualquier circunstancia que tenga que ver con él. Y es a través de esto que los padres se sienten absolutamente atraídos por su hijo recién nacido, por sus miradas y entran en el juego relacional que él les propone.

En segundo lugar en una serie de conocimientos culturales aprendidos a través de su experiencia de ser criados, de lo que se les ha contado de ellos mismos, de ver criar a un hermano, un sobrino, un vecino,... de las lecturas que puedan haber hecho, etc. Un tipo de conocimiento que antes se transmitía dentro de las familias porque una generación ayudaba a la siguiente a ocuparse de los hijos, y que actualmente se hace de otras formas. Generalmente las niñas y a veces también los niños ya han hecho ensayos de su función como padres a través de los juegos de muñecas.

ALTERACIONES EN EL BEBÉ

El nacimiento de un hijo con cualquier desviación de la normalidad descoloca a todo el mundo, rompe con lo esperado, la ideación que los padres habían hecho. Además a menudo, nadie en la familia tiene la experiencia. Esto deja a los padres sin conocimientos, les hace sentir extraños, culpables –a pesar de en general no serlo– ansiosos, fracasados, incapaces y en mal estado de ánimo para atender al hijo. Necesitarán mucho soporte para hacerlo.

Como sabemos, la evolución será muy diferente según qué pase y cuáles sean las consecuencias que tenga a largo plazo.

Cualquier alteración que el bebé presente (un angioma, un ortolano positivo, o un pequeño hematoma provocado por los fórceps) preocupa mucho los padres y necesitan poder hablarlo con un profesional que los tranquilice desde su conocimiento cierto, ya que por la situación emocional en que ellos (ella) están, fácilmente se angustian y lo maximizan (o lo minimizan y lo niegan).

Y aunque todo haya ido muy es necesario que los profesionales que los atienden (enfermeras, comadronas, pediatras, etc.) estén alerta a sus preocupaciones, a veces infundadas. Un comentario que han oído –quizá una broma–, (como por ejemplo “vaya cochino” o “té dará mucha faena”) que en otro momento no les hubiera afectado, ahora en cambio, en este momento especial puede hacerles un gran impacto; tanto que en madres especialmente sensibles puede afectar su relación futura con el niño.

Es natural pues, entender que cuando el recién nacido necesita ser ingresado por cualquier problema esto angustiará en extremo a sus padres. Además impide que puedan iniciar su relación en un momento de máxima riqueza instintiva por ambas partes. El hecho que actualmente en muchas de las unidades neonatales se les permita la entrada, tocar el bebé,

alimentarlo, (según las posibilidades que hay por el estado físico del niño) preserva la relación al menos en la parte que se puede, disminuye mucho las fantasías de gravedad, de engaño por parte de los profesionales “que lo esconden”, que aparecían en aquellos tiempos en que todo lo que pasaba en la UCI de prematuros era vedado por razones de asepsia. Es un hecho que los padres valoran mucho y que mitiga mucho el impacto futuro del ingreso. Más cuando los profesionales que atienden a los hijos les ayudan a poder acercárseles, a tocarlos, y eso les permite perder el miedo que de entrada sienten de ser incapaces como padres, de tener un niño demasiado frágil, etc. En cambio cuando no es así, sólo ven al bebé a través de un vidrio y un buen día se le da el alta, los padres se encuentran delante un completo desconocido, que sienten frágil debido a todo lo que le ha pasado, y a menudo el miedo hace que no sepan como cogerlo, como cuidarlo, hecho que les pone muchas dificultades para entrar en relación con él. Además el mismo bebé debido a su patología puede tener dificultades para dar signos comprensibles para ellos. También la falta de estímulos hasta éste momento y el haber vivido en un ambiente ruidoso, con luz continua, etc. pueden no haberle permitido establecer el ritmo nictameral y de entrada le será más difícil cualquier adaptación.

Cuando el bebé presenta cualquier patología residual a los padres les queda el trabajo difícil de irse haciendo a la idea que no tienen un hijo como se lo habían imaginado y poco a poco irse adaptando a la realidad de su hijo. Bien seguro que nadie espera ni desea tener un hijo con algún hándicap físico ni mental. Los padres deben poder sobreponerse pues a la depresión que eso les genera para irse acercando a la realidad del hijo. Además como decía se encuentran sin conocimientos culturales respecto de cómo atenderlo. Cuando además el problema compromete el desarrollo del niño, sus competencias, se encontrarán que no saben cómo acercársele, cómo jugar con él, cómo interactuar con él. Los mensajes que el bebé da

son diferentes a los esperados, los que ellos conocen de otros niños, eso les desconcierta y puede llevarles a no relacionarse con su hijo, no por falta de ganas, sino porque no saben cómo. Por ejemplo:

Cuando un bebé padece una amblioplia (ceguera) no dirige la mirada hacia la madre como los otros, y no sólo esto sino que al cabo de poco tiempo cuando la madre le habla desvía la mirada y la cabeza de forma que coloca la oreja delante la cara de la madre, hecho que le ayuda a orientarse a través del oído. Si la madre no sabe esto se queda desorientada ante esa respuesta de su hijo, puede interpretarla como un rechazo; no sabe cómo actuar con él y se inician dificultades en la relación entre ambos. (Es evidente que serán importantes).

Un bebé afectado neurológicamente y por ejemplo con una hipotonía muy severa puede no ser capaz de llorar, tener dificultades de alimentación, no controlar los movimientos cefálicos, etc. Creo que es evidente las dificultades que encontrará la madre para establecer la primera relación con él.

Cuando hay dificultades de ese orden, los padres además deben recuperarse ellos mismos del impacto del diagnóstico, hecho que los sitúa en un nivel muy elevado de ansiedad y depresión, que les dificulta todavía más iniciar la relación con el bebé.

A menudo tiempo más tarde explican cómo se sintieron de solos ante el diagnóstico. Cómo sintieron que se les daba de manera brusca, poco clara y que no se les ayudaba lo suficiente. Esta puede haber sido su forma de sentirlo por la dureza de lo que se les ha comunicado acerca de su hijo. Pero también es cierto que a veces los profesionales nos sentimos impotentes, no sabemos demasiado cómo ayudar y eso puede llevarnos a dar la información de forma científica, fría, distante y deseando huir de allí, –de aquellos padres doloridos–, bien rápido. (Y que a veces lo hacemos excusándonos en el exceso de trabajo, bien real por otra parte, en que aquello no

es nuestra especialidad, etc.). Esto deja a los padres abrumados, llenos de dudas, sin saber a quién consultarlas. Y a veces inician una peregrinación inútil cuando no claramente perjudicial, de médico en médico, de Servicio en Servicio, buscando quien atenderá y tolerará sus ansiedades, sus angustias.

A esto se suma siempre que la familia próxima está en el mismo estado de *shock* que que ellos, y puede dar muy poco soporte. Y los amigos por miedo a molestar, de no saber qué decir también a veces les dejan solos.

Cuando en esos casos llegan a un Servicio de Atención Precoz hay dos funciones básicas en la Atención –que se hacen al mismo tiempo que el diagnóstico y cualquier trabajo directo que haga falta con el niño–.

El primer trabajo del profesional es escuchar a los padres, ofrecerles un espacio para poder comunicar sus ansiedades, sus miedos, sus preguntas.

De cara al niño observar y reconocer las capacidades que tiene (partiendo del conocimiento y experiencia del profesional) y ayudar a los padres a ir las captando de forma que les pueda ser un poco más fácil entenderse con su hijo extraño, diferente. Además el hecho de ver que pueden entender las respuestas que da, les facilita entrar en relación con él, y que ésta por el hecho de partir de la comprensión sea estimulante para el niño. Así se trata de salir del paso de círculos viciosos en que la dificultad de entrar en contacto con el bebé lleva a los padres a cuidarlo rutinariamente, sin establecer contacto y eso aumenta la dificultad en esta relación. Eso que no es infrecuente pone difícil el progreso del bebé.

De hecho se han discutido las ventajas y desventajas del diagnóstico muy precoz de la patología o por lo menos de la comunicación precoz del diagnóstico a los padres. Hay profesionales que –refiriéndose a niños ambliopes– sostienen que el pronóstico relacional del niño puede ser mejor (y por lo tanto

menor la aparición de trastornos de personalidad) si la madre se relaciona con él normalmente, o sea si descubre al niño antes de descubrir la patología. Ya que sino el impacto del diagnóstico de ceguera no le permite ver todas sus otras competencias ni vincularse con él, angustiada por el diagnóstico de severidad que se les ha dado.

Con eso no pretendo decir que no debemos diagnosticar tan pronto como sea posible cualquier patología sino que una vez tenemos el diagnóstico claro tenemos que pensar qué hacemos, cómo y cuando lo comunicamos. Tenemos que saber además que los padres necesitarán mucho soporte para ayudar al bebé a desarrollar todas aquellas capacidades que sí tiene. Y que por lo tanto no es cuestión de dar el diagnóstico simplemente, sino de ver cómo se les ayuda a largo plazo en la crianza del hijo.

ALTERACIONES EN EL EQUILIBRIO EMOCIONAL DE LA MADRE:

Decíamos que el motor del progreso del niño es la relación con su madre de quien en nuestra cultura habitualmente depende en los primeros tiempos de forma mayoritaria. Ninguna madre da siempre la respuesta óptima, comprende todo a la primera, es siempre paciente, etc. Es por eso que Winnicott se refería a las madres mayormente adecuadas en el sentido de poder tolerar los momentos de ansiedad, de malestar del bebé, acogerlos y ayudarlo a calmarse de forma que pueda ir progresando en su evolución, como “suficientemente buenas”.

Una madre cargada ella misma de un exceso de ansiedad y tensión se encuentra con dificultades importantes para poder acoger la de su hijo, para tranquilizarlo; incluso ella misma puede aumentar la inquietud de éste. Ello genera círculos viciosos con una escalada de tensión que dificulta que el niño pueda tener suficientes momentos de calma como para ir evo-

lucionando de forma satisfactoria. Pueden producirse distorsiones en el estado emocional del bebé y también repercutir en sus adquisiciones.

En eso tiene mucha importancia el papel del padre en dar soporte a la madre, animarla, ayudarla a recuperarse, evitarle trabajo favoreciendo así que ella pueda dedicar todas sus energías al conocimiento del recién nacido, vincularse a él sin tener presiones sobreañadidas que la llenen de tensión y le pongan las cosas difíciles.

Hoy nadie discute la dificultad que es para la evolución de los bebés que su madre padezca un cuadro depresivo y más si éste es severo. Aquel diálogo entre la ilusión de la madre fundamentalmente interesada en el bebé, que resuena a sus demandas de contacto, lo mira y lo estimula a mantener la interacción no pueden darse si la madre está deprimida y cerrada en ella misma. Eso lleva a que el bebé también vaya replegándose, cerrándose, desinteresándose del entorno, desvinculándose y desvitalizándose. Es muy conocido el estudio de “cara seria” consistente en ver la reacción de un bebé de pocos meses ante la cara fija e inexpresiva de su madre durante unos minutos. Se observa como siempre el lactante hace intentos de entrar en relación con la madre, la mira, le sonrío... pero ante la inexpresividad continuada de la madre va inquietándose progresivamente y llora. Si la situación se mantiene el bebé acaba desinteresándose y mirando hacia otro lado, deprimido. Se interpreta la fascias seria, inexpresiva como la que tiene la madre deprimida. Son estudios que no pueden tomarse como juego porque siempre implican una situación traumática –aunque en general no grave– para el bebé.

Cuando una madre por sus propias dificultades mentales, por su trastorno de personalidad da demasiado a menudo respuestas no ajustadas o imprevisibles a las necesidades del bebé (por ejemplo lo alimenta cuando tiene sueño, lo pone a dormir cuando tiene hambre o lo despierta y pretende jugar

con él cuando el bebé dormía) provoca una distorsión importante en la organización mental del bebé. El aprendizaje se produce por la repetición de situaciones que van haciéndose conocidas por el niño, van adquiriendo significado y haciéndose comprensibles. Eso no se produce en ese caso y por lo tanto no permite al bebé ir entendiendo progresivamente lo que ocurre a su alrededor. Además lo sobrecarga de inquietud y malestar. No puede aprender de la experiencia. Es evidente que en definitiva, todo esto distorsionará la evolución de aquél bebé.

EN RESUMEN:

Espero haber transmitido cómo es de importante para favorecer la mejor evolución posible de los lactantes:

Una relación adecuada con su madre (con sus padres) y entorno y por lo tanto toda la ayuda que haga falta para preservar, mejorar o recuperar esta relación.

Que ante cualquier trastorno que dificulte la evolución o de cualquier situación de riesgo, (por alguna causa referida al propio bebé o por alguna problemática del entorno) se haga el diagnóstico precoz, de forma que se pueda iniciar la atención a las familias antes que se hayan generado círculos viciosos. Eso mejorará la evolución del niño y además ahorrará mucho sufrimiento a toda la familia.

BIBLIOGRAFÍA

- AVRUM, L. KATCHER, MD y JULIAN S. HABER.: El pediatra y la estimulación temprana del niño minusválido o con retraso madurativo.- Pediatrics in Review (1991) Vol 12, Nº 9-10
- BRAZELTON, T. BERRY.: L'enfant et son médecin.-Petite Biblioteque Payot
- BRAZELTON, T. BERRY: CRAMER, BERTRAND G. La relación más temprana.- Paidós 1993
- BOWLBY, JOHN.: La separación afectiva. - Paidós 1993
- CANTAVELLA, FRANCESC: La relació Pediatre. Pares i Fill.- Revista de l'A-CAP. (1992) Vol.1 Nº1, 5
- FAIRBAIRN. An object relations theory of the personality.- New York. Basic Books (1952)
- LEONHARDT, MERCÈ: El bebé ciego. - Masson 1992
- PIONTELL, ALESSANDRA: A study on twins before and after birth.- International Revue of Psycho-Analysis. (1989) 16, 413
- STERN, DANIEL N.: El mundo interpersonal del infante.- Paidós 1991
- STERN, DANIEL N.: Diari d'un bebè. Monografies de psicoanàlisi i psicoteràpia. Ed. Columna 1996
- WINNICOTT, D.W. Through Paediatrics to Psycho-Analysis.- The Hogarth Press 1987.