

LA CRIANZA: SU IMPORTANCIA EN LAS INTERACCIONES ENTRE PADRES E HIJOS*

Dra. Anna Fornós i Barreras**

Resumen: Creemos que los estilos de crianza van a marcar las primeras relaciones de los niños con sus padres. Destacamos la importancia de la sincronía entre las necesidades del hijo y de los padres, si ésta no es adecuada se produce un desajuste en las interacciones y como consecuencia la aparición de trastornos en el desarrollo. Ilustramos la hipótesis con tres casos clínicos. Damos una gran importancia a las interacciones niño/adulto en la primera etapa de la vida para la construcción de la mente humana. El acompañamiento de los profesionales en el proceso de la crianza puede contribuir a la prevención de este tipo de trastornos.

Palabras clave: crianza, interacciones, necesidades.

* * *

El trabajo que voy a exponerles, es una reflexión personal sobre la importancia de la crianza en el desarrollo de los niños, por lo tanto también en como la crianza influye en el establecimiento de las primeras relaciones del niño con el adulto.

Llevo 24 años ejerciendo de médico, siempre me han interesado los niños y la relación que mantienen con los adultos, pero ahora con la información que he ido acumulando a lo largo de estos años y sobretudo con la experiencia que proporciona el trabajo en equipo y la reflexión conjunta, me estoy refiriendo a la supervisión clínica, puedo plantearme analizar

* Ponencia presentada en el XIV Congreso Nacional de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y Adolescentes, que bajo el título "Las relaciones tempranas y sus trastornos" se celebró en Oviedo los días 5 y 6 de octubre de 2001.

** Neuropediatra del CDIAP Passeig de Sant Joan del distrito X de Barcelona. E-mail: afornos@correu.gencat.es

las interacciones desde distintos puntos de vista, no solo desde mi formación básica de neuróloga y neuropediatra.

Para centrar mi aportación voy a darles diferentes definiciones de crianza:

- Crianza: acción de criar a un hijo
- Crianza: ayudar a desarrollarse
- Crianza: ayudar a crecer
- Criar es adquirir gradualmente
- Criar: adquirir cortesía, urbanidad y buena educación
- Crianza como proceso en el tiempo y el espacio que permite tener cuidado del niño hasta que se hace adulto

Teniendo en cuenta estas definiciones, consideraremos a la familia como:

- la familia facilitadora del desarrollo
- la familia como elemento contenedor
- la familia como elemento clave en la simbolización
- la familia en el papel de protección/cuidador de los hijos
- la familia como elemento procurador de salud
- la familia en el papel organizador
- la familia como impulsora de la sociedad

Dejaremos para otra ocasión el análisis de la familia actual, pero déjenme hacer un apunte sobre el importante cambio sociológico que se ha producido en la población en general, pero sobretodo para las mujeres, con su legítima incorporación al mundo laboral y la no correspondiente respuesta social y acompañamiento del hombre. Todo ello tiene una repercusión a nivel general, en el funcionamiento cotidiano y en la crisis de la familia en su papel de cuidadora de los hijos.

Vamos ahora a exponer algunos de los elementos que intervienen en la crianza:

- afecto
- sentido común
- capacidad organizadora
- capacidad contenedora

- creencias
- socialización
- educación
- nivel socioeconómico

Dependerá de cada grupo humano, según sus baremos éticos y organización, la importancia que se le dará a cada uno de estos elementos.

La combinación de estos seis puntos y el potencial biológico del niño/a enmarcaran el nivel de socialización y educación del niño/a, así como su capacidad de aprendizaje.

Ahora consideramos de gran importancia en nuestro trabajo diario, el tener en cuenta y conocer “El ciclo vital de las familias: las necesidades de las familias en función de su parentalidad y las necesidades de los hijos”. Creo que muchos de los conflictos interaccionales los podemos atribuir a la no coincidencia entre estos dos ciclos vitales y a su antítesis.

El día 28 de mayo de este año en nuestra comunidad (Cataluña), mueren dos niños, una niña de 9 años y un niño de 10 años, en un accidente producido haciendo una “tirolina” en unas colonias de deportes de riesgo.

Este hecho por sí solo invita a pensar, te haces numerosas preguntas, sobre cómo a esta edad los niños no pueden encontrar otro aliciente o distracción que realizar deportes de riesgo. ¿Qué está pasando cuando instituciones como la escuela se ven en la obligación de organizar este tipo de actividades?

Los padres piden responsabilidades, afirman que hay poco control en las colonias, me pregunto porque delegamos las funciones de protección de nuestros hijos.

Estos hechos desgraciados nos hacen reflexionar a unos pocos, pero sigue haciendo falta que sean muchos más. Que haya cambios a nivel social para mejorar la calidad de vida de los niños no sólo del tercer mundo, sino también del mundo occidental.

Las familias tienen poco soporte social, así como poco reconocimiento del importante papel que tienen en el proceso de la crianza, de las dificultades que representa ser un buen trabajador/a y un buen padre o madre y al mismo tiempo participar y disfrutar de la sociedad del ocio.

No voy a defender la familia clásica como única institución válida para la crianza de los hijos, pero sí voy a defender el rol que deben desarrollar los adultos que tengan a su cargo niños. Este rol debe ser contenedor, organizador y protector de la vida de los niños, todo ello acompañado del afecto necesario.

Una vez expuestos estos preliminares, voy a comentarles que baso mi exposición en la experiencia de trabajo de atención directa desde un CDIAP (Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz) del distrito X de la ciudad de Barcelona, con una población de referencia de 8.086 niños/as de 0-4 años, que representa un 3,9% de la población total de 205.359 habitantes, este es un distrito en pleno crecimiento ya que incluye los barrios nuevos de la Villa Olímpica y Diagonal Mar.

Para que tengan una referencia, les diré que en el año 2000 atendimos a 226 niños (un 2,8% de la población de 0-4 años), las primeras acogidas fueron 168, que se distribuyeron de forma bastante regular de enero a mayo y de septiembre a diciembre, una mediana de 16 primeras visitas por mes, a excepción de los meses de verano (junio 10 primeras visitas, julio 6 y agosto 2).

Este trabajo lo realizo desde la asistencia pública en el CDIAP, pero también desde mi consulta privada de neuróloga/neuropediatra, donde recibo visitas de mutua de toda la ciudad de Barcelona y su área metropolitana.

Ya Vigotski en el año 1977 y Brunner en 1983, ponen énfasis en el rol que juega la interacción adulto/niño en la primera etapa para la construcción de la mente humana. Por lo tanto hay bases científicas de la importancia de las primeras relaciones en la construcción de la inteligencia y de la competencia del ser humano.

Voy a definir la conducta como el resultado de la interacción entre el sistema neuromioendocrino y el entorno (Dr. C. Lamote de Grignon).

Volviendo al concepto/definición de crianza, vamos a quedarnos con la definición de: **la crianza como el proceso en el tiempo y en el espacio que permite tener cuidado del niño hasta que se hace adulto**. Este proceso exige por parte de los padres o tutores un gran esfuerzo físico y emocional. Este proceso es necesario dada la inmadurez física y emocional del ser humano al nacer, ya que éste no puede satisfacer por sí mismo sus propias necesidades.

Analizaremos cuales son las necesidades del ser humano en la primera etapa de la vida: (Dr. A. Camino Taboada)

1. necesidad de construir y mantener un vínculo afectivo estable con el adulto que lo cuida.
2. necesidad de promover el proceso de individuación/separación.
3. necesidad de promover la socialización y los aprendizajes que le van a permitir hacerse autónomo de una forma gradual.
4. necesidad de protegerse de las enfermedades y otros acontecimientos que pueden poner en peligro su integridad como persona física y emocionalmente.

El fracaso total o parcial de la cumplimentación de estas necesidades, nos lleva a unas dificultades en la crianza, éstas pueden ser debidas a factores del propio niño, a factores de los padres, a ambos u otras circunstancias.

Analizando estos cuatro puntos de las entrevistas de acogida de la mayoría de las primeras visitas realizadas en nuestro CDIAP en estos últimos años y las realizadas en mi consulta privada en el año 2000-2001, podemos deducir las dificultades en que se encuentran las familias para dar una respuesta coherente y buena a estas necesidades, en estas primeras edades sobretodo en la construcción del vinculo afectivo y el proceso de separación.

Correlacionando los motivos de consulta con los diagnósticos realizados desde el CDIAP, vemos que los más frecuentes son:

MOTIVOS DE CONSULTA

- trastornos del lenguaje
- trastornos de conducta
- dificultades de adaptación/hiperactividad
- trastornos psicossomáticos
- retardo psicomotor
- trastornos del desarrollo

DIAGNÓSTICOS

- trastornos emocionales
- trastornos del desarrollo de expresión somática
- trastornos del lenguaje expresivo de etiología ambiental
- trastornos de conducta de etiología ambiental
- trastornos del desarrollo de etiología biológica/ trastornos cognitivos
- trastornos motores de distinta etiología

Evidentemente existen otros diagnósticos, pero les he relacionado los que tienen interés para este trabajo.

Es pues evidente la correlación que existen entre algunos de los motivos de consulta y el diagnóstico, así como que la consulta por trastorno del lenguaje expresivo lleva consigo en la mayoría de casos de nuestra experiencia una alteración de la crianza.

Observamos que las alteraciones de la crianza relacionadas con las dificultades de cobertura en la construcción de un vínculo afectivo estable con los padres y las dificultades de separación, nos dan como sintomatología un niño/a infantilizado, con problemas de relación, adaptación, individuación y con dificultades para simbolizar.

Nos sorprende, pero a veces nos es difícil diferenciar los casos, ya que todos se parecen, tienen unas circunstancias

familiares similares, el funcionamiento y el estilo de crianza es parecido y las conductas de los niños son una calca, aunque con las pequeñas diferencias individuales que motivan que predomine más una sintomatología que otra.

Voy a exponerles tres casos para ilustrar el discurso:

PRIMER CASO

Descripción de la derivación:

Derivación mayo de 2001. Se trata de un niño de 8 meses, derivado por su pediatra de la mutua por presentar trastorno del sueño. Al parecer los consejos del pediatra e incluso el tratamiento farmacológico no han dado resultado.

Acogida:

En la acogida recojo el motivo de consulta, los antecedentes familiares, antecedentes biológicos y los ítems de desarrollo.

En la primera entrevista, que se realiza sólo con la madre y el niño, ésta explica que desde los tres meses coincidiendo con el cambio de alimentación (de pecho a biberón) el niño empieza a no dormir.

Se trata de unos padres relativamente jóvenes, de 34 años el padre que trabaja de obrero especializado y 32 años la madre, ella no trabaja fuera de casa. Llevan cinco años de pareja, un embarazo deseado, primer hijo.

La madre durante la entrevista muestra una actitud fría respecto al hijo, soy yo que pido que saque al niño del cochecito (está despierto) y lo sostenga en brazos. La animo a que me cuente cómo fue el embarazo y el parto (que fue sin incidencias, dentro de la normalidad).

Pregunto sobre el desarrollo del niño, sorprende pero no recuerda bien cuando empezó a sujetar la cabeza, sonreír, ella dice que todo ha sido normal, sólo le preocupa el sueño.

La exploración neurológica y de desarrollo del niño se encuentran dentro de los límites de la normalidad. Destaca cierta intranquilidad motora, buena capacidad de observación, respuestas discretamente exageradas a según qué estímulos y una buena empatía con la exploradora, que sorprende a la madre, ya que afirma que es un niño poco simpático.

No damos tratamiento farmacológico, sí alguna pauta de conducta y citamos de nuevo al niño a poder ser acompañado de ambos padres.

Proceso diagnóstico:

Vienen los tres, pregunto cómo han ido las cosas, la respuesta de la madre es que por un estilo.

Pregunto al padre que opina del sueño del niño, él comenta que los niños ya se sabe, no cree que sea nada grave. La madre nos interrumpe para decir que es ella quien lo soporta y que desde que ha nacido el niño, ella “no puede hacer su vida”.

Hipótesis diagnóstica:

Creemos que se trata de un niño normal, cuyo síntoma, el trastorno del sueño es la expresión de las dificultades para establecer un buen vínculo con su madre. No debido a problemas del propio niño, sino a la disparidad que existen entre las necesidades del niño y las de la madre. Esta parece que antepone unas a las otras, su necesidad de vivir la vida no encaja con las necesidades de crianza del hijo. No se entienden, por lo que el niño ha desarrollado una conducta de respuesta impaciente y ansiosa que no le permite conciliar bien el sueño. Se trata pues de un trastorno del desarrollo de expresión somática.

Indicación terapéutica:

Derivación al CDIAP de zona para que realicen un trabajo psicoterapéutico madre/hijo. Control neuroevolutivo.

SEGUNDO CASO

Descripción de la derivación:

Se trata de un niño de 3 años 8 meses de edad, derivado en octubre del año 2000 por una psicóloga del Equipo de Asesoramiento Psicopedagógico por presentar trastorno del lenguaje y dispersión.

Acogida:

Recogida del motivo de consulta que explica la madre, “dicen que habla poco”, antecedentes familiares, biológicos y los ítems de desarrollo.

Padres mayores, padre de 46 años, trabaja de electricista, madre 43 años, no trabaja fuera de casa. Dos hermanos mayores de 22 años y 20 años, ambos varones.

La primera entrevista

Se realiza con la madre y el niño. La madre explica que es un embarazo no deseado, vino de sorpresa, ella se encontró mal, muy deprimida, no tomó tratamiento.

Parto normal, los tres primeros meses le daba el pecho, pero el niño lloraba mucho “estaba muerto de hambre” afirma la madre. Ha dormido mal desde el nacimiento.

El desarrollo motor del niño ha sido dentro de la normalidad. Por lo que explica la madre, en la primera etapa de la vida niño muy enganchado, muy sensorial. La madre siguió deprimida. Ella dice que este niño tiene dos padres, el biológico y su hermano mayor.

Inicia la escolarización en parvulario con tres años, escuela pública, no había asistido a guardería.

La exploración neurológica y de desarrollo se encuentran dentro de la normalidad excepción de un lenguaje infantilizado y un déficit de atención.

Proceso diagnóstico:

Exploración neurológica. Nivel de desarrollo. Exploración psicológica y hora de juego.

Preocupa la sintomatología que se concreta en un trastorno de los hábitos del niño: no controla esfínteres, no come solo y mastica lo que quiere, duerme con la madre, toma biberón, lleva chupete, y tiene frecuentes rabietas y bajo dintel de frustración.

Hipótesis diagnóstica:

Creemos que se trata de un niño con un trastorno emocional, poco diferenciado, con un lenguaje infantilizado y muchas dificultades para separarse de su madre.

Indicación terapéutica:

Una terapeuta psicóloga inicia un trabajo madre/niño, con el objetivo de ayudar a la separación, para conseguir una diferenciación y como consecuencia mejorar el lenguaje y la atención. Así como que la madre entienda que existen otros modelos relacionales que ayudan a crecer y le permitan realizar cambios en la crianza.

En la actualidad mejoría notable en el lenguaje y la atención. En primavera introducimos tratamiento farmacológico con Traxilium pediátrico, para disminuir la ansiedad generada sobre todo al ir a dormir, el resultado no fue el esperado, retirándose el tratamiento. pero al menos sirvió para que la madre entienda que no debe dormir con el niño. Los hábitos han mejorado a excepción del dormir solo. El padre ha asistido ocasionalmente al tratamiento del niño. En septiembre será derivado a un CSMU por la edad y se despedirá cuando le hayan acogido.

TERCER CASO

Descripción de la derivación:

Se trata de una niña de 28 meses, es derivada en febrero de este año por la pediatra de la Seguridad Social, por pre-

sentar trastornos esfinterianos (estreñimiento y retención de orina).

Acogida y antecedentes:

Los padres nos cuentan el motivo de consulta, están muy preocupados por todo lo que hace referencia a la salud general de la niña.

Explican que desde el nacimiento ha presentado numerosos problemas de salud: pérdida de peso, fiebres recurrentes, infecciones y convulsiones.

Padre de 38 años el padre, funcionario de prisiones, madre de 37 años profesora de Instituto. Hija única.

Recogida de los antecedentes familiares, biológicos e ítems del desarrollo.

Embarazo deseado de 41 semanas, parto hospitalario, con espátulas, PN 3.700 gramos, pecho durante los 6 primeros meses.

Al mes de vida primer ingreso, por presentar episodio de fiebre alta, atribuido a infección urinaria por pseudomonas.

A los 3 meses episodios de fiebre recurrente, tratamiento con antibióticos.

A los 7 meses nuevo ingreso por convulsiones, vómito y aspiración pulmonar, que la hace permanecer en centro hospitalario durante 5 días, de los cuales 2 son en UCI. El padre tiene antecedentes de convulsiones febriles en la infancia.

Cuando la niña tiene fiebre los padres dicen que se muestran nerviosos y angustiados.

En diciembre del 2000, a los 14 meses la niña presenta una fisura anal y se niega a defecar.

En enero del 2001, presenta una retención urinaria de 31 horas de duración, motivo por el cual la pediatra decide derivarla a nuestro servicio.

Asiste a guardería desde los 6 meses, la adaptación según los padres ha sido relativamente buena el primer año de vida,

en la actualidad no se relaciona con los otros niños y tampoco con la educadora, presenta dificultades a los cambios y quiere comer triturado, cuando en casa mastica, presenta conductas inmaduras en la guardería.

La madre explica que ella no puede quedarse sola con la niña, ya que tiene miedo a que enferme y no saber como actuar.

En la exploración neurológica constatamos una discreta hiperlaxitud ligamentosa, más acentuada a nivel de extremidades inferiores. Los padres comentan que en junio del 2000 consultaron a un traumatólogo por caídas frecuentes de la niña, les comentó la hiperlaxitud y no le dio importancia. La movilidad de la niña y los ítems de desarrollo son normales. Parece que le cuesta aceptar los cambios y las situaciones nuevas. Durante la entrevista habla con sus padres y los juguetes de forma adecuada, no quiere hablar con la exploradora.

Presenta un trastorno del sueño que ha ido empeorando con el tiempo.

Pruebas complementarias practicadas:

- ECO renal normal
- numerosas analíticas
- cistografía isotópica donde se observa reflujo renal bilateral grado II (justificaría las infecciones urinarias)
- gammagrafía renal normal
- déficit de inmunoglobulinas
- EEG para descartar mioclonias, normal

Proceso diagnóstico:

Exploración neurológica, exploración psicológica, exploración del desarrollo y hora de juego.

Durante este proceso constatamos sus dificultades frente a los cambios, el padre se muestra muy controlador y organizador de la vida de la niña.

Hipótesis diagnóstica:

Se trata de una niña con un desarrollo evolutivo dentro de la normalidad, que se encuentra en una situación de riesgo provocada por sus problemas de salud que han generado una falta de sintonía y un desajuste en las primeras relaciones padres/niña. Un estilo de crianza determinado, enmarcado en los problemas de salud de la niña y en cómo viven los padres la vulnerabilidad de la niña, todo ello ha provocado un trastorno emocional de expresión somática.

Indicación terapéutica:

Trabajo padres/niña a cargo de una psicóloga del equipo, que se propone ayudar a disminuir el sufrimiento de los tres, conseguir crear un espacio para que la niña pueda expresarse y los padres lo puedan respetar.

Ayudar a los padres a comprender sus enfermedades, a no actuar cuando no haga falta, a relativizar las pruebas complementarias.

La mejoría ha sido espectacular, la niña no ha presentado ningún episodio de fiebre durante este período, pide el pipí y la caca sin problemas, en la guardería se muestra menos inmadura.

Seguimos el tratamiento psicoterapéutico con una periodicidad de un día semanal.

CONCLUSIONES

Creemos que los estilos de crianza van a marcar las primeras relaciones de los niños con sus padres, sino existe coincidencia entre las necesidades de ambos, se produce un desajuste en las interacciones y como consecuencia del mismo se establece una sintomatología. Esta sintomatología será distinta según las características del niño/familia y dependiendo de que el protagonismo esté en el niño o en los padres.

Algunos niños debido a diferentes enfermedades no pueden interaccionar como esperan los adultos y se produce el desajuste. Esto tendría que ver con la vulnerabilidad del niño y cómo ésta es entendida por los padres.

En otras ocasiones son los adultos los que presentan dificultades para interaccionar, sabemos que enfermedades de los padres (como son algunas enfermedades mentales) no les permiten llevar a cabo una buena crianza de sus hijos, perturbándose las primeras relaciones.

La sociedad lleva a algunos adultos a permanecer suspendidos en la adolescencia, estos adultos tienen serias dificultades para cuidar de los otros (niños y otros adultos).

Creo que estas dificultades las podemos encontrar tanto en hombres como en mujeres, esta manera de funcionar repercute en la crianza y en la sociedad en general, organizando un círculo vicioso difícil de romper.

Existe una pérdida de referentes colectivos, cierta desestructuración social, crisis de la familia y la escuela que alimentan cada vez más las desigualdades y la competencia.

Los adultos queremos soluciones inmediatas, nos asusta cada vez más el sufrimiento, la soledad, la sociedad del placer es una prioridad y existen serias dificultades para crear un espacio mental para el otro, en este caso los hijos.

Como profesionales debemos potenciar la información de que **“es un hijo/a y que necesita”, así como “las necesidades de las familias respecto a su parentalidad”**, para que llegue a los sectores de poder, otros profesionales y a la gente en general.

Los sectores de poder pueden planificar mejor sus políticas sociales, laborales y sobretodo el soporte a la familia.

Los profesionales podrán acompañar mejor el proceso de la crianza y las personas en general entenderán mejor las necesidades de los niños y puede que dejen de darles lo que no necesitan y den importancia a lo que si realmente necesitan, un espacio mental para ellos.

De todo lo expuesto creo que se deduce la gran importancia que tienen las relaciones tempranas del niño/adulto para la construcción de la mente humana. Debemos esforzarnos para mejorar la prevención de este tipo de trastornos: invirtiendo en la formación de profesionales que tratan con niños, en los profesionales de la primaria sanitaria, aumentando la información en general y estableciendo programas materno infantiles que recojan estos elementos (crianza-relaciones tempranas) incluso en la etapa prenatal como fundamentales en el desarrollo de los niños.

BIBLIOGRAFÍA

- BRAZELTON, T.B.: Joint regulation of neonate-parent behavior. En Tro-
nick, E.Z. Ed.). *Social Interchange in infancy. Affect cognition and
communication*, University Park Press. Baltimore, 1982.
- BRUNNER, J.: *La parla dels infants*. Eumo. Vic. 1983.
- CAMINO TABOADA, A.: Intervencions possibles en el maltractament als
infants. Grupo de trabajo de la CTIC de Nou Barris, mayo 2001.
- DOMINGO, F.: No estàs sol, no el deixis sol. *Butlletí Societat Catalana
de Pediatria* 1997, 3:151-152.
- FERNÁNDEZ VIADER, M.P.: Interacción social y comunicación preverbal
en bebés. *Revista de Logopedia, Fon. Audiol.* 1991.
- MARDOMINGO, M.^a J.: Aspectos psiquiátricos del maltrato en la infancia.
Mesa Redonda "El niño maltratado". *Pediatr.* 1985, 151-173.". XVI
Congreso Español de Pediatría. *An Esp. Pediatr.* 1985, 22523
151-173.