



**Radici, Melisa**

***La importancia de la prevención  
en el vínculo positivo madre-hijo,  
desde la concepción hasta los 3 años***

***Trabajo Integrador Final. Licenciatura en Psicología***

***Facultad de Psicología (2013)***

***Universidad Católica de Santa Fe.***

*La Biblioteca posee la autorización del autor para su publicación en línea*



# Universidad Católica de Santa Fe

## Facultad de Psicología

---

### **TRABAJO DE INTEGRACIÓN FINAL**

#### **“LA IMPORTANCIA DE LA PREVENCIÓN EN EL VÍNCULO POSITIVO MADRE-HIJO, DESDE LA CONCEPCIÓN HASTA LOS 3 AÑOS”**

Tutora: Ps. Zapata Analía

e-mail: azapataguarda@hotmail.com/ Tel: (0324) 156301409

Autora: Radici Melisa

e-mail: melisaradici@hotmail.com/ Tel: (03498) 15447931

#### **RESUMEN**

Los primeros años ejercen un impacto decisivo en la salud mental de todo niño. El funcionamiento mental, social y físico es mayor en estos primeros tiempos, que en cualquier otro período en la vida. En esta etapa, la figura materna es esencial para asegurarle al niño, no sólo su supervivencia, sino además para proveerle los cuidados necesarios para un desarrollo óptimo. Sirve, entre muchas otras, para el desarrollo del yo, media en toda acción donde intervienen diferentes aprendizajes, es una guía para el desarrollo emocional, mental y psicológico, le permite al niño el conocimiento de sí mismo. El presente trabajo de integración final, intentará exponer algunas estrategias de prevención y promoción en el vínculo temprano madre-hijo. En este sentido se puntualizará el rol del psicólogo clínico, mostrando algunas herramientas de intervención que mejoren la vinculación o recuperen funciones perdidas, modificando así, sus modelos de apego. Mencionada temática se abordará desde una línea teórica principalmente psicoanalítica.

Palabras Claves: vínculo positivo madre-hijo, prevención y promoción, salud mental, rol del psicólogo.

## ÍNDICE

<b>CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN GENERAL.....</b>	<b>2</b>
<b>1.1. Introducción.....</b>	<b>2</b>
<b>1.2. Objetivos.....</b>	<b>2</b>
1.2.1. Objetivo General.....	2
1.2.2. Objetivos específicos.....	2
<b>1.3. Contextualización.....</b>	<b>2</b>
<b>1.4. Sistematización.....</b>	<b>6</b>
<b>CAPÍTULO 2. VÍNCULO DE APEGO MADRE-HIJO.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1. Definición, características y función.....</b>	<b>7</b>
<b>2.2. Desarrollo de la conducta de apego .....</b>	<b>11</b>
2.2.1. Contacto temprano normal: su incidencia en la autoorganización del niño y en el desarrollo de la permanencia.....	15
<b>2.3. Tipos de apego.....</b>	<b>16</b>
<b>2.4. Características de la figura de apego, del bebé y del contexto social: factores que influyen en la relación madre-hijo.....</b>	<b>18</b>
2.4.1. La regulación del maternaje.....	19
<b>CAPÍTULO 3. VÍNCULO POSITIVO MADRE-HIJO.....</b>	<b>21</b>
<b>3.1. Definición, características y función.....</b>	<b>21</b>
3.1.1. Tendencias del desarrollo del yo.....	25
3.1.2. La experiencia de ser madre.....	30
<b>3.2. Fase de sostén.....</b>	<b>31</b>
<b>3.3. Desde la dependencia hacia la independencia.....</b>	<b>33</b>
<b>3.4. Primacía de vínculo madre-hijo desde la perspectiva de otros autores.....</b>	<b>37</b>
3.4.1. Françoise Dolto y sus convergencias y divergencias con Winnicott.....	37
3.4.2. René Spitz y sus tres etapas en el desarrollo del objeto libidinal.....	41
3.4.3. Melanie Klein y sus dos posiciones en el desarrollo del infante.....	42
<b>CAPÍTULO 4. PREVENCIÓN DE DIFICULTADES EN LA INFANCIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD.....</b>	<b>45</b>
<b>4.1. Definición de Salud: Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud.....</b>	<b>45</b>
4.1.1. Tres niveles de Prevención de Enfermedades.....	46
4.1.2. Promoción de la Salud.....	47
4.1.2.1. El valor de la promoción de la salud mental infantil.....	48
<b>CAPÍTULO 5. ROL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL INFANTIL.....</b>	<b>50</b>
<b>5.1. Incumbencias del profesional psicólogo en el ámbito clínico así como en el comunitario.....</b>	<b>50</b>
5.1.1. El psicólogo en el ámbito clínico.....	50
5.1.2. El psicólogo en el ámbito comunitario.....	55
<b>CAPÍTULO 6. CONCLUSIÓN.....</b>	<b>60</b>
<b>CAPÍTULO 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>63</b>

## **CAPÍTULO 1. INTRODUCCIÓN GENERAL**

### **1.1. Introducción**

Ser niño no es ni fue fácil nunca, ya que la infancia es una época tormentosa de la vida, en la que se está sujeto a los avatares de los otros. Con poca experiencia para afrontar las situaciones, asombrado, apasionado, aterrado, en un mundo en el que fantasía y realidad se superponen, el niño va armando su propia subjetividad, pero supeditado a los deseos, ideales, normas, triunfos y desdichas cotidianas de sus padres quiénes, a su vez, también se encuentran marcados por su propia historia, la de sus antepasados y por la sociedad en la que viven. En este marco, la criatura va creciendo y su psiquismo desarrollándose, es una estructura abierta al mundo. Pero este mundo es, principalmente, para el niño, los otros que lo rodean, quienes son sostén y fuente de placer, así como también portadores de angustias, temores y dolores; figuras de identificación y transmisores de valores, normas e ideales. Entonces, la realidad de un pequeño, es la realidad psíquica de aquellos investidos libidinalmente, de los que lo alimentan, cuidan y erotizan, los cuales lo incluyen de determinada manera, asignándole lugares y proyectando en él anhelos y desventuras.

Puede notarse entonces que, durante la primera etapa de la vida, el ser humano, que se encuentra indefenso, necesita del cuidado de los adultos para sobrevivir y desarrollarse. De este modo, desde el nacimiento, comienza a establecerse un vínculo entre el bebé y su madre que, de ser positivo, pronto se convierte en fuente de seguridad y confianza, a partir de la cual el niño puede explorar y relacionarse adecuadamente con el entorno.

De lo anterior se desprende que es clave proveer al niño, en su paso desde la dependencia hacia la independencia, de un ambiente que facilite el desarrollo emocional y por ende, la salud mental. Las fuerzas que empujan al infante hacia la vida, hacia la integración de la personalidad, hacia la independencia son intensas y, sumado esto a la presencia de condiciones sumamente buenas en el ambiente de crianza, no existen dudas que el niño progresa, madura presentando una salud mental satisfactoria.

De este modo, un requisito fundamental para promover la salud y la calidad de vida en los niños y prevenir futuras dificultades, es que el vínculo que los une con sus madres sea positivo. Un vínculo sano se entiende como un importante factor de prevención, que es necesario fomentar por parte de todos los trabajadores en el área de la salud mental.

### **1.2. Objetivos**

#### **1.2.1. Objetivo General**

- Analizar, desde una óptica preventiva, las características del vínculo positivo madre-hijo, desde la concepción hasta los tres años de edad aproximadamente.

#### **1.2.2. Objetivos específicos**

- Puntualizar el vínculo sano madre-hijo y su proceso de desarrollo.
- Especificar los beneficios en el vínculo sano madre-hijo, respecto de la construcción subjetiva en el niño.
- Describir el vínculo de apego seguro en relación a otros tipos de vínculos desfavorables.
- Delimitar el rol del psicólogo en la promoción del vínculo positivo madre-hijo.

### **1.3. Contextualización**

El presente Trabajo de Integración Final (T.I.F) es confeccionado a partir del proceso de Prácticas Profesionales Supervisadas (P.P.S), en el área Clínica, a raíz de la experiencia en dicha área. El proceso tuvo una duración de dos meses aproximadamente, desde el 28 de mayo hasta el 06 de agosto del año 2012. A partir de la instancia de supervisión grupal, se accedió a diversas experiencias en relación a la temática elegida para el presente trabajo.

Las P.P.S se realizaron en la Unidad de Rehabilitación del Hospital Provincial Dr. Gumersindo Sayago y en el Sector de Pediatría del Hospital Provincial J.B. Iturraspe. El interés por la temática desarrollada, la importancia del vínculo positivo madre-hijo, desde una perspectiva preventiva, nace a partir de la visualización de diversos casos clínicos de niños de diferentes edades.

El Hospital Provincial Dr. Gumersindo Sayago ofrece diferentes servicios a la comunidad. Dentro de mencionada institución funciona la Unidad de Rehabilitación para personas con discapacidad, enmarcada en el Programa de Prestaciones básicas para personas con discapacidad. La Unidad está integrada por un equipo interdisciplinario compuesto por psicopedagogo, psicólogo, terapeuta ocupacional, kinesiólogo, médico con especialidad en traumatología y asistente social. La unidad brinda asistencia a niños, adolescentes y adultos, que provienen de distintos sectores de la ciudad, por derivación o por consulta espontánea. Además, en el establecimiento, se desempeña la Sub

Junta Evaluadora para Personas con Discapacidad, dependiente de la Dirección Provincial de inclusión de Personas con Discapacidad, compuesta por una psicóloga, una médica traumatóloga y una asistente social. Las Prácticas Profesionales Supervisadas se desarrollaron dentro de este contexto, donde se brindó asistencia psicológica a aquellos casos clínicos derivados de la Unidad de Rehabilitación o de demandas espontáneas, especialmente niños y adolescentes. Dentro de este marco, la actividad principal consistió en entrevistas vinculares o familiares. La modalidad vincular con la que se trabajó resultó enriquecedora debido a que, no sólo colaboró en brindar información acerca de los distintos miembros del sistema, sino también ofreció la posibilidad de introducir cambios en él. Por otra parte, el Hospital Provincial J.B. Iturraspe, es un centro de salud de referencia, debido a que se instituye como uno de los centros de atención pública más importantes del centro-norte de la ciudad de Santa Fe. Desde el año de su creación -1912- hasta la actualidad, brindó servicios en todas las especialidades. El servicio de Pediatría -creado en el año 1980-, posee una sección de Hematología, donde se atiende a niños con enfermedades oncohematológicas, y una unidad de cuidados intermedios, lugar específico donde fueron llevadas a cabo las prácticas. La misma cuenta con 7 boxes, con aproximadamente 3 camas cada uno, lo que permite tener la disponibilidad de internación de 21 pacientes pediátricos. Durante el transcurso de las prácticas se realizaron diversas actividades en el mencionado sector, las cuáles pueden subdividirse en modalidades de intervención y problemáticas asistidas. Entre las primeras se encuentran: la participación en los pases de sala, entrevistas a pie de cama, interconsulta médico-psicológico, intercambios con profesionales del área de enfermería del servicio, registros en Historias Clínicas de las entrevistas psicológicas realizadas con los pacientes y/o acompañantes, registros en ficha de atención psicológicas y seguimiento, registros de fichas de estadísticas del Hospital, participación en ateneos clínicos, interconsulta con el Servicio Social, contacto con la psicóloga de la institución Movimiento Solidario y derivación de pacientes a profesionales del área de Psiquiatría. Por otra parte, dentro de las problemáticas atendidas se realizaron evaluaciones para confirmar o descartar los diagnósticos presuntivos; a su vez, se brindó asistencia y atención psicológicas a las diferentes problemáticas que se presentan en el servicio de pediatría, por la situación de internación. En el desarrollo de las prácticas se buscaron, permanentemente, generar espacios de intercambio disciplinar con el equipo médico y otros profesionales de la salud que participan en el servicio, en relación a los casos clínicos que los practicantes abordaron.

Es pertinente aclarar que, el trabajo del psicólogo dentro del servicio tiene como uno de sus fundamentos, la técnica de la entrevista a pie de cama. El pedido de atención psicológica por parte de médicos y/ enfermeros, se realiza con este tipo de intervención, la cual permite, a posteriori, establecer un intercambio de saberes del estado del paciente y/o familiar en las áreas afectivas, cognitivas y conductual. Mencionada modalidad de entrevista tuvo lugar, en el servicio de pediatría, en la habitación de los niños internados que se encontraban acompañados de un adulto –en su mayoría familiares-.

En la instancia de supervisión grupal, en el marco de las P.P.S., se pudo representar que, diversas eran las causas por las que el vínculo presentaba fallas, entre ellas: falta de conocimientos, por parte de la madre, en relación a la atención y cuidados que el niño necesita desde su concepción hasta el nacimiento y en los posteriores años de vida; vulnerabilidad del ambiente; patologías mentales o discapacidades en la madre que no le permitían desenvolverse de manera adecuada frente al niño; abandono de los hijos por diversos motivos; madres que tenían a sus hijos internados por algún problema de salud y que, en dicho contexto de internación, se les dificultaba brindarles cuidado, afecto y cariño. Es por ello que se tornó necesario, por parte de los practicantes, intervenir de diversas maneras, como modo de aumentar el vínculo madre-hijo, de generarlo si estaba ausente, o de encontrar sustitutos al mismo.

Para enriquecer la experiencia, se tuvo la oportunidad de presenciar casos clínicos en los que se observaban niños que presentaban una óptima vinculación con su madre, lo que significaba un indicador favorable en relación a la salud mental, generando la necesidad de reforzar dicho indicador, en pos de la mejoría del niño por el cual se realizaba la consulta.

Todas las situaciones anteriormente descriptas, tanto favorables como desfavorables, generaron el entusiasmo por abordar la temática arriba mencionada ya que, en lo que respecta a la clínica de niños, un punto clave es investigar acerca del modo de vinculación que presenta la madre con su hijo, incentivándolo si el mismo está presente y generándolo si se encuentra ausente, con dificultades o dañado.

Respecto al trabajo realizado en el Hospital Provincial Dr. Gumersindo Sayago, en relación a la temática abordada en el presente Trabajo de Integración Final acerca del vínculo madre-hijo, puede mencionarse que, en todos los casos que acudían a la consulta, un indicador fundamental, era

evaluar la calidad de vinculación que el niño o adolescente presentaba, principalmente con su madre. Si el mismo era considerado adecuado o esperado, se lo reforzaba y estimulaba, considerándolo como un jalón favorable para colaborar en la mejora del problema motivo de consulta. Contrariamente, si se evaluaban fallas en la vinculación o falta de involucramiento con las figuras más significativas, se maniobraba en pos de aumentarla o mejorarla, ya que se consideraba que, de esa manera, se obtendrían amplios beneficios en relación, nuevamente, a la mejora del problema – principalmente si el motivo de consulta eran problemas para manejar dificultades comportamentales-. Algunas de las técnicas específicas implementadas consistieron en: sustituir rótulos psiquiátricos que no permiten ver recursos, ni abanicos posibles por, por ejemplo, malos comportamientos, con el fin de que los demás miembros del sistema –padres-, adopten una postura más activa y participativa; comunicarse con el niño de manera lógica, con un ida y vuelta, no unilateralmente; escucharlo cuando habla y opina; estimularlo para que elija y proponga ideas; no hablar de él sino con él; darle tiempo para expresarse; comprenderlo; reforzar con elogios los esfuerzos positivos y los indicios de mejoría, entre otras maniobras que tenían, como finalidad, aumentar la colaboración de los padres en el motivo de consulta, todo lo cual generaba un ambiente sumamente propicio para el cambio y la mejora.

Del proceso de prácticas, puede observarse que, uno de los indicadores que más evidenciaba las fallas en la vinculación, eran los diversos problemas de comportamiento de los niños, por los que sus padres consultaban; estos niños difíciles denuncian, con su comportamiento, que los adultos responsables de sus cuidados y su educación, no fueron capaces de brindarles, desde que nacieron, un entorno afectivo y respetuoso con respecto a sus derechos y necesidades.

Entonces, al comprobar que, aumentando y mejorando la participación por parte de los padres, se obtenían resultados positivos en relación al motivo de consulta, se reforzó el interés por la temática del vínculo madre-hijo, ya que se pudo evidenciar la responsabilidad de los padres en la problemática de sus hijos, cuando no se había generado un vínculo sano y positivo; y, por añadidura, se reforzó más aún la decisión e importancia de plantear señalada temática desde un enfoque preventivo, ya que, si las figuras materna y paterna presentaban harta responsabilidad, más clave se torna entonces, obrar en pos de fomentar, desde la concepción misma, un vínculo positivo para, como se indicó, prevenir futuras dificultades en los niños y promover su salud mental.

En el sector de pediatría del Hospital Provincial J.B. Iturraspe, en todos los casos que se tuvo la oportunidad de entrevistar, una de las principales variables de observación clínica e interrogación, consistió en el vínculo y lazos afectivos existentes entre el niño y su cuidador, valorado como recurso fundamental para la recuperación pronta del pequeño internado.

A continuación, se relatarán dos casos particulares donde, la tarea de los practicantes, estuvo enteramente abocada a evaluar e intervenir sobre el vínculo madre-hijo:

Durante el pase de sala –se realiza a diario y todos los profesionales se reúnen a conversar e informar sobre la evolución de los pacientes internados, la medicación que toman, los signos y síntomas que presentan, la aparición o no de complicaciones y la conveniencia de dar el alta o la continuación o cambios en las intervenciones-, se le solicitó al equipo de practicantes que evaluara un posible caso de trastorno de apego en donde, una beba de dos meses -internada por problemas respiratorios en primera instancia-, no estaba alimentándose adecuadamente del pecho materno, lo que sumaba, al cuadro por el que se sugirió la internación, una inminente desnutrición. Además, la madre tampoco lograba suministrarle a la pequeña, una jeringa con vitaminas para evitar mencionada desnutrición. Es pertinente aclarar que, frente a la anterior descripción, los practicantes no sospecharon, como diagnóstico presuntivo, en un trastorno de apego, básicamente por la edad de la beba –ya que, para hablar de apego, se requieren, al menos, seis meses de edad y un reconocimiento de la madre-. No obstante, llevaron a cabo una serie de entrevistas en donde evaluaron -mediante preguntas y observación clínica- e intervinieron sobre el vínculo madre-hija, con el principal objetivo de que la beba pueda empezar a tomar del pecho materno y, como consecuencia, se recupere de su desnutrición –puede apreciarse que no se encontraban cubiertas ni siquiera sus necesidades básicas, esta figura materna no tenía recursos mínimos para obrar en pos de la supervivencia de su hija-. De alcanzar mencionado objetivo se desprende que, como resultado, el mismo repercutiría, favorablemente, en iniciar el camino de la generación de un apego sano y adecuado.

Como resultado de la primera entrevista psicológica con la madre, se observó que existía una marcada dificultad en el vínculo, en donde la mamá no registraba las necesidades afectivas de la niña, mostrando falta de empatía, de caricias, de miradas y de gestos de afecto hacia su hija. Luego de ello, junto al equipo médico, se estableció que las intervenciones estarían orientadas en hacer consciente, a la madre, acerca de la importancia de lo afectivo en la recuperación de su hija. Los

médicos, por su parte, trabajarían en la educación para la lactancia. Es así como, el equipo de practicantes, se abocó al fortalecimiento de la díada madre-hija, desde el orden psicológico.

Para conseguir mencionado fortalecimiento de la díada, se intervino mediante preguntas focalizadas a movilizar el área cognitiva de esta madre, mediante sugerencias y prescripciones de acciones, direccionada a generar cambios en el área comportamental. De este modo, se trabajó desde el momento de la concepción y gestación de la niña –si fue buscada y deseada, cómo se enteró de su embarazo, qué sintió y pensó en ese momento, qué hizo-, hasta su situación actual de internación –observando la manera de la madre de preparar a la pequeña para mamar-. En relación al momento de la concepción, no se apreciaba la existencia de un registro ni de un deseo de la beba por parte de la figura materna, por lo cual se maniobró en pos de movilizar la reflexión acerca de ese momento, con preguntas concretas respecto de sus pensamientos y deseos en relación a su hijo –preguntas que esta madre no se había realizado-. Además se indagó, con intenciones de intervención, acerca del lugar que, en la actualidad, deseaba darle a su hija y de los deseos que tenía para ella, lo cual tampoco había sido pensado ni registrado por parte de esta mamá. Concretamente en relación a su dificultad para alimentarla del pecho se observó que, en momento de alzar a la bebé en brazos, no existían miradas, vocalizaciones, sostén adecuado y cómodo, postura cómoda, caricias, tacto, todo lo que cual generaba que la niña no deje de llorar y, como consecuencia, no logre mamar del pecho materno. Frente a esta situación, se intervino mediante sugerencias de acciones a la madre, como ser que adopte una postura adecuada para sostener a la beba, que la mire, le hable, la acaricie y, una vez calmada, le ofrezca el pecho.

Siguiendo en esta línea de intervenciones, luego de cuatro entrevistas psicológicas con la madre, se empezó a observar una mejoría en el vínculo con su hija; la alzaba, acariciaba, le hablaba y podía decodificar sus gestos de malestar. El equipo médico registró una mejora en la alimentación de la beba desde el pecho materno, lo que generó la recuperación de su desnutrición y derivó en su alta, a los pocos días. Puede apreciarse que, esta manera de proceder, no sólo posibilitó que la niña comience a alimentarse del pecho de su madre, sino también que comience a gestarse un vínculo de apego entre ellas.

El siguiente caso clínico, también esquemático de la temática desarrollada en el presente trabajo, ejemplifica una madre que, por tener a su hijo internado por un problema de salud, en dicho contexto de internación y como consecuencia de su propia ansiedad sobre el pronóstico de este último, se le dificulta brindarle cuidado, afecto y cariño. El niño, de dos meses de edad, fue internado por cuadro de tos, ahogos, catarro, fiebre alta. Mientras transcurría su internación, el niño no mostraba mejoras, sino que empeoraba día tras día. Frente a esta situación, la madre se encontraba triste, ansiosa, preocupada y hasta enojada con los médicos, que no lograba acercarse a su hijo para satisfacer sus necesidades afectivas. De este modo, los practicantes intervinieron, principalmente, con el objetivo de que la figura materna pueda, a pesar de su preocupación, enojo y ansiedad, acariciarlo y sostenerlo, con su mirada, en la cuna en la que se encontraba con oxígeno, además de vocalizarle y mirarlo. Con este fin, se buscó que esta madre se tranquilice –poniendo en palabras su enojo, su preocupación y su desilusión con los médicos y con la atención que estaba recibiendo- y, una vez alcanzada cierta tranquilidad, se comenzó a indagar acerca de los métodos que ella utilizaba para dormir a su hijo en su casa –en este contexto no podía darle el pecho, ni mucho menos alzarlo en brazos-. Uno de los métodos que ambos disfrutaban y que le daba resultado era cantarle, así que se la incentivó y se le sugirió que le cante al pequeño, para que su hijo la sienta cerca –remarcando la importancia que tiene para él, en su plano afectivo, sentir la compañía y cercanía de su madre, a pesar que no podía levantarlo en brazos-. Además, se le prescribió que intente acariciarlo en diferentes partes de su cuerpo –lo cual se le dificultaba por la tristeza de ver a su bebé en ese estado-, también con el objetivo de no interrumpir ese necesario contacto que el niño necesita con su figura materna.

La madre pudo poner en práctica las intervenciones efectuadas por el equipo de prácticas y, concientizándose acerca de la importancia de no interrumpir el contacto con su hijo y la satisfacción de sus necesidades afectivas a pesar de sus preocupaciones y ansiedades, le volvió a brindar sostén desde las caricias, vocalizaciones y miradas.

Debido a que se considera -como pudo apreciarse a raíz del proceso de P.P.S.-, de fundamental importancia, para la constitución psíquica del niño, presentar una vinculación sana con su madre, es que el presente Trabajo de Integración Final es elaborado desde una óptica preventiva, valorizando la importancia de fomentar dicho vínculo desde la concepción, como una manera de prevenir futuras dificultades, así como de promocionar la salud y la calidad de vida del niño. No obstante, resulta necesario aclarar que, en el marco de las Prácticas Profesionales Supervisadas no se efectuó una labor a nivel comunitario, poblacional. Pero resulta sumamente significativo, al reflexionar acerca del rol del psicólogo, tener presente esta particular manera de trabajo en y con la comunidad, co-

pensando, co-creando e implementando diversos proyectos, que apunten a la promoción de la salud mental infantil y la prevención de enfermedades en los niños, mediante la concientización a la población en general, acerca del valor de generar un vínculo positivo madre-hijo y de desarrollar competencias parentales apropiadas. Por otra parte, también puede pensarse una labor a nivel comunitario en aquellos casos donde, por diversos motivos, el vínculo no fue eficazmente constituido, actuando, más que en calidad de promoción, en categoría de prevención, con el fin de restaurar señalado vínculo, para evitar secuelas permanentes en la salud mental infantil.

#### **1.4. Sistematización**

Se considera al Trabajo de Integración Final como una actividad de cierre e integración de conocimientos, habilidades y actitudes propias del Licenciado en Psicología. El alumno debe demostrar, a través de su T.I.F, que comprende el análisis teórico temático y que tiene habilidades metodológicas para su abordaje.

Para alcanzar los fines antes propuestos, se decide elaborar el presente trabajo realizando una producción teórica, la cual incorpora un análisis y una sistematización de una temática de interés surgida de la Práctica Profesional Supervisada en el área Clínica, previamente realizada. Es por ello que se efectúa una articulación teórico-práctica, que redundará en una mayor comprensión del quehacer profesional.

Debido a que el T.I.F se fundamenta en la sistematización de una temática, se torna imprescindible describir qué se entiende por el término sistematización. Siguiendo a Heredia (1999), dicha palabra se define como un procedimiento que describe, ordena y reconstruye, con el propósito de análisis, de lectura interaccional e interpretación crítica, los insumos, procesos y resultados de una experiencia práctica en forma articulada a las conceptualizaciones necesarias, que la relacionen a teorías reconocidas en el campo de la psicología. Por otra parte, Jara (1994), la entiende como una interpretación crítica de una o varias experiencias que, a partir de su ordenamiento y reconstrucción, descubre o explicita la lógica del proceso, los factores que han intervenido en él, cómo se han relacionado entre sí y por qué lo han hecho de ese modo. De esta forma, se la concibe como un proceso que posibilita la reconstrucción y comprensión integral de la experiencia, mediante su recuperación y análisis. Esto convierte a la sistematización en una herramienta de aprendizaje, ya que la experiencia obtenida de la Práctica Profesional Supervisada, se transforma en conocimiento ordenado, fundamentado y transmisible a otros.

En analogía con la presente temática, la sistematización presenta características cualitativas, buscando comprender realidades particulares, mediante su descripción contextualizada y el análisis de sus dimensiones, en lugar de perseguir la cuantificación, explicación y generalización de resultados, propios de una visión cuantitativa. De esta manera, el enfoque cualitativo se orienta a descubrir el sentido y significado de las acciones sociales.

Como modo de alcanzar, en el presente trabajo, una sistematización cualitativa, se procede a analizar las diversas experiencias, en relación a la temática del vínculo positivo madre-hijo, que emanan de la Práctica Profesional área Clínica, efectuada en el Hospital Provincial Dr. Gumersindo Sayago y en el Hospital Provincial J.B Iturraspe. Dichas experiencias prácticas son articuladas con conceptos teóricos consultados de diversos autores y fuentes, lo cual genera un entendimiento integrado y complejo, produciendo, como resultado, conocimientos acabados en relación a la temática de interés, que es el vínculo positivo madre-hijo.



## CAPÍTULO 2. VÍNCULO DE APEGO MADRE-HIJO

### 2.1. Definición, características y función

Cuando el niño nace es un ser indefenso y por ende necesitado de la ayuda de los demás para poder sobrevivir; pero a su vez se encuentra bien dotado perceptivamente, contando con una gran capacidad para aprender y estando preprogramado para interesarse por los estímulos sociales, gracias a lo cual se vincula a algunas personas. El vínculo emocional más importante en la primera infancia que el pequeño establece con uno o varios individuos del sistema familiar, primariamente con la madre, es el *apego*. Este último se produce a través de un proceso relacional que, para el bebé, es primeramente sensorial durante la vida intrauterina –reconociendo la voz, el olor y el tacto de los progenitores-, pero que, apenas ocurrido el nacimiento, rápidamente se impregna según la reacción afectiva del adulto, sobretudo de la madre. El apego produce lazos invisibles que crean las vivencias de familiaridad, caracterizadas por sentimientos de pertenencia a un sistema familiar determinado. Dicho vínculo forma parte de un todo, pero pueden distinguirse en él tres componentes básicos que son, conductas de apego –de proximidad e interacción privilegiada con esas personas-, representación mental –donde el niño construye una idea de cómo son dichas personas y de lo que puede esperar de ellas- y sentimientos –de bienestar con su presencia o ansiedad por su ausencia- (Barudy & Dantagmán, 2005; Ortiz, Fuentes & López, 2004).

Siguiendo a Cyrulnik (2002), el autor propone que “un hombre no puede desarrollarse más que tejiéndose con otro” (p.36). Debido a que un lactante tiene necesidad de un vínculo afectivo para crecer con plenitud, sólo puede desarrollarse en el mundo sensorial que otro genera. En este sentido, no basta sólo con hacer que el niño nazca, también hay que traerlo al mundo; ya que, hacer que nazca, describe los procesos biológicos de la sexualidad, del embarazo y del parto; en cambio, traerlo al mundo, implica que los adultos disponen alrededor de él los circuitos sensoriales y de sentido que, impregnados en su memoria como modelos operatorios internos, le servirán como guías de desarrollo y le permitirán tejer su resiliencia y temperamento.

Remitiéndose al proceso de práctica, puede visualizarse la importancia que tuvieron, las diversas maniobras implementadas con el fin de hacer consciente a las madres acerca del valor de lo afectivo en la relación con sus hijos, con el fin de que no asuman su maternidad sólo como haber concebido y estar criando a un niño, sino también que puedan percibirlo y sentirlo como una persona con necesidades afectivas, que requiere fundamentalmente del vínculo, involucramiento y apoyo de sus padres, para llegar a sentir bienestar.

Según Bowlby (1998), en la literatura psicológica pueden encontrarse cuatro teorías fundamentales acerca de la naturaleza y origen de los lazos infantiles, del vínculo que une al niño con su madre, las cuales son:

- Teoría del impulso secundario: argumenta que el niño tiene una serie de necesidades fisiológicas que deben quedar satisfechas, por ejemplo la de recibir alimentos y calor, lo que lo lleva a interesarse y apegarse a una figura humana –la madre-, ya que la misma satisface dichas necesidades y, como consecuencia, el pequeño aprende que su madre es fuente de gratificación.
- Teoría de succión del objeto primario: explica que, en el bebé, existe la propensión innata a entrar en contacto con el pecho humano, succionarlo y poseerlo oralmente, hasta que, en determinado momento, aprende que ese pecho pertenece a la madre, lo que lo lleva a apegarse a ella.
- Teoría del aferramiento a un objeto primario: la cual objeta que, en el bebé, existe una propensión innata a entablar contacto con otros seres humanos y a aferrarse a ellos, existiendo una necesidad de un objeto independiente de la comida, necesidad tan primaria como la de recibir alimento y calor.
- Teoría del anhelo primario de regreso al vientre materno: expone que el bebé está resentido por haber sido desalojado del vientre materno y ansía regresar a él.

La teoría que Bowlby (1998) propone en relación a la temática difiere de las expuestas anteriormente, y se basa en la *teoría de la conducta instintiva*, es decir, considera al apego como una conducta instintiva. Siguiendo al autor, las conductas así denominadas son aquellas pautas de conducta que suelen repetirse, siendo activadas por ciertas condiciones y terminadas por otras, cumpliendo el papel de asegurar la supervivencia del individuo y de toda la especie. Las características de dichas conductas son que, se ajustan a determinadas pautas, parecidas y previsibles, en casi todos los miembros de una misma especie; no son una reacción a un estímulo único, sino una secuencia de conductas, con pautas previsibles; algunas de sus consecuencias habituales facilitan la supervivencia de un individuo o la continuidad de la especie; y mayormente dichas conductas tienen lugar, aun cuando son escasas o nulas las posibilidades de aprendizaje. La conducta instintiva es ambientalmente estable, lo que quiere decir que se mantiene estable mientras su ambiente sigue siendo el propio de la especie. En un ambiente así, dicha conducta reviste pautas previsibles en todos

los miembros de la especie, por lo que se la suele describir como característica de la especie. Además, no se hereda, lo que se hereda es cierto potencial para desarrollar determinados tipos de sistema –sistema de conducta-, cuya naturaleza y forma difieren según el ambiente concreto en el que tenga lugar el desarrollo. En el hombre, la conducta instintiva no responde a un mecanismo estereotipado, sino que es el acto idiosincrásico de un individuo concreto en un ambiente determinado. Pero estos actos siempre se ajustan a pautas identificables, a un plan común, produciendo resultados previsibles para el individuo y la especie. Lo que sí ocurre es que su estructuración básica, en el caso del hombre, deriva de determinados prototipos comunes a otras especies, pero que fueron ampliados y muy elaborados en direcciones concretas, no dejando de ser, por ello, conductas instintivas.

En relación a la definición brindada, el apego representa una conducta instintiva, en el sentido de que, el vínculo que une al niño con su madre es producto de la actividad de una serie de sistemas de conducta, cuya consecuencia previsible es aproximarse a la madre; la meta prefijada de dichos sistemas es, entonces, lograr y mantener la proximidad con la figura de apego. En el caso de la conducta de apego en el bebé, una sucesión de sistemas de conducta cada vez más complejo, va dando lugar a su desarrollo. Mientras que, durante los primeros meses de vida, tal conducta sólo incluye movimientos reflejos y de búsqueda, durante el segundo y el tercer año, se organiza en función de metas propuestas y planes. Estos últimos se continúan organizando de modo cada vez más complejo, hasta que llegan a incluir subplanes (Bowlby, 1998).

Al nacer, el bebé no es una tabla rasa, sino que está equipado con una serie de diversos sistemas de conducta, preparados para entrar en actividad y, orientados de tal manera, que se activan por medio de ciertos estímulos, enmarcados dentro de una o más categorías amplias. Entre estos sistemas, están ya determinados aquellos que sientan las bases para el posterior desarrollo de la conducta de apego, por ejemplo, los sistemas primitivos que intervienen en el llanto o en la succión, a los cuales se agregan, pocas semanas después, la sonrisa y el balbuceo, y luego de algunos meses, el gatear y el caminar. Cada una de estas pautas de conducta, al ponerse de manifiesto por primera vez, presentan una estructuración muy sencilla. A partir de estas bases rudimentarias, surgen todos los sistemas sumamente discriminados y complejos que, durante los últimos años de la infancia y durante toda la existencia posterior, intervienen en el apego, dirigido hacia ciertas figuras en particular. El resultado de esto es que hay, en el niño, varias pautas de conducta, según su edad, que se relacionan con el apego, cuya meta, como se mencionó, es aumentar la proximidad con la madre, entre ellas, determinados gestos como levantar los brazos, llorar y llamar, balbucear y sonreír, aferrarse, succionar sin fines alimenticios y la locomoción, como medio para acercarse, para seguir y buscar (Bowlby, 1998).

En relación a lo anterior puede decirse que, la conducta de apego se encuentra controlada por un *sistema de control conductual*, concebido como una organización que existe dentro del niño, el cual explica cómo este último mantiene su relación con la figura de apego dentro de ciertos límites de distancia o accesibilidad. Para que dicho sistema de control funcione de modo efectivo, tiene que estar equipado con sensores que lo mantengan informado de los acontecimientos relevantes y debe controlar y evaluar tales acontecimientos continuamente. En el caso de un sistema de control del apego, los acontecimientos controlados y evaluados son aquellos que indican la presencia de un conflicto y un peligro potencial, internos o externos, y los que se refieren al paradero y accesibilidad de la figura de apego. Cuando el niño vivencia, por ejemplo, sentirse mal, inseguro, ansioso o atemorizado, recurre a una acción para aumentar la proximidad. Dicha acción se decide y se continúa hasta que los sensores del sistema indican que la situación cambió adecuadamente, lo que es vivido por el pequeño como un sentimiento de seguridad y comodidad. Es decir, la conducta de apego tiene lugar cuando se activan determinados sistemas de conducta, los cuales se desarrollan en el bebé como resultado de su interacción con el ambiente de adaptación evolutiva, en especial con la principal figura de dicho ambiente, la madre (Bowlby, 1998).

Los sistemas de conducta que intervienen en el apego varían en cuanto a la intensidad de la activación, cambiando desde un nivel bajo a uno elevado. Cuando son intensamente activos, sólo el contacto físico con la madre sirve para interrumpirlos; y cuando la intensidad es menor, la interrupción se produce con ver a la madre u oírla, o con la proximidad a una figura de apego subsidiaria. Siguiendo esta línea, la intensidad y coherencia con se manifiesta la conducta de apego, varía tanto de un día a otro, como de unas horas a otras. Las variables que explican dichos cambios, a corto plazo, pueden ser orgánicas –hambre, fatiga, enfermedad, tristeza, dolor y frío-; ambientales –hechos alarmantes y rechazo de otros adultos o de los niños-, y localización y conducta de la madre –madre que evita la proximidad y ausencia o marcha de ella-. Dichas condiciones provocan la activación de la conducta de apego, llevando al niño al llanto y a conductas de seguimiento (Bowlby, 1998).

Concibiendo al apego como una conducta instintiva, en la experiencia práctica quedaron claramente evidenciadas, en los casos de vínculo positivo, mencionadas pautas de conductas y sistemas de control conductual, cuyo fin era mantener la cercanía con la figura de apego, en presencia de los practicantes como personas desconocidas, del espacio del consultorio como lugar extraño y en los casos de internación donde el niño se encontraba enfermo presentando, sus conductas de apego, más activadas. Resultó sumamente valioso y enriquecedor poder observar, en cada caso clínico abordado, el vínculo de apego seguro, según el modo de actuar el pequeño en relación a su madre. Así como también, comprobar la antítesis del apego seguro en otros casos atendidos, donde los infantes no percibían a sus figuras maternas como fuente de seguridad y no recurrían a ellas en busca de consuelo o para calmar su ansiedad, frente a la situación extraña de terapia o en situaciones alarmantes donde, debido a su enfermedad, se encontraban internados.

De lo expuesto en relación a la teoría acerca del apego como conducta instintiva, se puede deducir que, al contrario de las cuatro teorías mencionadas, la conducta de apego puede desarrollarse y dirigirse hacia un objeto que no suministra ninguna recompensa como ser alimenticia, de calor, etc. Sino que lo que ocurre es que, el bebé, goza con la compañía de otras personas, siendo reconfortado por medio de la interacción social; y sus reacciones, como la sonrisa y el balbuceo, son más intensas cuando el adulto responde con una conducta social, como prestarle atención. Entonces, por más que resulten de ayuda, para Bowlby (1998), no se requieren alimentos ni otros cuidados corporales para desarrollar el apego, debido a que el bebé se encuentra predispuesto a reaccionar y responder a estímulos sociales, emprendiendo rápidamente una interacción social. En este sentido, “[...] la conducta de apego puede desarrollarse y dirigirse hacia una figura que nada ha hecho por satisfacer las necesidades fisiológicas del sujeto” (Bowlby, 1998. p. 295). “Cuanto mayor sea la experiencia de interacción social de un bebé con determinada persona, mayor será su apego hacia ella” (Bowlby, 1998, p. 302).

Siguiendo a Bowlby, de acuerdo a sus fundamentos, durante el proceso de práctica, se apuntó a aumentar o generar interacciones, conductas y respuestas sociales de la madre en el vínculo con su hijo. Las intervenciones puntuadas -por ejemplo, que la figura materna participe en mayores actividades sociales con el niño, le preste atención y brinde respuestas positivas a sus manifestaciones sociales, refuerce sus interacciones positivamente, hable con él, lo escuche, se involucre más en sus asuntos y problemáticas-, buscaban fomentar la importancia de la interacción social, para desarrollar o mantener el apego hacia figuras determinadas.

La conducta de apego muestra una función adaptativa para el niño, para los padres, para el sistema familiar y para la especie. Desde el punto de vista objetivo, su sentido último es favorecer la supervivencia, manteniendo próximos y en contacto a las crías y sus progenitores, que son los que protegen, ofrecen cuidados y ponen al bebé a salvo; es decir, el apego brinda al niño la oportunidad de aprender de la madre distintas actividades necesarias y útiles para su supervivencia. Desde un punto de vista subjetivo, su función es proporcionar al pequeño seguridad emocional, ya que este último se siente seguro con sus figuras de apego, aceptado incondicionalmente, protegido y con los recursos emocionales y sociales necesarios para su bienestar. La ausencia o pérdida de dichas figuras, es percibida como amenazante, como situación de desamparo, de desprotección y riesgo. Para cumplir con las funciones básicas, anteriormente mencionadas de supervivencia y seguridad emocional, el vínculo de apego tiene cuatro manifestaciones fundamentales: buscar y mantener la proximidad, resistirse a la separación y protestar si ésta se consuma, utilizar la figura de apego como base de seguridad desde la cual se explora el mundo físico y social y sentirse seguro buscando en la figura de apego el bienestar y apoyo emocional (Bowlby, 1998; Ortiz et al., 2004). Por presentar tan importante función adaptativa y las demás consecuencias que de ella se desprenden, es la insistencia en tener, como trabajadores de la salud, un enfoque preventivo y de promoción –enfoque otorgado al presente trabajo-, donde se concientice y se trabaje con en fin de generar un vínculo de apego seguro desde la concepción, para que cada niño experimente bienestar y seguridad desde el principio de su vida. A pesar de que no se haya efectuado un abordaje preventivo y de promoción desde la concepción misma, la mayor parte de los casos clínicos abordados durante las Prácticas Profesionales Supervisadas, pueden focalizarse desde la perspectiva preventiva –primaria, secundaria o terciaria-. Como objetivo central, la tarea principal de aumentar la participación de los padres en el motivo de consulta mejorando, así, el vínculo con sus hijos, prevenía futuras dificultades en estos últimos y evitaba secuelas permanentes en su salud.

Son dos las variables de mayor importancia relacionadas con la interacción social madre-hijo: la prontitud con que la madre reacciona ante el llanto del hijo y hasta qué punto es ella la que inicia la interacción social con él. Cuanto más rápidamente reacciona la madre al llanto y cuanto más intensa es la interacción que inicia, mayor la intensidad con la que el niño tiende a apegarse a ella. Por otra

parte, no hay que perder de vista, el grado en que el mismo niño inicia la interacción y determina la forma que ésta adoptará. Es decir, las pautas de interacción que gradualmente se van desarrollando entre el pequeño y su madre, son resultado de las contribuciones de uno y otro, y del modo en que cada uno influye sobre la conducta del otro, desempeñando el niño, como puede verse, un papel sumamente activo. En un principio, debido a que el bebé carece de fuerza necesaria para mantenerse aferrado a la madre o le resulta imposible su movilidad, la proximidad es posible gracias a la conducta de la propia madre, quien mantiene al hijo pegado a ella, responsabilizándose por él, no dejándolo solo, ni alejándose demasiado de su lado. Luego, cuando el niño adquiere mayor movilidad -después de los seis meses-, es él el que muestra una fuerte tendencia a mantenerse próximo a la figura materna, adquiriendo cada vez mayor competencia para lograrlo coherentemente, a medida que va conquistando mayores destrezas (Bowlby, 1998). Los casos clínicos atendidos en el Hospital Provincial J.B. Iturraspe, debido a que los pequeños se encontraban en situación de internación y como consecuencia de ello imposibilitados de fuerza y movilidad para acercarse hasta sus madres, es que se trabajó concientizando a las figuras maternas sobre la importancia de no interrumpir el contacto afectivo y físico con sus hijos y de que sean ellas mismas -durante el transcurso de esta situación de enfermedad-, sumamente activas para iniciar la necesaria cercanía y proximidad.

De acuerdo a lo teóricamente expuesto con anterioridad, existen cinco pautas de conducta que contribuyen a forjar el apego y a aumentar la proximidad con la madre, mencionándose las que siguen: succión sin fines alimenticios, aferramiento, llanto, seguimiento y sonrisas, las que, entre los nueve y los dieciocho meses aproximadamente, suelen quedar incorporadas en sistemas más complejos con metas corregidas. Las pautas de conducta más concretas, según Bowlby (1998), pueden clasificarse en dos categorías:

- Conducta de señales, cuyo efecto es llevar a la madre hacia el hijo. Entre estas se encuentran el llanto, la sonrisa, el balbuceo y, posteriormente, la llamada y determinados gestos.
- Conducta de acercamiento, cuyo efecto es llevar al niño hacia la madre. Aquí se hallan el acercamiento mismo -que encierra búsqueda y seguimiento, con la utilización de cualquier medio de locomoción disponible, arrastrarse, gatear, caminar, correr-; la conducta de aferramiento -principalmente cuando el niño se siente alarmado-; y la succión sin fines alimenticios o el agarrarse al pezón -lo que le permite mantenerse en muy estrecho contacto con la madre-.

Por otra parte, si se observa la conducta de una madre y su hijo de uno o dos años, podrá advertirse que cada uno pone de manifiesto pautas conductuales muy diferentes, algunas de las cuales contribuyen a aumentar o mantener la proximidad, y otras que son incompatibles u opuestas a la búsqueda o mantenimiento de dicho acercamiento. Es decir, la proximidad es sólo uno de los muchos resultados que puede tener la conducta de los miembros de la pareja, siempre manteniendo un equilibrio dinámico, en el sentido de que, si la distancia entre ambos excede un máximo determinado, los dos o uno de ellos, actúa rápidamente para reducir dicha distancia. Entonces, la relación espacial existente entre madre-hijo, es el resultado de conductas enmarcadas en uno de los cuatro tipos siguientes -las cuales varían de intensidad de un momento a otro, según las circunstancias, influyendo la presencia o ausencia de terceros sobre cada una de ellas-:

- Conducta de apego del niño, la que facilita la interacción madre-hijo y el mantenimiento de la proximidad.
- Conducta del niño antitética del apego, como la conducta exploratoria y el juego.
- Conducta de atención de la madre, es decir, los cuidados maternos brindados al niño, que se relacionan con reducir la distancia con el bebé y mantenerlo en estrecho contacto físico.
- Conducta materna antitética de los cuidados parentales, las cuales son conductas incompatibles con la proximidad, como la limpieza del hogar, exigencias de otros miembros de la familia; actividades que son interrumpidas, en la medida de lo posible, ante el menor signo de alarma por parte del niño. Otras pueden ser, por ejemplo, la molestia que causan los gritos del pequeño, lo cual puede provocar alejamiento ocasional por parte de la madre, alejamiento no con frecuencia ni muy prolongado (Bowlby, 1998).

La espiral de la interacción funciona desde los primeros días, donde el niño va a buscar en su madre las informaciones sensoriales -olor, brillo de los ojos, bajas frecuencias de la voz-, que necesita para establecer un sentimiento de familiaridad; y tan pronto como se siente seguro, comienza a explorar el entorno. Sin embargo, su forma de explorar depende de la forma en que su madre haya respondido a su búsqueda de familiaridad (Cyrułnik, 2002). En el proceso de práctica, pudieron observarse niños sumamente tímidos, sumisos, inhibidos para interactuar, jugar y explorar, o niños que avasallaban a los practicantes en busca de afecto y cariño, lo cual puede entenderse, siguiendo la teoría expuesta, como repercusiones negativas de la falta de confianza, seguridad y familiaridad que sus madres no pudieron construir en el vínculo con ellos.

En relación con los sentimientos, la conducta de apego es la que se encuentra acompañada de los sentimientos más fuertes, ya que la figura hacia las que se dirige dicha conducta despierta amor en el niño, éste la saluda ante su llegada lleno de alegría, la amenaza de perderla le causa angustia y la pérdida real le genera mucho dolor y rabia. Cuando la interacción entre la pareja sigue los cauces normales, ambos manifiestan intenso placer por estar en compañía y ante las mutuas expresiones de afecto. Cuando la interacción genera algún conflicto, ambos experimentan una sensación de ansiedad y tristeza, en especial ante el rechazo del otro (Bowlby, 1998).

Vale aclarar que, para Bowlby (1998), estar apegado a la figura materna, es muy diferente de depender de ella. Durante las primeras semanas de vida, el bebé depende de los cuidados de la madre y de ella como fuente de gratificación fisiológica, pero no está todavía apegado a ella.

[...] mientras la dependencia es absoluta en el momento del nacimiento y disminuye más o menos gradualmente hasta la madurez, el apego todavía no se ha forjado al nacer y sólo se pone en evidencia de un modo muy claro después de los seis meses.

(Bowlby, 1998, p. 309).

## 2.2. Desarrollo de la conducta de apego

En relación al desarrollo del apego, siguiendo a Ortiz et al. (2004), es importante tener presente cuatro sistemas relacionales, dos –sistema exploratorio y afiliativo-, que se encuentran presentes desde el nacimiento, y otros dos –sistemas de apego y de miedo o cautela ante los extraños-, que aparecen a partir de los seis meses aproximadamente. Una vez establecidos los cuatro sistemas, el vínculo de apego es el que regula la exploración y las relaciones de afiliación o miedo del niño, con las personas.

A continuación, se hará mención a los sistemas de apego referenciados:

- Sistema exploratorio: tendencia a interesarse por el mundo físico y social y por conocerlo. El bebé explora el mundo sin miedo o temor, tocando, chupando y examinando todo lo que se encuentra a su alcance, permaneciendo en estado de alerta frente a aquello lo que pueda oír, ver, oler, etc.
- Sistema afiliativo: tendencia a interesarse por la personas y a establecer relaciones amigables con ellas. Al igual que el anterior, este sistema se encuentra presente desde el nacimiento empero, en sus primeros meses, el niño no manifiesta preferencia por unas personas u otras y tampoco le producen temor las personas desconocidas.
- Vínculo de apego: con una o varias personas con las que el bebé procura mantener la proximidad y una interacción privilegiada. Dicho sistema aparece hacia la mitad del primer año de vida y, una vez establecido, determinará el tipo de relación que el niño tendrá con las personas y, hasta cierto punto, con las cosas y las situaciones.
- Miedo ante los desconocidos: tendencia a relacionarse con cautela o a rechazar a las personas desconocidas. El que el niño acabe o no dando una respuesta de miedo depende, fundamentalmente, de la evaluación que haga en función de factores como, el grado de control que tiene de la relación con el desconocido, la intrusividad de este último, la presencia o ausencia de la figura de apego, etc. Este sistema le posibilita identificar peligros potenciales para así pedir ayuda (Ortiz et al., 2004).

Cuando el niño nace, manifiesta preferencia por los miembros de la propia especie, pero sin establecer diferencias entre quienes interactúan con él. Opta por los estímulos sociales, como el rostro humano, la voz humana, la temperatura humana, estableciendo asociaciones entre ellos, pero sin lograr aún un reconocimiento global de la persona, por ejemplo de su madre, sólo reconoce algún elemento del estímulo como ser, por ejemplo, la postura que adopta para mamar. Durante este período, hasta alrededor del tercer mes de vida, la actividad del niño se encuentra regulada fundamentalmente por ritmos biológicos, a los que los mayores se adaptan. Poco a poco, va apareciendo una marcada preferencia por los adultos que lo cuidan normalmente, pero sin rechazar a los desconocidos, por más que ya pueda discriminar entre unas personas y otras, y no sólo algunos rasgos aislados de ellas. Esta habilidad perceptiva se adquiere entre los tres y los cinco meses, donde la interacción se va haciendo más flexible, menos dependiente de ritmos biológicos y respuestas reflejas, y más extensa y adaptada a los ofrecimientos y respuestas del adulto. Luego de las anteriores adquisiciones, el siguiente paso en el niño, es la formación de sistemas relacionales de apego y miedo a extraños, ya que, en la segunda mitad del primer año de vida, manifiesta una clara preferencia por las figuras de apego, a la vez que rechaza a los desconocidos. Las figuras de apego también son evocadas, además de reconocidas, gracias a las capacidades de representación, de permanencia de la persona y memoria; la separación provoca reacciones de protesta y ansiedad, y el reencuentro alegría y sosiego. Por último, y a partir del primer año de vida, una vez establecido el

vínculo de apego en la fase anterior, el niño va conquistando cierto grado de independencia respecto de las figuras de apego, gracias a sus nuevas capacidades de locomoción, verbales e intelectuales. Este proceso es conflictivo, ya que exige readaptaciones continuas con ganancias y pérdidas de ciertos privilegios, por lo cual va acompañado de deseos ambivalentes de avanzar y retroceder. No obstante, las nuevas capacidades mentales y la experiencia de retorno de las figuras de apego, permiten al niño aceptar mejor las separaciones breves, el contacto físico no necesita ser tan continuo y estrecho y la conducta exploratoria no requiere tanto de la presencia física de las figuras de apego. Pero en los momentos de aflicción, como ser una enfermedad, o de separaciones que se pueden percibir como amenazantes, como una hospitalización o el ingreso a la escuela, se activan marcadamente las conductas de apego, reaccionando de forma similar a como se hacía en los primeros años de vida. Esto es así ya que, las separaciones breves, no son fácilmente entendidas por el pequeño a esta edad, porque aún requiere de la presencia, disponibilidad y accesibilidad de las figuras de apego, y tiene muchas dificultades para entender el sentido de las separaciones, que quien se fue, volverá en un tiempo determinado. Por ello, mantener la disponibilidad y accesibilidad de las figuras de apego en las separaciones, demostrándole que si está afligido se acudirá pronto, es sumamente importante durante este período (Ortiz et al., 2004).

Teniendo en cuenta los cuatro sistemas relacionales, durante el proceso de práctica pudo observarse que, las reacciones y conductas de los niños frente a los practicantes como personas poco conocidas, de la sala de terapia o de internación como lugar extraño y frente a sus madres como figuras de apego, eran diversas según la edad cronológica que se encontraban atravesando, lo que evidenciaba las diversas fases en el desarrollo del apego. Ello también permitió discriminar si los comportamientos y acciones, tanto de los niños como de las madres, -teniendo en cuenta la edad y las adquisiciones- eran los esperables y, en base a ello, decidir la intervención en cuestión.

La teorización de Bowlby (1998), coincide con los autores precedentemente expuestos. Siguiendo sus palabras, la conducta de apego se desarrolla en el bebé durante el primer año de vida. Es improbable que la fase sensible –fase durante la cual se desarrolla con más rapidez la conducta de apego- se inicie antes de las seis semanas de vida, ya que a esa edad, el pequeño todavía no está maduro, desde su capacidad perceptual y desde la organización de su conducta, para desarrollar el apego hacia una figura discriminada e iniciar una interacción social. Después de las seis semanas, es cada vez más capaz de discriminar lo que ve, oye y siente, y su conducta se vuelve más organizada. Teniendo en cuenta el rápido crecimiento de su repertorio neurológico, su madurez para desarrollar el apego aumenta durante el segundo y el tercer mes, para que, ya a los seis meses, resulten evidentes los elementos de dicha conducta. Es así como, el período durante el cual el infante se muestra particularmente sensible y dispuesto a formar un apego discriminado, se extiende durante el segundo trimestre del primer año de vida, ya que, una vez superados los seis meses, las condiciones para desarrollar dicha conducta se vuelven cada vez más complicadas, aumentando progresivamente las dificultades para dicho desarrollo, a pesar de que la capacidad se mantenga hasta finales del primer año. Además, la oportunidad para desarrollar la conducta antes mencionada también se complica una vez superado el período sensible debido a que, alrededor de los ocho meses, el pequeño suele tener reacciones de temor ante la aparición de figuras extrañas, las que se van haciendo cada vez más poderosas y corrientes, llevando al niño a retirarse en lugar de acercarse, lo que genera que, desde finales del primer año, se vuelva cada vez más difícil el desarrollo de un vínculo de apego con una figura nueva.

A partir de lo anteriormente expresado se argumenta que, en un ambiente familiar, el bebé de alrededor de tres meses, ya reacciona de manera diferenciada a la madre, al verla sonrír y vocaliza, siguiéndola con la mirada, por un tiempo mayor que al resto de las personas. No obstante, a pesar de que manifiesta cierta discriminación perceptual, no se puede aún hablar de conducta de apego, debido a que, a pesar de que reconoce a su madre, no tiende a portarse de tal manera buscando mantener la proximidad con ella. Es a los seis meses cuando la conducta de apego se pone de manifiesto con toda claridad, tal como lo demuestra el llanto de niño cuando la madre se aparta de su vista y el modo en que la saluda cuando regresa, con sonrisas, brazos en alto y dando gritos de placer. Desde esta edad y a medida que transcurren los meses, la conducta de apego se va observando cada vez con mayor regularidad, intensidad y exclusividad. Hacia los nueve meses, puede seguir más fácilmente a la madre, para después aferrarse cada vez más a ella, principalmente cuando se siente alarmado (Bowlby, 1998).

Poco después de empezar a gatear, el bebé no permanece siempre junto a su madre, sino que realiza breves incursiones, explorando objetos y personas, alejándose de ellas y, a veces, de su campo visual, volviendo de vez en cuando a su lado, para asegurarse que sigue estando cerca. Pero sus confiadas exploraciones terminan repentinamente si el niño siente miedo o se hace daño, o la

madre se aleja de su lado, lo que lleva a que vuelva con ella lo más rápido posible llorando o mostrando signos de angustia. En presencia de la madre, el niño se siente más confiado y más dispuesto a la exploración y, en su ausencia, crece la timidez y, con frecuencia, la angustia (Bowlby, 1998).

Durante el segundo y tercer año de vida, las manifestaciones de la conducta de apego no son menos intensas ni frecuentes que hacia fines del primer año, solo que, al ensancharse el campo perceptual del niño y al aumentar su capacidad para comprender los hechos del mundo que lo rodea, se producen cambios en las circunstancias que dan lugar a dicha conducta y uno de esos cambios es que el niño toma cada vez mayor conciencia de que lo amenazan marchas inminentes. Primeramente, durante el primer año, protesta cuando se lo deja en la cuna o cuando su madre desaparece de su campo visual. Pasado un tiempo, el pequeño se encuentra atrapado realizando otra actividad cuando su madre se separa de él, entonces, ni bien advierte su ausencia, empieza a protestar. De ahí en adelante, está siempre en estado de profundo alerta en cuanto a saber dónde está la madre, observándola o prestando atención al sonido de sus movimientos. Para los dos años, ya prevé su marcha imperiosa por ciertos signos de conducta, y empieza a protestar antes de que esto ocurra. Esta situación continúa así, llevando a que la conducta de apego se ponga de manifiesto, con regularidad y gran fuerza, hasta casi el final del tercer año (Bowlby, 1998).

Con lo expuesto se evidencia que, una vez cumplidos los tres años, el niño atravesó un cierto umbral de madurez, ya que, es mucho más capaz de aceptar la ausencia temporal de la madre y ponerse a jugar con otros niños. Otro cambio que ocurre a esta edad es que el pequeño adquiere mayor grado de confianza hacia figuras subsidiarias de apego –parientes, maestros-, en ambientes extraños, aunque aún la sensación de seguridad sigue siendo condicionada -a que el niño conozca las personas con que se encuentra, goce de buena salud, no esté alarmado y sepa dónde se encuentra su madre y que el contacto se restablecerá en un plazo breve-. Por otra parte, aunque el niño, después de los tres años, manifieste su apego con menos urgencia y frecuencia que antes, esa conducta sigue siendo aún muy importante. Por último, aunque atenuada, dicha conducta persiste durante los primeros años escolares y durante la latencia, siendo todavía una parte muy importante de la vida del niño (Bowlby, 1998).

De la experiencia de las Prácticas Profesionales Supervisadas, resultó sumamente necesario tener presente las pautas evolutivas esperables acerca del desarrollo de la conducta de apego, para poder efectuar diagnósticos presuntivos y diferenciales, discriminar indicadores y elementos en la observación clínica, así como durante la riqueza de las entrevistas efectuadas; todo lo que permitió tomar decisiones acerca de las intervenciones más apropiadas según el caso clínico.

En resumen, en el bebé, la ontogénesis de estos sistemas de conducta es lenta y compleja, pero, una vez iniciado el segundo año -edad en la que el niño adquiere mayor movilidad-, siempre se advierte una conducta típica que refleja los vínculos de apego creados. Para entonces, en el pequeño, pueden activarse fácilmente todo el conjunto de tales sistemas de conducta, en particular ante la marcha de la madre o frente a algún hecho que le produzca temor. A su vez, existen estímulos, como el sonido, la vista o el contacto físico con su madre, que interrumpen el funcionamiento del sistema. Hasta los tres años aproximadamente, los sistemas se siguen accionando con suma rapidez y, de ahí en adelante, su activación se vuelve más difícil, debido a que el infante experimenta cambios que hacen menos imprescindible la proximidad respecto de la figura de apego (Bowlby, 1998).

Otro hecho también importante en el niño es que, una vez desarrollada la conducta de apego hacia la madre, también puede dirigirla, en la mayoría de los casos, hacia otros miembros de la familia, lo que lleva a que, para los dieciocho meses, se sienta apegado a, al menos, una figura más, y con frecuencia a varias, siempre manteniendo un apego más intenso hacia su madre, como figura principal. Pero, por más que hacia el final del primer año haya varias figuras de apego, las mismas no son equivalentes entre sí en cuanto al trato que reciben, sino que el bebé pone de manifiesto una clara discriminación, ya que tiende a limitar la conducta de seguimiento a una única figura y, cuando siente hambre, está cansado o enfermo, se vuelve concretamente hacia ella, buscando otras figuras sólo cuando se siente de buen humor. Es importante aclarar que, el bebé que muestra intenso apego por una figura central, es mucho más capaz de dirigir también su conducta social hacia otras figuras discriminadas. Por el contrario, cuanto más inseguro es el vínculo que lo une con su figura principal de apego, más inhibido estará para desarrollar vínculos parecidos con otras personas. Además, si el niño no dispone más que de un único vínculo afectivo, su evolución dependerá esencialmente de las reacciones del adulto que le proporciona afecto. Pero si, en cambio, cuenta con varios vínculos -padre, madre, abuelos, guardería, colegio, instituciones-, siempre encontrará a otro adulto que le proponga una nueva guía de desarrollo (Bowlby, 1998; Cyrulnik, 2002).

Además, ciertos aspectos de la conducta de apego se dirigen también hacia objetos inanimados, por ejemplo la succión sin fines nutritivos y el aferramiento. Esto no es perjudicial para el niño, debido a que tal apego se da al mismo tiempo que unas relaciones satisfactorias con las personas. Es más, los objetos inanimados le sirven al pequeño para tranquilizarse, orientándose hacia ellos cuando el objeto natural no está a su alcance, funcionando los mismos como objetos sustitutos, buscados por el niño, sobre todo, cuando está enfermo o cansado (Bowlby, 1998).

En el desarrollo de la conducta de apego interactúan de manera continua lo innato y lo aprendido. Siempre que el ambiente se mantenga dentro de ciertos límites, gran parte de las variaciones en la conducta de niños diferentes puede atribuirse a diferencias genéticas; y, una vez que aumenta la variación ambiental, son claros los efectos a que da lugar tal variación (Bowlby, 1998).

Siguiendo la línea arriba iniciada, Bowlby (1998), expone cuatro fases principales en el bebé para el desarrollo de la conducta de apego:

- Fase 1: orientación y señales con una discriminación limitada de la figura: la que abarca desde el nacimiento hasta las ocho o doce semanas aproximadamente, donde la habilidad del bebé para distinguir a unas personas de otras se limita a estímulos olfativos y auditivos, y su conducta hacia cualquier persona cercana es su orientación hacia ella, incluyendo movimientos oculares de seguimiento, agarrar y tratar de alcanzar, sonrisas y balbuceo, interrumpiendo el llanto cuando oye una voz o ve una cara. Después de las doce semanas, aumenta la intensidad de las respuestas amistosas, presentando, de ahí en adelante, una reacción social plena, con toda espontaneidad, vivacidad y gozo. En esta fase aún no se ha forjado el apego, no obstante, es sorprendente ver de qué modo, cada vez van siendo menos los estímulos que resultan eficaces en el infante para provocar o anular una reacción, desarrollando rápidamente la capacidad para discriminar a la madre por el olor y la voz.
- Fase 2: orientación y señales dirigidas hacia una o más figuras discriminadas: la conducta del bebé hacia la gente sigue siendo amistosa como en la fase 1, pero tal conducta es más clara en relación con la figura materna, que en comparación con los demás. Aquí ya comienza a ponerse de manifiesto el apego.
- Fase 3: mantenimiento de la proximidad con una figura discriminada, por medio de la locomoción y de señales: abarca aproximadamente desde los seis meses hasta el segundo y tercer año. El bebé discrimina cada vez más en el modo de tratar a cada persona, a raíz de lo cual van desapareciendo las reacciones amistosas y discriminadas para con el resto de la gente, debido a que empieza a elegir a determinadas personas como figuras de apego subsidiarias y descarta a otras, tratando a los extraños cada vez más con mayor cautela. Por otra parte, su repertorio de reacciones se amplía hasta incluir el seguimiento de la madre cuando la misma se marcha, el saludo cuando regresa y la elección de ella como base a partir de la cual explorar, siendo muy evidente para todos, el apego hacia la figura materna, o sea que en esta fase ya existe el apego.
- Fase 4: formación de una pareja con corrección de objetivos: la misma comienza alrededor de la mitad del tercer año. En la fase 3, a pesar de que el pequeño logra empezar a mantener la proximidad con la figura de apego por medio de sistemas con corrección de objetivos, los mismos son de organización sencilla, utilizando un mapa todavía primitivo. Luego, dentro de dicho mapa, empieza a concebir a la madre como un objeto independiente, que persiste en el espacio y el tiempo, y se mueve de manera más o menos previsible, hasta que finalmente logra, cosa que antes no podía, observar la conducta materna y analizar los factores que la afectan, pudiendo deducir cuáles son las metas prefijadas de ésta y los planes que adopta para lograrlas, comprendiendo mejor los sentimientos y motivaciones de ella. Como consecuencia, su imagen del mundo se vuelve más compleja y su conducta más flexible. El resultado es que se desarrolla una relación más compleja madre-hijo, relación llamada *de asociación*.

Recapitulando acerca de la ontogénesis de la conducta de apego, adquiere relevancia el enfoque preventivo propuesto en el presente trabajo ya que, como se expuso, existe una fase sensible para desarrollar mencionada conducta, tornándose cada vez más complicada su creación a medida que transcurre el tiempo. No obstante, es preferible intervenir sobre un vínculo que presenta fallas –como en los casos clínicos abordados en las Prácticas Profesionales Supervisadas- fomentando la resiliencia en los niños y la recuperación de sus funciones perdidas, a no intervenir nunca y que se inicie, por ausencia de un abordaje óptimo, un camino sin retorno, donde se llegue a la adultez y se pase de ser hijos a ser padres, sin haber remediado la privación sufrida por parte de las figuras parentales.

La interiorización de una figura de apego estable y disponible, pero separada de sí mismo, le permite al niño utilizarla como base de seguridad para explorar al entorno y a los extraños. Dicha seguridad facilita la diferenciación necesaria para ser un adulto capaz de ofrecer a sus propios hijos una



vinculación de apego sano. Todo el conjunto de experiencias de apego de la primera infancia, da lugar a la formación de un modelo interno de relaciones afectivas, que es una representación no consciente de las características de la relación establecida con las figuras de apego. Dicho modelo es estable a partir del primer año, pudiendo verse afectado y modificado por experiencias posteriores. Sirve de base para las relaciones afectivas ulteriores, guiando la interpretación de las conductas de los otros y la manera de organizar la propia conducta para con ellos (Barudy & Dantagmán, 2005; Ortiz et al., 2004). La importancia que tiene para el niño la formación de la conducta de apego, direccionado a evaluar e intervenir sobre los indicadores de mencionada conducta, acorde a la edad evolutiva del niño por el cual se realizaba la consulta y en base a las pautas evolutivas esperables, en relación a la ontogénesis del apego, fue observado en las prácticas.

#### 2.2.1. Contacto temprano normal: su incidencia en la autoorganización del niño y en el desarrollo de la permanencia

Seguindo a Rygaard (2008), el contacto madre-hijo debe reunir una serie de criterios para ayudar al niño a establecer una permanencia afectiva –capacidad de mantener una función a pesar de las modificaciones del entorno-.

El contacto es toda relación entre el infante y su entorno, en primer lugar con la madre y el entorno físico próximo. El mismo es mutuo, es decir, hay acción y reacción de ambas partes, las cuales intentan activamente establecer un circuito de retroinformación para comunicar. El niño trata de seguir los objetos en movimiento, y la madre responde procurando atraer su atención, emitiendo sonidos y prolongando el contacto ocular. El pequeño llora y su madre lo alimenta y lo mece. Es decir, el contacto necesita una atención mutua (Rygaard, 2008).

El desarrollo natural del contacto evoluciona desde un contacto físico ininterrumpido y una dependencia, a un contacto del niño consigo mismo –comunicación interna entre las emociones, la atención, el pensamiento, la memoria, el lenguaje y los tipos de comportamiento-, para, de este modo, alcanzar una relativa independencia del entorno inmediato. Hacia los 2 años, el pequeño está capacitado para discriminar y elegir sus contactos físicos y psicológicos, es decir, come ciertas cosas y otras no, se interesa por ciertos juguetes y por otros no, toma contacto con ciertas personas y evita a otras, nota la ausencia de una persona o busca impacientemente su presencia.

El contacto también parece evolucionar de un estado simbiótico, a uno antagónico y conflictivo, que ayuda al niño a separarse y a establecer sus límites físicos y psíquicos y a obtener, finalmente, una estabilización de sus pensamientos y sus emociones. Pero, sin contacto inicial, el niño no puede separarse y funcionar de manera independiente, tornándose dependiente de su entorno inmediato y de un feedback constante por parte de los demás (Rygaard, 2008).

En definitiva, el contacto consiste en la comunicación mutua y continua entre la madre y el niño, incluyendo el intercambio físico de nutrición y oxigenación durante el embarazo y el nacimiento. El fin del contacto es ayudar al niño a organizar sus sistemas funcionales internos primarios. Cuanto más pueda el pequeño desenvolverse por sí mismo, más evolucionará el contacto hacia una fase ambivalente en la que este último se libera, oscilando entre dependencia y autoconfianza. Así, el contacto ya no es indispensable para la supervivencia ya que la función, que hasta el momento ha sido mantenida externamente, se vuelve interna. El yo queda organizado con la ayuda de una permanencia externa –por parte de la figura de apego- (Rygaard, 2008).

Contrariamente,

[...] la ruptura del contacto aparece cuando el ambiente externo, representado por la madre, no es lo suficientemente constante o sólido durante la primera y la segunda fases del aprendizaje de una función interna. O bien, debido a anomalías internas, el niño no está capacitado para percibir los modelos externos que la madre intenta comunicarle, como los gestos

(Rygaard, 2008, p. 79).

En esta situación, la comunicación se encuentra crónicamente perturbada y es imprecisa por ambas partes. El niño no es capaz de establecer una permanencia en un área concreta y sólo podrá desenvolverse en condiciones muy simples y estables exteriormente (Rygaard, 2008).

Si se soslayan o rechazan las necesidades físicas o afectivas del niño, éste necesita desplazar la energía del desarrollo y del juego a su protección, su supervivencia y a la satisfacción de sus necesidades. Si bien una frustración moderada de las necesidades es necesaria para reforzar la independencia, el desarrollo se acelera cada vez que el niño se encuentra satisfecho y en un estado de equilibrio interno (Rygaard, 2008).

La carencia y otros contactos anormales tempranos, pueden ser la causa de que el cerebro no se desarrolle adecuadamente y de que su funcionamiento sea inestable. Lo más destructor para el desarrollo temprano del sistema nervioso central parece ser, la ausencia de tacto –estimulación táctil- y de movimiento –estimulación vestibular-, en las experiencias de comunicación del bebé. Si el niño no experimenta el dolor o el placer, la alegría o la tristeza, el miedo o el consuelo en el contacto, todas estas impresiones se vuelven planas y unidimensionales. Es difícil recordar algo si no se siente la respuesta emocional, ya que el pequeño recuerda por los sentimientos y, sólo más tarde, ésta es una prestación intelectual (Rygaard, 2008).

En uno de los casos clínicos abordados en el Hospital Provincial J.B. Iturraspe, descrito en la contextualización, ocurría que a la madre, por su ansiedad de tener a su hijo internado y no poder alzarlo en brazos, se le dificultaba entablar contacto físico con él desde las caricias, ofreciéndole organización y permanencia externa. Por ello, la principal intervención, consistió en concientizar e instruir a la figura materna para que logre conectarse con su hijo y que el mismo no sufra las consecuencias negativas, mencionadas por Rygaard, de una ruptura del contacto.

El contacto temprano satisfactorio madre-hijo, en palabras de Rygaard (2008), ayuda al niño a su autoorganización y al desarrollo de la permanencia. La primera se entiende como la “[...] tendencia interna del niño, genéticamente determinada para desarrollar las emociones, los comportamientos y las facultades, es decir, los sistemas internos de autorregulación que gradualmente le llevan de una dependencia de estímulos externos a la regulación interna y al autorreajuste” (Rygaard, 2008, p. 62). El sentido de la educación es traducir una facultad en un comportamiento comprensible para el infante, y repetirla en diversas circunstancias, hasta que el niño construya una función similar interna. Por otra parte, el desarrollo de la permanencia se relaciona -debido a que el bebé se caracteriza por la inestabilidad-, con el grado de estabilidad interior adquirido por este último en diferentes áreas del desarrollo, o con su capacidad de mantener una función en un amplio entorno cambiante. El mecanismo de permanencia es el núcleo de la identidad del infante (Rygaard, 2008).

La permanencia interna del niño depende de la permanencia externa inicial, es decir, el entorno externo inmediato debe tener cierto grado de estabilidad, de estructura y de predictibilidad, antes de que el niño pueda adaptarse a los cambios y crear por sí mismo un modelo interno separado e independiente (Rygaard, 2008).

Teniendo en cuenta los beneficios del contacto inestimable en la relación madre-hijo y de los perjuicios de una ruptura del mismo, adquieren justificación las intervenciones durante la experiencia práctica que perseguían, principalmente en los casos clínicos de los niños internados, que las figuras maternas intenten no interrumpir el contacto físico y afectivo con ellos, desde las caricias, miradas, vocalizaciones, mecimientos y rutinas de cuidados y organización de cada día.

### 2.3. Tipos de apego

Los mismos surgen a partir de un procedimiento denominado *la situación extraña*, desarrollado por Mary Ainsworth y otros (1978), destinado a evaluar la seguridad del vínculo en la primera infancia, donde se examina, de qué manera, niños de un año organizan su conducta en relación con la figura materna. Dicho procedimiento consiste en observar la conducta de cada niño en una sala de juegos extraña, cuando se encuentra en presencia de la madre, sin ella y cuando la misma regresa luego de su ausencia. O sea, se genera una situación de tensión acumulativa, donde los criterios que se evalúan son ansiedad por la separación de la figura de apego, reacción en el reencuentro, utilización de la misma como base de exploración y equilibrio que se mantiene entre apego-exploración. A raíz de estos criterios, los estilos de apego obtenidos, siguiendo a Bowlby (1998) y a Ortiz et al. (2004), son los que siguen:

- Apego seguro: se caracteriza por una exploración activa en el niño en presencia de la figura de apego; ansiedad, no necesariamente intensa, en los episodios de separación; reencuentro con la madre caracterizado por búsqueda de contacto y proximidad y facilidad para ser reconfortado por ella. Es decir, un pequeño de doce meses con apego seguro, explora en una situación extraña de un modo bastante libre, usando a su madre como base segura, no se queda perturbado frente a la llegada de un extraño y parece tener conciencia del paradero de su madre, aunque ésta no se encuentre presente, pudiendo perturbarse algo por su ausencia, y saludándola tras su regreso. Muestra una secuencia organizada de conductas con corrección de objetivos, ya que, después de saludarla con alegría y acercarse a ella, busca que lo agarre en brazos y lo abrace, o quedarse a su lado, para luego reanudar feliz sus juegos.
- Apego ansioso-ambivalente: aquí la conducta del niño se caracteriza por una exploración mínima o nula en presencia de la figura de apego; una reacción muy intensa de ansiedad por la separación, mostrando angustia y preocupación por el paradero de su madre; comportamientos

ambivalentes en el reencuentro como búsqueda de proximidad, combinada con oposición y cólera, vacilando entre irritación, resistencia al contacto, acercamiento y conductas de mantenimiento del contacto, pareciendo querer reasegurar una proximidad de la que se siente inseguro, sumado todo a una enorme dificultad para ser consolado por dicha figura de apego.

- Apego ansioso-evitativo: se define por una escasa o nula ansiedad ante la separación; ausencia de una clara preferencia por la madre frente a los extraños y por la evitación de la misma en el reencuentro, alejándose de ella, pasando de largo o evitando el contacto visual. En realidad, el niño está muy estresado por la ausencia de la madre, pero es como si supiese que, si muestra los sentimientos apropiados de la separación, surge el rechazo, y por ello, controla la expresión de dichos sentimientos. Puede observarse que, el pequeño utiliza una gran cantidad de energía para suprimir las reacciones de un apego natural.
- Apego ansioso-desorganizado: en este último estilo se encuentra que el niño, en toda la situación evaluada en relación a la figura de apego, se muestra desorientado, aproximándose a la madre con evitación de la mirada, manifestando en el reencuentro búsqueda de proximidad para, repentinamente, huir y evitar la interacción, además de mostrar movimientos incompletos o no dirigidos a ninguna meta y conductas estereotipadas. Es decir, el niño no reacciona, ni a la separación ni a la reunión, con ningún modelo coherente, sino que parece ‘congelado’ en una posición rígida aferrado a su madre pero sin mirarla, volviendo la cara.

Así como en la teoría expuesta pueden diferenciarse claramente los distintos tipos de vínculos y mas aún, se puede percibir la diferencia entre un vínculo seguro y los demás vínculos desfavorables, también en la experiencia práctica, pudieron observarse clínicamente mencionadas diferencias, indagar acerca de ellas, lo que permitía decidir la modalidad de intervención acorde al tipo de apego que el niño -por el cual se realizaba la consulta-, presentaba respecto a su madre.

Para la teoría del apego, el principal determinante de la seguridad del vínculo afectivo es la sensibilidad de la figura de apego, entendida como “[...] la disposición a atender a las señales del niño, interpretarlas adecuadamente y responder a ellas rápida y apropiadamente, disposición estrechamente relacionada con la empatía” (Ortiz et al., 2004, p. 157-158). Esto es indiscutible ya que, en la mayoría de los casos prácticos abordados, el principal componente ausente en la relación madre-hijo cuando la misma no era la óptima, consistía en la ausencia de sensibilidad, de comprensión, de empatía por parte de la figura materna. Contrariamente, en los casos de vínculos favorables, las madres eran sensibles a las necesidades y problemáticas de sus hijos, involucrándose activa y empáticamente para hallar soluciones al problema, motivo de consulta.

Además de la sensibilidad como rasgo de personalidad de la propia madre, también son importantes otras dimensiones como la sincronía y la mutualidad en la relación, entendidas como patrón conductual del tipo de relación madre-hijo que se establezca. Es así como, en los niños con apego seguro, se constata un tipo de interacción madre-hijo recíproca, mutuamente reforzante, donde la figura de apego es eficaz a la hora de regular la activación emocional del niño, interpretar sus señales, responder de modo contingente, sin intrusividad, y mantener intercambios de atención conjunta frecuentes, lo que genera, por parte del niño, expresiones de afecto positivo y de mantenimiento de la interacción. Como consecuencia, el pequeño forma un modelo interno que le posibilita anticipar y confiar en la disponibilidad y la eficacia materna, así como en su propia capacidad para promover y controlar los intercambios socioafectivos. Disfruta de la interacción con la figura de apego, pero no necesita un contacto continuo, debido a que la seguridad de la relación potencia la exploración confiada del entorno y la actividad independiente. Lo anterior es fundamental para el establecimiento de la seguridad de base en el niño y de los cimientos de su personalidad, lo que le permitirá, a medida que vaya creciendo, vincularse y aprender de la relación con los demás. Desarrollar su empatía, modular sus impulsos, deseos y pulsiones, construir un sentimiento de pertenencia, desarrollar sus capacidades de dar y recibir, formar una conciencia ética y desplegar recursos para manejar situaciones emocionalmente difíciles (Barudy & Dantagnán, 2005; Ortiz et al., 2004). Es por todos los amplios beneficios que genera en el niño un vínculo de apego seguro que, cuando se observaba presente en los casos clínicos abordados en las Prácticas Profesionales Supervisadas, se valoraba como recurso positivo en relación a la solución del motivo de consulta y se recurría, como primera intervención, a reforzar mencionado indicador, con el fin de que continué optimizándose.

Contrariamente, las madres cuyos hijos manifiestan apego ansioso-ambivalente, son afectuosas y se interesan por el niño, pero presentan dificultades para interpretar sus señales y establecer sincronías interactivas con ellos, mostrándose incoherentes, ya que a veces reaccionan de manera muy positiva y otras se muestran insensibles. En este tipo de relación, el niño no desarrolla expectativas de protección, ya que no sabe en qué medida cuenta con la figura de apego, lo que le genera una

ansiedad persistente sobre el posible debilitamiento o pérdida de la relación y, como resultado, su sistema de apego se activa intensamente y se inhibe la exploración. A su vez, el enojo ante la frustración por la reiterada falta de disponibilidad materna es intenso y persistente, el cual se integra en el modelo interno como una rabia anticipada que envuelve y opaca la relación con la madre (Ortiz et al., 2004).

En cuanto a las madres de los niños evitativos, su estilo interactivo se caracteriza por la falta de respuestas, la impaciencia y el rechazo frente a las señales de necesidad de sus hijos, llegando a veces a bloquear su acceso y a impedir que se les acerquen. El niño, respondiendo con evitación e inhibición de las señales y conductas de apego, previene el rechazo, el enojo o el mayor distanciamiento por parte de la madre. Otro patrón también característico de estas madres puede ser altos niveles de intrusividad, así como una estimulación excesiva que no tiene relación con el estado y las necesidades del niño (Ortiz et al., 2004).

En los casos clínicos trabajados durante la experiencia práctica, donde se observaban vínculos de apegos desfavorables, los rasgos que más sobresalían en las madres eran los indicados por la teoría abordada; entre ellos pueden mencionarse, la impaciencia, la incoherencia en las respuestas y en los límites, la ausencia de sincronías interactivas y de empatía y la falta de afectos positivos o su presencia, pero de un modo inconsistente e incomprensible.

Por último, el patrón de apego desorganizado, es frecuente en niños víctimas de episodios de negligencia y maltrato físico. El pequeño experimenta, a la vez, ciclos de protección y de rechazo y agresión, sintiéndose vinculado a su figura de apego y a la vez temiéndole, lo que lo lleva a la combinación de aproximación/evitación. En estas condiciones, la base de seguridad es también una fuente de alarma e inquietud, lo que genera aproximaciones a la figura de apego interrumpidas por conductas desorganizadas (Ortiz et al., 2004).

Por contraposición a los procedimientos efectuados en situaciones de vínculos seguros, en los casos clínicos atendidos en el proceso de práctica en los que se evidenciaban vínculos desfavorables, se recurría, como primera y esencial medida, a intervenir sobre los mismos, aumentándolos, generándolos o encontrando sustitutos a ellos, valorizando mencionada intervención como la principal responsable de colaborar en la mejora del motivo de consulta.

Observando los distintos tipos de apego puede concluirse que, aquel niño que no accede a la posibilidad de establecer un apego primario de calidad en sus primeros años de vida, tendrá siempre lagunas en el ámbito de sus comportamientos sociales, las cuales pueden dañar gravemente sus capacidades para vincularse positivamente con los demás, y para obtener buenos resultados en los procesos de aprendizaje (Barudy & Dantagmán, 2005).

#### **2.4. Características de la figura de apego, del bebé y del contexto social: factores que influyen en la relación madre-hijo**

- En cuanto a las características de la figura de apego, el adulto que se relaciona con el niño es un ser humano con una determinada historia afectiva, con una personalidad configurada y con determinadas expectativas y creencias sobre las capacidades y necesidades infantiles, sobre la crianza y la disciplina, etc. Existe una coincidencia muy estrecha entre el modelo interno de la madre y la seguridad del apego que establece con su hijo. Por ello, el apego seguro es muy frecuente en aquel niño cuya madre valora positivamente sus relaciones de apego infantiles, recuerda una gran aceptación por parte de sus padres, es consciente tanto de las experiencias negativas como de las positivas de su infancia, no siente rencor hacia sus padres, ni los idealiza. Por otra parte, la madre del niño evitativo, no valora la importancia de sus relaciones de apego, muestra dificultades para recordar su infancia o, cuando la recuerda, minimiza las experiencias negativas e idealiza a sus padres, mostrando dificultades para referir episodios reales que sustenten esa imagen positiva. El apego ambivalente infantil, se asocia con un modelo interno materno caracterizado por una gran preocupación por su infancia, descrita de forma incoherente y con gran conflicto emocional, y por sentimientos de enojo o rencor hacia sus padres (Ortiz et al., 2004).

Además, muchas madres que sufrieron malos tratos o abandono en su infancia, afrontan la maternidad con el propósito de tratar a sus hijos adecuada y afectuosamente, pero, su historia de rechazo y maltrato puede generarles dificultades para empatizar con las emociones negativas de sus hijos, interpretándolas como rechazo, pudiendo reaccionar bloqueando su afecto y, a veces, maltratando a sus hijos. Por otra parte, en cuanto a la psicopatología, la depresión materna es uno de los factores que más dificultades genera a la hora de establecer una interacción adecuada con el niño, ya que la madre depresiva es poco sensible a las señales del bebé, las interpreta más negativamente y presenta dificultades para establecer sincronías interactivas (Ortiz et al., 2004).

Finalmente, rasgos de personalidad en los padres como la empatía, la estabilidad emocional, la capacidad para ponerse en el lugar del otro y la autoestima, correlacionan significativamente con la seguridad de apego de sus hijos (Ortiz et al., 2004).

Como resultado del proceso de práctica quedó claramente vislumbrado el modo de vinculación que las madres generaban con sus hijos, acorde a las características personales de cada una. Por ejemplo, a aquellas madres que habían sufrido de muchas carencias tanto afectivas como materiales, abandonos o maltrato en su infancia, que presentaban creencias erróneas acerca de la maternidad y de la crianza, o que padecían enfermedades psicopatológicas o alguna discapacidad, se les dificultaba estimar la importancia que ellas tienen en el desarrollo de sus hijos y, como consecuencia, no lograban brindarles lo que estos últimos necesitaban.

#### 2.4.1. La regulación del maternaje

Lo que se presenta es considerado un indicador importante a desarrollar en el subapartado dedicado a las características de la figura de apego. Bowlby (1998) argumenta, en función a la conducta de apego, que no tiene por qué resultar perjudicial para el niño, que la madre le otorgue tanto de su presencia y atención como el mismo parece desear. En relación con los cuidados maternos, un niño se encuentra conformado de tal manera que, si desde un principio se deja la decisión en sus manos, podrá regular de manera satisfactoria la tasa de lo que puede asimilar y, sólo cuando llega a la edad escolar, habrá ocasiones de desalentarlo con suavidad. Durante los primeros años, cuando la madre es perceptiva ante las señales del niño y reacciona con rapidez y satisfactoriamente, el pequeño se desarrolla bien y la relación entre ambos evoluciona con felicidad. La capacidad de una madre sensible, la ayuda a adaptarse incluso hasta a un bebé difícil e impredecible.

Las cosas comienzan a marchar mal cuando se produce una falta de maternaje –madre que no es perceptiva a las señales del niño o no reacciona a ellas–; un exceso del mismo –madre que, en lugar de atender a las señales del niño, lo hace objeto de cuidados excesivos, tomando ella toda la iniciativa, y brindándole cosas que él no desea o no necesita–; o un maternaje dado por una serie de personas diferentes, en continua sucesión (Bowlby, 1998). Es pertinente aclarar que, sin bien en la mayoría de los casos clínicos observados en la experiencia práctica, se evidenciaba falta de maternaje, también hubieron casos en los que existía una sobreprotección por parte de la figura materna, que no permitía a su hijo ser él mismo e ir adquiriendo independencia y autonomía para afrontar diversas situaciones que impone su crecimiento.

Queda claro entonces que, el modo en que la madre actúa con su hijo, su pauta de maternaje, influye en cuanto a la pauta de apego que el mismo desarrolla. Por ello, los rasgos de conducta que contribuyen al apego seguro son, contacto físico frecuente y sostenido entre el niño y la madre, especialmente durante los primeros seis meses, con habilidad por parte de la misma para calmarlo en los momentos de angustia, alzándolo en brazos; sensibilidad a las señales del bebé, sumado a habilidad para sincronizar sus intervenciones en armonía con los ritmos del mismo; un ambiente regulado de tal manera que el niño pueda percibir el sentido de las consecuencias de sus propios actos; y el goce mutuo que madre e hijo descubren al estar en compañía el uno del otro (Bowlby, 1998).

Por satisfactoria que sea o no para las partes la pauta de interacción que haya surgido durante el primer año, la misma tiende a persistir durante los dos o tres años siguientes. Esto es así porque, cada miembro de la pareja, espera que el otro tenga una conducta determinada, la cual da lugar siempre a la misma conducta en el otro, ya que esta es su respuesta habitual, llegando dicha interacción a desarrollarse de una manera propia y hasta lograr estabilidad, independientemente de lo que ocurra en cada miembro considerado por separado. Dicha pauta puede quedar modificada en años posteriores por acontecimientos como un accidente, una enfermedad crónica en el niño, depresión en la madre, nacimiento de un nuevo hermanito, etc. (Bowlby, 1998). En el proceso de práctica, el espacio de tratamiento colaboró considerablemente a que muchas madres modifiquen o mejoren la pauta de maternaje que se encontraban llevando a cabo en relación a sus hijos, cuando la misma no era la óptima; lo que también puede entenderse como la introducción de cambios en el sistema familiar mediante diversas maniobras, con el fin de, no sólo hallar solución al motivo de consulta, sino también de que puedan surgir nuevas pautas más funcionales en relación al niño.

- En cuanto a las características del bebé que pueden incidir directa o indirectamente en la interacción se encuentran el temperamento, debido a que es más costoso establecer una sincronía interactiva con un niño irritable o sobre el que al adulto le resulta difícil influir. Sin embargo, la mayoría de los niños con un temperamento difícil logran establecer vínculos seguros, si la figura de apego es paciente y se adapta a las características del bebé. En cuanto a los niños

prematurados, menos atractivos, despiertos y manejables que los recién nacidos a término, los datos apuntan en la misma dirección que lo observado con niños de temperamento difícil, debido a que sus características pueden dificultar la interacción durante los primeros meses de vida, pero luego logran, si se dan las debidas condiciones, establecer vínculos seguros. De este modo, el temperamento y el ser prematuros en los niños son factores de riesgo, pero su influencia en la seguridad del apego depende de su relación con otros factores de estrés –dificultades en la relación de pareja, falta de apoyo social, etc.- y de protección (Ortiz et al., 2004). En cuanto a las Prácticas Profesionales Supervisadas, un indicador que siempre sobresalía en el discurso de las madres durante las entrevistas, era el temperamento de sus hijos ya que, si los mismos eran inquietos y revoltosos, ellas lo señalaban como un factor negativo para lograr involucrarse con ellos y establecer límites.

- Por último, la interacción madre-hijo se origina enmarcada en un complejo contexto social. En relación al marco familiar, ocurre que el niño es afectado por la madre y el padre y por la relación de pareja, a la vez que él incide en ambos y en la relación marital. Cuando el grado de ajuste marital es elevado, los niños tienden a establecer apegos seguros con ambos progenitores. En cambio, si existen dificultades en la relación de pareja, las mismas tienden a disminuir la sensibilidad y las actitudes positivas hacia el niño y la crianza, siendo una relación bidireccional, ya que el niño también afecta a la relación entre la pareja parental (Ortiz et al., 2004).

En cuanto a la clase social, la asociación entre la sensibilidad materna y el tipo de apego del niño es más reducida en clases sociales más desfavorecidas. Frente a esto, se puede suponer que la acumulación de estrés fruto de las condiciones de pobreza, genera dificultades a la hora de mantener la sensibilidad y la interacción positiva, principalmente cuando el niño es irritable (Ortiz et al., 2004).

En relación al ambiente de la familia, lo que forja a un niño y lo ayuda a tejer su resiliencia, es la burbuja afectiva que le rodea cada día y el sentido que su entorno atribuye a los acontecimientos. Así, cuando la burbuja sensorial que proporciona el entorno familiar está bien estructurada mediante rutinas afectivas y de comportamiento, el pequeño se desarrolla a lo largo de estas estructuras sensoriales. En cambio, cuando esas rutinas no se ponen en marcha durante los primeros meses, el mismo no puede organizarse y no logra desarrollar nada (Cyrułnik, 2002).

Teniendo en cuenta el tipo de población atendida en el Hospital Provincial Dr. Gumersindo Sayago y J.B. Iturraspe, la mayoría de las familias provenían de clases sociales desfavorecidas donde, en contextos de violencia y negligencia, no contaban con sus necesidades básicas cubiertas, presentaban creencias erróneas sobre la crianza de los niños, no tenían recursos materiales, afectivos y simbólicos y otras condiciones desfavorables, que repercutían negativamente en el vínculo que se generaba con sus hijos. Todas estas características hacían que la intervención requerida por parte de los practicantes, se vea seriamente dificultada por carencias básicas y estructurales que estos adultos presentaban.

A modo de cierre, a partir de lo desarrollado hasta aquí, se presenta un esbozo de lo que implica, resumidamente, un desarrollo óptimo de la personalidad en el ser humano: la experiencia, como niño pequeño, de una madre que alienta, apoya y coopera, y un padre que le da el sentido de lo que vale la pena; la creencia de que los demás pueden ayudarlo y un modelo favorable sobre cómo construir las relaciones futuras. Al hacerle al niño capaz de explorar su ambiente con confianza y relacionarse con él de un modo eficaz, se aumenta en él su sentimiento de ser competente. Partiendo de aquí y si las relaciones familiares continúan siendo favorables, la personalidad, así formada, se volverá cada vez más estructurada para actuar de modo controlado y flexible, y cada vez será más capaz de continuar haciéndolo, a pesar de circunstancias externas adversas (Bowlby, 1998).

Las bases fundamentales para los comportamientos constructivos y los que producen felicidad se adquieren a través del contacto físico y emocional con la madre. También con el padre cuando éste, revelándose a su educación patriarcal, participa en los cuidados cotidianos que el bebé necesita. Cuando los padres son competentes, constituyen la primera y más fundamental fuente de amor [...]

(Rygaard, 2008, p. 19).

De lo expresado se desprende que, para un desarrollo sano de la salud mental, el bebé y/o el niño pequeño deben experimentar, con la madre, satisfacción y goce, en una relación cálida, íntima y continuada. Impresiona la intensidad de la aflicción y la pena que muestran los niños durante la separación de su madre, más aún si son separados de su ambiente familiar y puestos al cuidado de extraños, en sitios desconocidos. Por lo que resulta fundamental fomentar, como modo de prevenir dificultades en el niño, su permanencia dentro de su familia de origen, en sitios conocidos y con adultos con los cuales esté acostumbrado a interactuar (Bowlby, 1998).

## **CAPÍTULO 3. VÍNCULO POSITIVO MADRE-HIJO**

### **3.1. Definición, características y función**

Los infantes llegan a ser de modo distinto, según sean las condiciones agradables o desagradables. Dichas condiciones tienen que ver con lo heredado, pero las mismas no determinan el potencial de la criatura, ya que el potencial heredado –que incluye la tendencia al crecimiento y al desarrollo-, no puede convertirse en un infante, a menos que esté vinculado con el cuidado materno. Por ello, la función de la figura materna sirve al niño, fundamentalmente, para el desarrollo de su yo, el cual es “[...] la parte de la personalidad humana en crecimiento que, en condiciones adecuadas, tiende a integrarse en una unidad” (Winnicott, 2002, p. 73). “[...] el yo es aquello por lo cual un bebé debe pasar para constituirse a sí mismo como humano en la relación consigo, con el mundo y con los demás” (Gillerault, 2009, p. 185). Se lo considera al yo, entonces, como el heredero de la función materna, que toma a su cargo, relevando con el tiempo a la madre, el cuidado del sujeto (Rodulfo & Rodulfo, 1986).

Cabe preguntarse entonces, ¿a qué edad un ser humano comienza a experimentar?, existe la posibilidad de que, antes de nacer, el bebé sea capaz de retener recuerdos corporales, ya que, está comprobado que, antes del nacimiento, nada de lo que experimenta el individuo se pierde. El ambiente suficientemente bueno al principio–del cual el bebé no se percata-, es absolutamente esencial para el desarrollo natural de este ser humano que comienza a vivir, debido a que sin él no puede directamente desarrollarse. La fórmula es la siguiente, mediante una adaptación activa de la madre a sus necesidades simples, el infante puede ser, y no necesita enterarse de la existencia de un ambiente. Contrariamente, las fallas en la adaptación generan una interrupción de la continuidad de ser y una reacción ante la intrusión ambiental (Winnicott, 2006). Se ha estudiado ampliamente que nada de lo que experimenta y vivencia el niño desde su concepción se pierde, sino que todo deja huellas permanentes que repercuten en su desarrollo y su salud mental, resulta sumamente necesaria la intervención, como profesionales de la salud, desde un enfoque preventivo y promotor, acerca del vínculo positivo madre-hijo.

Muchos padres programan a sus hijos de la misma manera en que programan la compra, por ejemplo, de un televisor y, desgraciadamente, llaman a estos hijos deseados. En realidad, el hijo deseado es el que viene por añadidura y a causa del deseo de una pareja que es ya muy feliz sin hijos donde, de pronto, ésta se encuentra convertida en padres. Cuando se hace presente el hijo y se lo ama, los padres se las arreglan, sin necesidad de ser perfectos –no es necesario esperar estar capacitados, ya que nunca se está totalmente preparado para la sorpresa de lo desconocido que representa un ser humano-; si quieren a su hijo, aún con todas las dificultades en su crianza, se complacen en verlo crecer. Entonces, es fundamental que la pareja desee realmente a este hijo, a la vez que sepa que, cuando nace, es él quien los convierte en padres. Además, es a través de este deseo del Otro, que el bebé tiene la posibilidad de ser, de tener existencia subjetiva. Por ello puede decirse que, el amor, es la ocupación de un espacio, la posibilidad de poder ocupar un lugar en el deseo del Otro –la condición es que este Otro done ese lugar-, sin el cual la vida, de entrada, pierde toda posibilidad de sentido (Dolto, 2008; Gillerault, 2009; Rodulfo & Rodulfo, 1986; Rodulfo, 1993). En uno de los casos clínicos relatados en la contextualización, quedó claramente expuesta la ausencia de un deseo de la niña por parte de sus padres desde su concepción y la falta de ocupación de un lugar en el deseo materno. Este indicador –siendo conscientes de la importancia que representa su presencia- debió ser trabajado por parte de los practicantes, los cuales se abocaron, en primera instancia, a movilizar el área cognitiva de la madre, mediante preguntas disparadoras acerca de su deseo de la niña antes de su concepción, los planes y sentimientos que tuvieron para con ella y el lugar que, en la actualidad, deseaban darle como hija.

En el momento del nacimiento, el bebé ingresa a un espacio que es también espacio de los otros, lugar en el que intervienen sonidos, mirada, tacto, los cuales valoran los procesos cuantitativos de placer, displacer. Es en esta red de significantes presente dentro del mito familiar, donde el cuerpo prematuro del niño se inserta, tomando lo que necesita para vivir; es decir, la tarea originaria de un bebé, cuando viene al mundo, es tratar –con ayuda porque solo no puede-, de encontrar significantes que lo representen ante y dentro del discurso familiar, en el seno del mito o campo deseante familiar, que lo agarren a la vida y lo produzcan. Condición necesaria para que el pequeño halle significantes, es que haya Otro –primeramente cuerpo materno- que ofrezca lugar. Debe poder acceder a agujerear –tironear, arrancar, extraer- el cuerpo de su madre, para así sacar los materiales que necesita para unificarse. Por otra parte, dada la condición de precariedad bajo la que este niño nace, de no afluir una inversión libidinal importante sobre él, denominada *falización* –la criatura marcada como ser deseado, incorporada a un circuito de deseo y que recibe libido narcisista cedida por su madre- está

perdido; si fracasa esa falización, no hay con qué hacer un cuerpo, un sujeto, al no haberse transferido narcisismo del Otro al pequeño (Rodulfo & Rodulfo, 1986; Rodulfo, 1993).

Entonces, la madre constituye el primer espejo para el niño. Ella es portadora de los mitos familiares; cuerpo materno desde donde el pequeño extrae los primeros significantes para poder unificarse; y cuerpo materno que es, ante todo, lugar originario para la localización del sujeto, matriz de toda estructuración posible, que se le ofrece al infante como espacio de unificación, allí donde él es pura dispersión. Es decir, en una primera instancia, todo lo que el infante recibe del mito familiar es través del cuerpo de la madre, no en forma de narraciones, sino de intervenciones concretas, táctiles, auditivas, de proximidad (Rodulfo & Rodulfo, 1986; Rodulfo, 1993). Aquí nuevamente es la teoría la que justifica las diversas intervenciones efectuadas en el proceso de práctica que perseguían como fin, que las madres puedan conectarse con sus hijos desde la mirada, las caricias, las vocalizaciones, el sostén, lo cual colaboraría en que los niños puedan extraer de este contacto óptimo con ellas, todo lo que necesitan para unificarse como personas totales y desarrollarse favorablemente.

Volviendo al momento de su nacimiento, la criatura existe en un estado inicial indiferenciado, ya que su psiquismo aún no está constituido –no hay yo, superyó, ni mecanismos de defensa–; solo cuenta con un equipo congénito al cual se añade, un despliegue lento y continuado de las funciones, los impulsos, las gradaciones intelectuales, es decir, de los procesos psicológicos que emergen gradualmente de los fisiológicos que les sirven de apoyo, acompañados de una historia vincular. Lo mismo ocurre con la relación de objeto con la madre, la cual no existe desde el nacimiento, sino que es el resultado de un complejo proceso de desarrollo. Es decir, el niño nace con ritmos biológicos, pero es en vínculo con los otros, especialmente con la figura materna, donde se van construyendo ritmos psíquicos. A su vez esta madre tiene sus propios ritmos y, es en el entrecruzamiento de ambos, donde algo nuevo va surgiendo (Janin, 2011; Spitz, 2001).

La mayor parte del primer año de vida está dedicado a esforzarse por sobrevivir y a elaborar dispositivos de adaptación que sirvan para conseguir esa meta, ya que el infante está desamparado, siendo incapaz de conservarse vivo por sus propios medios, debido a lo cual requiere de una relación recíproca con su madre que le garantice su supervivencia; todo aquello de lo que carece el infante, lo compensa y proporciona la figura materna, de lo cual se establece, como consecuencia, una díada entre ambos. Lo anterior es necesario tanto en el sector somático, como en el psicológico. Pero el crecimiento y desarrollo en el plano psicológico, dependen esencialmente del despliegue progresivo de las relaciones de objeto, cada vez más significativas. La existencia de la madre, su sola presencia, su acción –hasta la más pequeña e insignificante–, actúa como estímulo para las respuestas del infante (Rodulfo & Rodulfo, 1986; Spitz, 2001). El caso clínico abordado en el Hospital Provincial J.B. Iturraspe, donde la bebé no lograba alimentarse del pecho de su madre y, como consecuencia, se encontraba en peligro físico por su inminente desnutrición, es sumamente ejemplificador del papel fundamental que tiene la figura materna en la supervivencia de su hijo y de que él, por si solo, no puede sobrevivir.

Freud (1905) afirma, en lo que respecta al desarrollo del niño, la existencia de una *pulsión sexual* desde la infancia –el pequeño trae consigo, desde el nacimiento mismo, gérmenes de mociones sexuales que se desarrollan durante cierto lapso y que después sufren una progresiva sofocación–. El modelo mediante el cual se exterioriza la sexualidad infantil es el chupeteo –el mamar con fricción–, que consiste en un contacto de succión con la boca sobre un objeto, repetido rítmicamente, que no tiene por fin la nutrición. Se deduce, entonces, el carácter o naturaleza sexual de esta acción, ya que el fin del niño chupeteador es la búsqueda de placer, ya vivenciado y ahora recordado.

Por placer vivenciado y ahora recordado se entiende que el infante, tuvo la oportunidad de acceder a experiencias a través de las cuales se lo familiarizó con el placer que ahora aspira a renovar mediante el chupeteo. Dichas experiencias se relacionan con la primera actividad del niño, la más importante para la vida, que es la de mamar del pecho materno, la cual tuvo la particularidad, como se dijo, de familiarizarlo con el placer, recibiendo, de la estimulación del cálido flujo de leche, una sensación placentera en la zona erógena de la boca. El trato del niño con la persona que lo cuida es para él, una fuente continua de excitación y de satisfacción sexuales, a partir de las *zonas erógenas*, y aún más es así por el hecho de que la madre, dirige sobre el niño sentimientos que brotan de su vida sexual, lo acaricia, lo besa y lo mece; a través de sus cuidados, ella va construyendo recorridos de placer-displacer, donde las diferentes zonas del cuerpo pasan a ser representadas de un modo particular; en el recorrido de caricias se van abriendo las zonas erógenas y el cuerpo, entonces, se va erogeneizando. De esta forma, se ve cómo el quehacer sexual nace apuntalándose en una de las funciones corporales que sirven a la conservación de la vida, que es la alimentación, y sólo más tarde se independiza de ella, cuando la necesidad de repetir la satisfacción sexual se divorcia de la de buscar alimento. Por otra parte puede observarse también que, el neonato, sólo puede descargar la



tensión suscitada por su necesidad interna con una manifestación de emociones difusas y al alzar, llorando; pero, lo que ocurre, es que dicha descarga no es suficiente para aliviar de un modo permanente la tensión, sino que el estímulo se logra eliminar sólo mediante una intervención que provenga del exterior, es decir, mediante la ayuda de la madre, que, por ejemplo, le proporcione alimento. Así, el camino de la descarga adquiere una función secundaria muy importante, la de llevar a cabo una compresión con otra persona, la madre; por ende, se aprecia que la intuición en la naturaleza de la comunicación en la etapa preverbal entre madre e hijo, es extraordinariamente importante y necesaria, sobretodo desde un punto de vista terapéutico y profiláctico (Freud, 1905; Janin, 2011; Spitz, 2001).

Frente a esto se evidencia lo significativo que es para el niño, en lo que respecta a su desarrollo psicosexual, presentar vivencias de satisfacción en el vínculo con su figura materna, que lo ayuden a descargar la tensión y lo familiaricen con el placer; ya que para él -al no poder aún registrar los afectos maternos para diferenciarlos de los propios-, el amor materno es vivido como fusión con el otro, y el rechazo como rechazo a sí mismo. Además, son estas vivencias de placer las que dejan huellas mnémicas, inscripciones que se van anudando y reorganizando, constituyendo el psiquismo del pequeño -debido a su tendencia a descartar todo aquello que perturba-. Si no prevalece la ternura, el niño no puede constituir el propio yo como yo de placer, ligando las diferentes sensaciones (Freud, 1905; Janin, 2011). Dicho vínculo también es importante, Freud (1905) afirma que, es en la niñez, donde se consuma una elección de objeto, debido a que el conjunto de los afanes sexuales se dirigen hacia una persona única, la madre, y en ella quieren alcanzar su meta, encontrándose dicha conformación muy cercana a la definitiva que la vida sexual presentará, después, en la pubertad.

Siguiendo la teorización de Freud adquiere relevancia, nuevamente, la importancia, en el caso clínico relatado del proceso de práctica, la intervención concreta destinada a que la figura materna logre alimentar a su hija desde su pecho, lo cual repercutiría, no sólo en favorecer su supervivencia, sino también en que obtenga vivencias de satisfacción, que le permitan un desarrollo psicosexual óptimo.

La clave de una niñez temprana sana es el *instinto*, el cual representa la totalidad de las poderosas mociones biológicas que van y vienen en la vida del bebé y del niño, y que demandan una acción. Las agitaciones de este instinto llevan al infante a prepararse para una satisfacción plena del mismo que, si se alcanza, hay una recompensa de placer y un temporario alivio del instinto. Por el contrario, una satisfacción incompleta o inoportuna, genera un alivio parcial, un malestar y una falta de período de descanso entre las sucesivas oleadas de la demanda. Es decir, la meta sexual de la pulsión infantil es producir la satisfacción mediante la estimulación apropiada de la zona erógena -sectores de piel o de mucosa en los que, estimulaciones de cierta clase, provocan una sensación placentera- que, de uno u otro modo, se eligió. Pero, para que se cree una necesidad de repetirla, esta satisfacción tiene que haberse vivenciado antes (Freud, 1905; Winnicott, 2006).

Vale aclarar que, la vida sexual infantil es esencialmente *autoerótica* -no conoce un objeto sexual, sino que su objeto se encuentra en el cuerpo propio-, y sus pulsiones parciales aspiran a conseguir placer cada una por su cuenta, desconectadas entre sí. Este momento es denominado *narcisismo*. Freud lo define como un estado precoz en el que niño catectiza toda su libido y la coloca sobre sí - generando ello: delirio de grandeza y perfecciones en su yo real-; es una etapa donde no existe diferencia yo/no yo, es decir, no hay relación con el ambiente, la *libido* no se encuentra colocada en objetos del mundo exterior, sino que la misma se aparece invistiendo únicamente al yo. A la par de esto, en relación a los objetos, opera la *idealización* -proceso psíquico en virtud del cual se llevan a la perfección las cualidades y el valor del objeto-; es esta identificación con el objeto idealizado la que permite la formación y enriquecimiento de las instancias ideales de la persona. Sólo más tarde, como resultado del desarrollo, se produce la diferenciación entre libido de objeto -energía sexual colocada en los objetos- y libido yoica -resto de energía que permanece en el yo-. A partir de aquí, la grandeza y perfecciones ya no estarán en el yo real -como ocurre en el momento del narcisismo-, sino que permanecerán en el yo ideal -que es el que mide al yo actual y procura continuar con las perfecciones que en la infancia, poseyó-, es decir, el narcisismo, aparece desplazado en el yo ideal, el cual posee todas las perfecciones de la infancia. Además, el sentimiento de sí es expresión del grandor del yo, lo que el niño posee o alcanzó, cada resto del sentimiento de omnipotencia corroborado por la experiencia, incrementa este sentimiento de sí. En síntesis, atravesar el narcisismo otorga ser al sujeto; ser conquistado por identificación (Freud, 1905; Freud, 1914; Rodulfo, 1993).

Siguiendo a Janin (2011), puede verse cómo Freud, con el develamiento de la sexualidad infantil, rompe con la noción de niño como emblema de ingenuidad y pureza; con la conceptualización del aparato psíquico, define una estructuración marcada por vivencias en las que los otros, que realizan una acción específica y de los cuales el niño depende, son fundamentales. “[...] el niño puede ser definido como un psiquismo en estructuración, estructuración signada por otros, en un devenir en el

que los movimientos constitutivos, fundantes, se dan desde un adentro-afuera insoslayable” (Janin, 2011, p. 11).

En el vínculo con el infante, desde su nacimiento, asimismo ocupa un lugar fundamental la cuestión de la ética, de la noción del bien y del mal —el enseñar límites, permitido/prohibido, obedecer/desobedecer, hacer/no hacer, tocar/no tocar, etc.—; ya que, en la experiencia de ir educando al niño, es evidente que el hecho de ir señalándole lo que está bien y lo que está mal constituye una parte considerable de la relación asumida con el pequeño. Freud considera que el niño, en un comienzo, se encuentra inmerso en su propia pulsionalidad bruta, a raíz de lo cual requiere una imperiosa satisfacción aferente de sus pulsiones—, la educación brindada en el vínculo con los padres, va a consistir en reducir, refrenar, dicha virulencia pulsional, para evitarle, al niño, que se pierda en lo absoluto de sus pulsiones. En esta tarea de domesticación de la pulsión —la tarea de los educadores de oponerse al pequeño para reducir la desmesura de su exceso—, reside la exigencia necesaria para que advenga colectivamente la civilización de los humanos (Gillerault, 2009). En relación a la educación del niño pudo apreciarse, a lo largo de la experiencia práctica, que la mayoría de los casos que recurrían para ser atendidos en el Hospital Provincial Dr. Gumersindo Sayago presentaban, como motivo de consulta, dificultades comportamentales que sus padres no lograban manejar, manifestándolo con una gran falta de involucramiento, lo que denunciaba fallas en el vínculo. Frente a esto, resultó necesaria la implementación de herramientas concretas con el fin de que los padres logren establecer límites frente al hijo y puedan manejar sus problemas de conducta y su desobediencia, redundando en una mayor participación en su problema, motivo de consulta.

La base de todo es el amor que surge entre el niño y las demás personas, a las que gradualmente va percibiendo como tales, por más de que no sean objetivamente percibidas de forma plena. Algunos niños llegan tempranamente a conocer a las personas tal como son, en cambio otros son más subjetivos. Aquel niño más subjetivo, corre menos riesgo si la figura materna cambia; contrariamente, el infante menos subjetivo, se beneficia por la apreciación de las cualidades reales de las personas, pero sufre más las pérdidas. Sea como fuere, no puede dudarse que, la primera representación que la psique se forja de sí misma, se realiza a través de la puesta en relación de los efectos originados en su doble encuentro con el cuerpo y con las producciones de la psique materna (Castoriadis-Aulagnier, 2001; Winnicott, 2006).

Se inició este capítulo señalando que, la emergencia del yo en el niño, al principio, depende casi exclusivamente del yo auxiliar provisto por la figura materna y de la falla de la adaptación, cuidadosamente graduada por la madre. Esto forma parte de lo que tiene que ver con un *quehacer materno suficientemente bueno*, una madre que, con su función de sostén del niño, brinde una crianza, en cuanto a atención y a cuidados, satisfactoria. Lo importante es que esta última se identifique con el infante y, como consecuencia, esté al tanto de cómo se siente y pueda proporcionarle casi exactamente lo que necesita, en el modo de sostén, y en la provisión de un ambiente. Es decir, al infante le ocurren cosas buenas y malas que están totalmente fuera de su alcance, pero el yo auxiliar del cuidado materno le permite vivir y desarrollarse a pesar de no ser aún capaz de controlar o de sentirse responsable por lo bueno y lo malo del ambiente (Winnicott, 2002).

El bebé es un ser inmaduro que está siempre al borde de una angustia inconcebible y, lo que mantiene a raya dicha angustia, es la función de la madre, su capacidad para ponerse en su lugar y darse cuenta de lo que necesita en el manejo general del cuerpo y de la persona. Ella logra hacerlo gracias a haberse entregado temporariamente a una tarea única, la de cuidar a su hijo, siendo posible dicha tarea gracias a que este último posee la capacidad de relacionarse con objetos subjetivos. Contrariamente, cuando no hay un cuidado materno suficientemente bueno, el pequeño es incapaz de iniciar la maduración de su yo. Entonces, que ese yo sea fuerte o débil, depende de la madre real y de su capacidad para satisfacer la dependencia absoluta del infante real al principio, es decir, antes de que separe su self de la madre (Winnicott, 2002).

En lo que respecta al desarrollo del yo, cuando se dispensa salud, la integración es el rasgo principal de dicho desarrollo, ya que el bebé debe pasar de un estado no integrado a una integración estructurada o estado de unidad. Esto se produce, en cuanto que el ello, cuyas fuerzas reclaman atención, se recoge al servicio del yo, el cual debe dominarlo e incluirlo y como consecuencia, se fortalece. Que esto ocurra depende, como se punteó, del cuidado materno confiable, gracias a que el yo de la madre instrumenta el yo del infante, brindándole poder, fuerza y estabilidad, hasta que llega un momento, resultado de todo un proceso, en el que el yo del infante logra liberarse del yo auxiliar de la figura materna, consiguiendo diferenciarse en un self personal separado. De este modo, el niño se convierte en una unidad, un individuo por derecho propio, empieza a tener un interior y un exterior, un esquema corporal, a diferenciar yo/no-yo, y a desarrollar la capacidad para las relaciones objetales. A la par, sobreviene un significado del término relación como algo que sucede entre la

persona, la parte de mí y los objetos, lo que lleva al reconocimiento de algo equivalente a esta parte de mí en la madre, el sentimiento de que esta madre es una persona –y de que su pecho es parte de esa persona-. Además, se produce en él también, mancomunado, la existencia psicósomática, es decir, la psique que habita o reside en el soma, lo que genera una vinculación de las experiencias motrices, sensoriales y funcionales con el nuevo estado del infante como persona, todo lo cual lleva a que deje, como se viene expresando, de estar fusionado con la madre y se relacione con ella como algo separado, logros que antes el niño no presentaba, sino que los fue adquiriendo como contribuciones del vínculo con su figura materna. En consecuencia, en el infante, como resultado del éxito de la labor materna, se establece una continuidad de ser, de seguir siendo, que constituye la base de la fuerza del yo; mientras que, como resultado de cada fracaso del cuidado materno, la continuidad de ser se ve interrumpida por reacciones a las consecuencias de ese fracaso, con un consiguiente debilitamiento del yo. Se deduce entonces, que la salud mental del individuo tiene como base un cuidado materno satisfactorio que, si es el correcto, apenas se advierte y constituye una prolongación de la provisión fisiológica característica del estado prenatal (Winnicott, 2002).

En los casos clínicos atendidos en el Hospital J.B. Iturraspe de niños que se encontraban transcurriendo su fase de dependencia absoluta, podían observarse situaciones donde el yo materno no funcionaba como un yo auxiliar, lo que se evidenciaba en ausencia de protección del niño frente a las intrusiones del ambiente -más aún del ambiente de internación-, falta de sostén, de cuidados óptimos, de registro de los sentimientos de la criatura. Los indicadores presentes debieron ser oportunamente abordados por parte de los practicantes, para evitar futuras dificultades, promoviendo en las madres su identificación respecto a sus hijos y, como consecuencia, un trato óptimo para con ellos.

Siguiendo a Winnicott (2002) y en relación a lo arriba expuesto, puede decirse que el niño transcurre desde una dependencia absoluta –debido a que no hay separación self-cuidado materno-, pasando por una dependencia relativa –donde se da cuenta de la necesidad que tiene del cuidado materno-, hasta llegar a la independencia -gracias a la acumulación de recuerdos de cuidado, a la proyección de las necesidades personales y a la introyección de detalles de cuidado, con el desarrollo de confianza en el ambiente-. En este sentido, el mundo interno del niño llega a tener una estabilidad propia, pero los cambios que en él sobrevienen, se encuentran relacionados con las experiencias del self total en las relaciones externas (Winnicott, 2006).

### 3.1.1. Tendencias del desarrollo del yo

Con la intención de puntualizar lo expuesto se detallan, a continuación, las tendencias por las que se caracteriza el desarrollo del yo, conseguido gracias al cuidado que el infante recibe en los primeros 6-7 meses de vida, durante la fase inaugural de dependencia absoluta respecto al ambiente:

- La principal tendencia del proceso de maduración puede resumirse en la palabra integración, la cual forma pareja con el sostén, ya que se encuentra estrechamente vinculada con este último, y lleva al logro de la unidad. Al principio, no hay individualidad constituida o persona total, no hay unidad, sino que la misma está compuesta por la estructura individuo-ambiente, un sujeto que no tiene existencia propia, sino que es tomado a cargo en y por el ambiente, que preside su supervivencia. Es así como, siguiendo el desarrollo, primero aparece el yo, que incluye todo lo otro no es yo. Luego viene, yo soy, yo existo, yo recojo experiencias, me enriquezco, y tengo una interacción introyectiva y proyectiva con el no-yo, como mundo real de la realidad compartida. A lo anterior se suma lo siguiente, alguien me ve o comprende que yo existo; y después me es devuelta –como un rostro visto en el espejo- la prueba que necesito de que fui reconocido como un ser. En circunstancias favorables, la piel se convierte en el límite yo/no yo, la psique empieza a vivir en el soma y se inicia una vida psicósomática individual. Al bebé le preocupa un adentro y los fenómenos que allí acontecen, a la vez que le preocupan el cuerpo y la psique al mismo tiempo, lo que hace que comience a tener un sentido el término psicósomático (Gillerault, 2009; Winnicott, 2002; Winnicott, 2006).

De este modo, se concibe la integración como un logro. El bebé que aparece como unidad humana, seguro dentro del útero, no es aún una unidad en términos del desarrollo emocional. No obstante, en el inicio, este estado no integrado, tanto en el espacio como en el tiempo, va acompañado por una falta de percatamiento. A la par, puede decirse que el desarrollo emocional alcanza su florecimiento a la edad de 3-4 años, cuando el pequeño se establece plenamente como unidad, capaz de sentir que las personas que lo rodean son también personas totales (Winnicott, 2006).

Desde este estado no-integrado –no hay ligazón cuerpo-psique y no hay lugar para una realidad distinta de mí-, se pasa a una integración por períodos breves, hasta que, gradualmente, se vuelve un hecho el estado general de integración –el infante logra cierta apercepción de sí y el sentimiento de

ser uno-. Recién en este momento se vuelve posible un percatamiento, debido a que existe un self que puede percatarse. La tan importante integración es promovida, principalmente, por el cuidado ambiental, ya que, según Winnicott (2006), el bebé se hace pedazos si no se lo sostiene y, en esta etapa, cuidado físico, es cuidado psicológico. A medida que se establece el self y el individuo puede incorporar y retener recuerdos del cuidado ambiental, haciéndose capaz de un cuidado propio, la integración se convierte en un estado más confiable para él, y se afloja la dependencia (Gillerault, 2009).

Es básicamente la función del sostén confiable brindado por la figura materna, la que posibilita en el niño el logro de la unidad, de la individualidad y del self verdadero. Por ello las intervenciones, durante el proceso de práctica, orientadas a que las madres –en los casos clínicos en que ello era necesario-, puedan sostener físicamente a sus hijos, así como satisfacer sus necesidades, tanto fisiológicas como afectivas.

Lo cierto es que la integración y el logro del estado unitario, traen aparejados nuevos e importantes desarrollos; integración significa responsabilidad, acompañada por el percatamiento, la recopilación de recuerdos y la asimilación del pasado, presente y futuro, a una relación. Si dicha integración se logra a través de un buen cuidado, la personalidad resultante puede quedar bien cimentada; y si la misma se alcanza a través del impulso y de la experiencia instintiva, la personalidad resulta interesante y de calidad excitante. En la salud, hay una dosis de ambas cosas, cuya combinación, que es necesaria, significa estabilidad y, la integración, se establece como corresponde (Winnicott, 2006).

Siguiendo a Gillerault (2009), la integración debidamente alcanzada gracias al cuidado materno satisfactorio, permite la emergencia en el niño de un self verdadero. Contrariamente un falso self se produce cuando el trayecto, el proceso del desarrollo primordial, se ve modificado, desviado de su trayectoria, de su camino propio, de su devenir auténtico y falseado, ya sea por falta de sostén –privación- o abuso de invasión –intrusión-. Frente a esto, el niño acaba construyendo un self superficial, artificial, que se adapta al ambiente sometiéndose a él, renunciando a la actividad creativa de sí mismo, para ceder a la aceptación pasiva. Así, cuando se produce una falta de sostén ambiental, el bebé sigue estando en condiciones de conformarse con lo que el ambiente espera de él, pero al precio de una negación de sí en su identidad, surgiendo, un falso self. “[...] para ser sí mismo, hay que pasar por el Otro, lo cual no quiere decir, sin embargo, conformarse con ello” (Gillerault, 2009, p. 209).

Kohut, en relación al self, sostiene que, la figura materna funciona para el niño como un *selfobject*, es decir, como un objeto revestido con libido, que contribuye a mantener la regulación del propio self. A lo largo de la vida, los vínculos con estos selfobjects se van modificando, desde modalidades arcaicas fusionales –el selfobject es percibido por el bebé como si fuera parte de sí mismo y busca tener sobre él un control absoluto-, hasta vínculos maduros –donde se espera del objeto reconocido como un otro, distinto y autónomo, un eco empático que sustente las necesidades básicas del self-. Desde su nacimiento, el niño requiere de la presencia de selfobjects que brinden respuestas empáticas a sus necesidades psicológicas básicas, cuya satisfacción es imprescindible para la regulación y evolución de su self. Entonces, el desarrollo de las estructuras del sí mismo, se va posibilitando, a partir de las internalizaciones que se producen en el vínculo permanente con dichos selfobjects, a raíz de lo cual - si dicha evolución va sucediendo de modo esperable para la cohesión del self-, el pequeño ya no va a estar ligado de modo tan intenso y masivo con un selfobject, sino que se va a vincular con él como un objeto separado y diferenciado. Pero esta fusión primera con los selfobjects no es perfecta, sino que la desilusión es inevitable, pero también necesaria, ya que el self del niño se desarrolla firme y cohesivo, si existen frustraciones, siempre que las mismas sean tolerables y oportunas al momento del desarrollo y a la situación total de la persona –las frustraciones óptimas, reguladas por la empatía de la madre, implican una desilusión en el pequeño con respecto a sus selfobjects, las cuales son imprescindibles para la formación de estructuras internas-; las deficiencias, sumadas a las respuestas empáticas, posibilitan el reemplazo gradual de los selfobjects y sus funciones, por el self propio y sus propias funciones. Es así como, la organización del self en el infante, surge como resultado de la interacción entre su dotación innata y las expectativas y fantasías que tienen sus padres –principalmente su madre- sobre él, mediatizadas a través de las respuestas que ellos, en tanto selfobjects, dan a sus necesidades de cohesión, vigor y confirmación (Rodríguez Amenábar & cols., 1998).

El self, entonces, es el núcleo de la personalidad, tiene varios elementos constituyentes que, como se señaló, se adquieren en la interacción con las personas que conforman el medio infantil más temprano, las cuales son experimentadas como selfobjects. Si las interacciones del niño con estos

últimos son óptimas, se da como resultado un self nuclear firme (Rodríguez Amenábar & cols., 1998).

- La siguiente tendencia del yo es la de basarse en un yo corporal; pero sólo cuando todo marcha bien, básicamente en relación al cuidado materno necesario, la persona del bebé empieza a estar vinculada con el cuerpo y las funciones corporales, con la piel como membrana limitadora. Este proceso, Winnicott (2002), lo denomina *personalización* -el hecho, para el bebé, de estar psíquicamente alojado en su cuerpo-, lo cual es un logro por parte de este último, que sugiere una unión firme del yo con el cuerpo. La personalización forma pareja con la manipulación -provisión ambiental que se corresponde estrechamente con el establecimiento de una asociación psicósomática, la psique que habita, que se aloja en el soma- (Gillerault, 2009).

Es necesario aclarar que la base de la psique es el soma, y en la evolución éste vino primero, debido a que la psique comienza como una elaboración imaginativa del funcionamiento físico, cuya función más importante, es la de ligar las experiencias y potencialidades del pasado, con el percatamiento del momento actual y la expectativa respecto del futuro, relacionándose con la realidad externa y percibiéndola; además, confiere sentido al sentimiento que tiene la persona de su propio self y justifica la percepción del sujeto de que en ese cuerpo hay individuo. Pero la psique no tiene existencia aparte del cerebro y del funcionamiento de éste. Es decir, al principio de la existencia hay soma, luego, en la salud, una psique que queda gradualmente anclada al soma, hasta que, tarde o temprano, aparece un tercer fenómeno llamado intelecto o mente (Winnicott, 2006).

La piel tiene una importancia fundamental en el proceso de la localización de la psique en el cuerpo y en su interior. De este modo, para promover un vivir sano en el cuerpo, el manejo de la piel es un factor transcendental -del mismo modo que el sostén promueve la integración-. La experiencia de las funciones y sensaciones de la piel y el erotismo muscular, contribuye al logro de una coexistencia entre la psique y el soma. Por ello, para la salud, es preciso que la superposición self-cuerpo se vuelva un hecho, de manera tal que el individuo sea capaz de identificarse con lo que no es, su self. La psique gradualmente llega, como se indicó, a unirse con el cuerpo y a residir en el mismo -a esto último contribuyen enormemente tanto las experiencias calmas como las excitadas, las cuales se detallan a continuación-. Dicha necesaria residencia interior procede tanto de lo personal -la experiencia personal de los impulsos, de las sensaciones de la piel, del erotismo muscular y del instinto-, como, principalmente, de lo ambiental -el cuidado ambiental, con todo el conjunto de cuestiones relativas al manejo corporal y la satisfacción de las demandas instintivas- (Winnicott, 2006).

En relación a la experiencia práctica, si es el manejo adecuado de la piel del bebé un factor clave para colaborar con la emergencia del yo corporal -personalización-, más significativas se vuelven, entonces, las maniobras implementadas con el fin de que las madres puedan sostener a sus hijos, mirarlos, acariciarlos y ejercer, de manera satisfactoria, un manejo adecuado de sus cuerpos, física y afectivamente.

- Finalmente, la tendencia del yo a iniciar las relaciones objetales, es decir, el acceso a la realidad, que incluye especialmente tiempo y espacio, llamado *realización* -establecimiento de la relación de objeto-. Con un quehacer materno suficientemente bueno al principio, lo que se intenta es permitirle al bebé que encuentre y concuerde con el objeto -pecho, mamadera, leche, etc.-; es decir, la provisión ambiental de la presentación de dicho objeto, realizada de tal modo que sea él quien cree este objeto. Las relaciones objetales, como puede verse, forman pareja con la presentación objetal. La pauta que surge, en el vínculo con la figura materna, es la siguiente: el bebé desarrolla una vaga expectativa, la cual tiene su origen en una necesidad no formulada, frente a lo que su madre, le presenta un objeto o una manipulación que satisface sus necesidades y, como consecuencia, el pequeño empieza a necesitar exactamente lo que su madre le presentó. Así, llega a tener confianza en ser capaz de crear objetos y de crear el mundo real. Esta madre, entonces, le proporciona al bebé un período breve en el cuál la omnipotencia es algo que se experimenta (Gillerault, 2009; Winnicott, 2002).

Articulando con la experiencia práctica, la teoría justifica las diversas sugerencias y prescripciones que perseguían, en los casos clínicos que así lo requerían -por ejemplo los relatados en la contextualización-, hacer conscientes a las madres acerca de la importancia de satisfacer las necesidades, tanto fisiológicas como afectivas, de sus hijos, ya que esto es lo que les posibilita, entre otras cosas, el acceso a la realidad externa.

Siguiendo por el camino del establecimiento en el infante de la relación con la realidad externa, conviene separar, siguiendo a Winnicott (2006), lo que constituyen las relaciones excitadas y las relaciones calmas. En relación a las relaciones excitadas, basándose en la primera lactación teórica, se presenta el bebé con su tensión instintiva en desarrollo; surge una expectativa, un estado de

cosas, en el cual este último está preparado para encontrar algo en algún lugar, por más que no sabe qué -por el contrario, en el estado calmo o no excitado, no existe una expectativa comparable-. Frente a esta situación, más o menos en el momento adecuado, la madre le ofrece el pecho. Si ella es capaz de preocuparse por su tarea, entonces está capacitada para brindar el marco para el comienzo de las relaciones excitadas -debido a que se encuentra biológicamente dispuesta, precisamente, para dicha tarea-. A causa de la gran inmadurez del recién nacido, la primera lactación no puede ser significativa como experiencia emocional, pero, si todo sale bien, se establece un contacto, donde, a partir de esa primera experiencia, se desarrolla una pauta para las lactaciones siguientes, lo que simplifica la tarea de la madre. Contrariamente, si las primeras lactaciones no se manejan bien, pueden causarse perturbaciones, lo que inicia una pauta duradera de inseguridad. Es decir, el momento inaugural no se sitúa específicamente en el momento del nacimiento, sino en el instante de la primera experiencia de placer, el encuentro entre boca y pecho -el cual determina el comienzo de la actividad de los órganos de los sentidos, al menos del gusto, generando, gracias a esa espera del objeto que tiene un poder de excitabilidad, la experiencia de satisfacción de la necesidad y la ingestión del aporte alimenticio- (Castoriadis-Aulagnier, 2001).

En el momento de la primera lactación teórica, el pequeño está listo para crear, y la madre le posibilita tener la ilusión de que el pecho -y lo que él significa-, fue creado a partir del impulso derivado de la necesidad. En realidad, lo que el bebé crea, no es lo que su madre le presenta, pero debido a la adaptación extremadamente delicada de esta última a las necesidades emocionales de su hijo, ella es capaz de permitirle dicha ilusión. A la par, si ella no es suficientemente buena en este aspecto, el bebé no tiene esperanza alguna de alcanzar la capacidad para una relación excitada con objetos o personas -mundo real, realidad externa-. Entonces hay, al principio, una adaptación, por parte de la madre, casi exacta a la necesidad, lo que le proporciona al infante, la ilusión de haber creado objetos externos. Luego, gradualmente, disminuye la capacidad de la madre para adaptarse a la necesidad emocional de su hijo, pero este último ya dispone de modos y medios para afrontar este cambio. Puede percibirse cómo, primero, es necesario, por parte de la figura materna, brindar la ilusión al bebé, para que después éste cuente con medios para, más adelante, aceptar la desilusión y, aún, hacer uso de ella (Winnicott, 2006).

Todas estas experiencias excitadas tienen lugar contra un trasfondo de calma, en la cual existe otra clase de relación entre el bebé y su madre, donde, el primero, se halla en un estado sumamente dependiente y, la presencia de esta madre, provee el ambiente que forma parte esencial de la dependencia. Así, donde hay una dependencia total, hay una adaptación precisa; y si falla dicha adaptación materna, se produce una distorsión en los procesos de vida individuales del pequeño. Esta figura materna, es responsable del ambiente en forma física, incluso antes del nacimiento del bebé y responsable, también, de que continúen dichos cuidados físicos luego de dicho nacimiento. O sea que, para el momento en que se da la primera lactación teórica, ya existen numerosos ensayos de adaptación-falla de la adaptación, lo que genera que el infante ya abrigue ciertas expectativas que pueden, en menor o mayor grado, complicar la situación. Si dichas complicaciones no son demasiado grandes lo que sucede es que, este bebé, en razón de su vivacidad y del desarrollo de su tensión instintiva, llega a esperar algo, lo que lleva a que se produzca un querer alcanzar que, finalmente, se transforma en un movimiento impulsivo de la mano o la boca hacia un objeto presunto; es decir, está listo para ser creativo, encontrándose en condiciones de crear el mundo. Ahora la madre -quien atendió a sus necesidades más primitivas mediante sus cuidados físicos-, pasa a cumplir un nuevo papel, ya que tiene que atender un momento creativo específico y conocerlo gracias a su capacidad de identificación. Ella está esperando ser descubierta, y no precisa contar con una valoración intelectual del hecho de que tiene que cumplir con su parte, la de ser creada por su bebé; de un modo u otro, se las ingenia para estar lista con una excitación potencial, que desemboca en que da leche. No necesita que su adaptación sea exactamente precisa, ya que, afortunadamente, el bebé no requiere una pauta de conducta exacta, sino que, si todo sale bien, este último es capaz de descubrir el pezón (Winnicott, 2006).

De acuerdo al recorrido teórico pormenorizado puede señalarse que es clave, que el infante cree el objeto, y la función de la madre es situar el pezón de su pecho justo allí, en el momento oportuno, para que el mismo sea, lo que su hijo cree. Es importante que se descubra dicho pezón de esta manera, creativamente (Winnicott, 2006).

“Si bien la capacidad del bebé para las relaciones excitadas se construye por una suma de lactaciones -y de otros tipos de experiencias excitadas-, para un examen teórico la primera lactación es empero el prototipo [...]” (Winnicott, 2006, p. 149). Frente a esto, cuando todo sale bien, la relación puede establecerse en pocos momentos; mientras que, si existe alguna dificultad -por ejemplo las condiciones no son satisfactorias o alguien interfiere-, a la madre y al bebé puede llevarles mucho

tiempo entenderse entre sí. En este sentido, para conseguir que el pequeño se inhiba frente a la lactancia, basta con introducirle el pecho sin darle la oportunidad de ser el creador del objeto que ha de encontrar. Lo único que la madre necesita, -debido a que ya presenta una orientación natural y específica a la tarea de adaptarse a la necesidad-, es esa oportunidad de ser natural y de encontrar su modalidad propia con su bebé (Winnicott, 2006). De acuerdo al recorrido teórico que se viene precisando acerca del establecimiento en el infante de las relaciones objetales donde, en un primer momento se requiere, por parte de la madre, la habilidad natural para ofrecerle el pecho justo en el momento oportuno, con el fin de que el niño descubra el pezón como una creación propia que surge a partir su necesidad, se explica el caso clínico de las P.P.S., expuesto en la contextualización, de la niña inhibida frente a la lactancia. Su madre no lograba entablar ese necesario vínculo con ella, presentándose como suficientemente buena, empática, que obraba -con un sostén óptimo-, por calmar a la pequeña y, en el momento adecuado, ofrecerle el pecho. Por ello es que se actuó, mediante sugerencias y prescripciones de acciones acerca del momento concreto de la lactancia, con el objetivo de que, mediando un vínculo satisfactorio y una postura, sostén, caricias, miradas adecuadas, la figura materna presente el pecho frente a la niña. Esto generó que, rodeada de condiciones adecuadas, la pequeña comience a ingerir la leche materna, se recupere de su desnutrición e inicie el camino para el establecimiento de un apego seguro.

En la vida real, la primera lactación teórica, está representada por la suma de las experiencias tempranas de muchas lactaciones; pero después de la primera lactación teórica, es donde el pequeño comienza a disponer de material para crear -entonces, en él, existe un potencial creativo, pero lo que logre crear depende, en gran medida, de lo que le es presentado por su madre en el momento de la creatividad-. Si la madre se adapta suficientemente bien, el bebé presupone que el pezón y la leche son resultado de un gesto que surge de su necesidad. Gradualmente va estando listo para alucinar el pezón, en el momento en que la madre se encuentra lista para dárselo. De este modo, los recuerdos se construyen a partir de innumerables impresiones sensoriales asociadas con la actividad de la lactancia y de encuentro del objeto. A medida que pasa el tiempo, sobreviene un estado según el cual, el infante, se siente confiado de encontrar el objeto de su deseo, lo que lleva a que pueda ir tolerando gradualmente la ausencia de dicho objeto. Con esto, se inicia el concepto de realidad externa, el lugar en el cual los objetos aparecen y desaparecen. Gracias a la técnica adaptativa de la madre, el pequeño logra pasar de la ilusión de tener un poder creativo mágico a través de su deseo, al reconocimiento de su falta de control mágico sobre la realidad externa. Es decir, el mundo ya está allí antes que el bebé, pero él no lo sabe y, al principio, tiene la ilusión de que crea aquello que encuentra (Winnicott, 2006).

Entonces, lo que Winnicott (2006) considera es que, la madre, mantiene a su bebé en la ilusión de que lo que ella le brinda es, al mismo tiempo, creado o producido por él, donde, a dicha ilusión que caracteriza a la fase primordial, debe seguir la desilusión, siempre de manera progresiva y, con ello, el acceso a la realidad y a la separación respecto de la madre. Al comienzo, como esta madre se adapta completamente a las necesidades del infante, permite que éste tenga la ilusión de que su seno forma parte de él, estando bajo su control mágico -lo mismo ocurre con todos los cuidados maternos en general-; pero luego, ella, debe, como tarea, ir reduciendo dicha ilusión, mediante una desilusión progresiva -lo que solo se alcanza si primero supo darle a la criatura posibilidades suficientes de ilusión- (Gillerault, 2009). Así como es imprescindible, por parte de las madres, satisfacer la totalidad de las necesidades de sus hijos, también se requiere la habilidad, por parte de ellas, de poder frustrarlos o desilusionarlos -moderadamente y acorde a lo que pueden tolerar-, en relación a sus necesidades, para que logren la separación y el acceso a la realidad. Por ello los casos clínicos, durante la experiencia práctica, que requirieron intervenciones donde las madres puedan implementar el 'no' en el vínculo con sus hijos, los límites en cuanto a las exigencias de estos últimos, la espera para obtener algo que no requiere urgencia y la denegación frente a demandas innecesarias.

De todo el efecto de la ilusión presentado por la madre, depende el acceso del niño a la realidad externa u objetiva, ya que su adecuada adaptación a las necesidades del niño, brinda a este último, la ilusión de que existe una realidad exterior que corresponde a su propia capacidad de crear (Gillerault, 2009).

El recién nacido, además, no sólo necesita cuidados maternos, calor, tranquilidad, protección, sino también el clima sensorial y psicoafectivo de lo que es para él el primer alimento, la leche materna -el único completamente adecuado para su nutrición y crecimiento-. Más allá de una nutrición adecuada, el pequeño requiere, para tener buena salud, de un clima afectivo armonioso. Entonces, los momentos consagrados a la alimentación, son los más importantes de las relaciones de él con su madre, porque son momentos de satisfacción orgánica. De aquí la importancia de que, la madre,

procure no estar ansiosa, impaciente, tensa, sino tranquila y afectuosamente atenta a su hijo. Siguiendo esta línea teórica, se entiende que el momento del destete también representa una etapa fisiológica y psicológica importante, por ello la necesidad de vivirlo en un buen momento, de manera progresiva y en buena armonía con la madre. El complejo del destete no es solamente porque se lo deja al niño sin el alimento líquido tibio que le llega a la boca por succión, sino también porque se produce frustración en relación a la presencia de la figura materna (Dolto, 2000).

En relación a lo anterior pueden distinguirse, en Winnicott, dos madres, la *madre-objeto* –es o detenta el objeto parcial adecuado para satisfacer las necesidades pulsionales apremiantes- y la *madre-ambiente* –es la que se asegura de eliminar lo imprevisible y provee todos los cuidados manuales-; donde, el bebé, se encuentra absolutamente sometido a lo que su ambiente imprime en él y para él, dejándolo bajo la influencia ineludible de su madre-ambiente (Gillerault, 2009).

### 3.1.2. La experiencia de ser madre

Es importante relatar, los cambios que, para Winnicott (2002), se producen en la mujer cuando está por tener un bebé o cuando acaba de tenerlo. Al principio estos cambios son casi por completos fisiológicos, y se inician con el sostén físico del bebé en la matriz. Aunque, no hay duda, de que estos cambios fisiológicos, sensibilizan a la mujer a los más sutiles cambios psicológicos que se producen a continuación. Poco después de la concepción o cuando se conoce su posibilidad, la mujer comienza a modificar su orientación y a preocuparse por los cambios que tienen lugar dentro de ella -su propio cuerpo la alienta a interesarse en ella misma-, desviando, hacia el bebé que crece en su seno, una parte de su sentido del self. Es decir, se identifica con el pequeño que se está gestando, lo que la lleva a tener una sensación muy intensa de las necesidades de éste. Dicha identificación proyectiva dura un cierto tiempo después del parto, para ir perdiendo luego importancia gradualmente. La madre sin distorsiones en este aspecto, está preparada para abandonar su identificación con el infante cuando éste necesita separarse, por más que le resulte difícil hacerlo a la velocidad con la que el pequeño requiere dicha separación, lo que a veces le genera incapacidad para que el proceso llegue a su fin, a pesar de haber brindado un buen cuidado inicial.

La madre, cuando es lo suficientemente buena como para entregarse a la maternidad, cada vez se identifica más estrechamente con el bebé, identificación que conserva una vez que el niño nace, pero que gradualmente pierde en los meses siguientes al parto. Dicha identificación le sirve para conocer lo que el pequeño necesita, es decir, aspectos vitales como el ser sostenido, dado vuelta, acostado y alzado, manipulado y alimentado de un modo sensible. Todo esto facilita las etapas tempranas de las tendencias integradoras del infante, y el inicio de la estructuración del yo, debido a que la figura materna convierte al yo débil del bebé en un yo fuerte, porque ella está allí reforzando todo. En la salud, los procesos que tienen lugar en la mujer generan un estado especial en el cual ella se orienta hacia el infante, estando en condiciones de satisfacer su dependencia (Winnicott, 2002).

Es verdad que cualquier persona que ame al bebé puede satisfacer sus necesidades, pero hay algunas razones por las cuales la madre es la persona adecuada. Primero, es probable que el amor que ella siente por su hijo sea más auténtico y menos sentimental que el de cualquier sustituto. Segundo, puede adaptarse en grado extremo, sin resentimientos, a las necesidades de su hijo, y ser capaz de seguir proporcionándole todos los pequeños detalles de su técnica personal, procurándole así un ambiente emocional simplificado. Y además, por cierto muy significativo, la función materna aguarda al parto o al embarazo para nacer, como consecuencia de lo cual esta madre, mucho antes que el niño advenga, lo instala en su subjetividad, constituyendo la primera representación de su hijo como un ser unificado, sexuado y autónomo, localizándolo como objeto de deseo. En cambio un bebé cuidado, aunque hermosamente, por dos o varias personas distintas, comienza la vida de manera mucho más compleja, debiendo dar por sentado todo un trasfondo de cosas, menos seguras, cuando aparecen los deseos como complicaciones desde adentro. Ciertamente es que, las técnicas, son las cosas más importantes que afectan, en un comienzo, al bebé, pero sólo una persona que actúa naturalmente -que no es más que la madre-, puede ofrecer una técnica simple y continua (Rodulfo & Rodulfo, 1986; Winnicott, 2006). El presente párrafo moviliza la reflexión acerca de un caso clínico trabajado en las Prácticas Profesionales Supervisadas donde, unos hermanitos habían sido abandonados por su madre, repentinamente y sin recibir explicaciones, desde sus primeros años y su tía, fue la responsable de criarlos desde ese momento y hasta la actualidad. Pero lo que sucedía es que ella, al no ser su madre, sentía mucha ansiedad, angustia y preocupación acerca de la crianza y de lo que a sus sobrinos les había ocurrido, lo que le generaba inconvenientes para actuar frente a ellos y permitirles poner en palabras la pérdida y descargar su enojo. A su vez, los niños, por más que su madre los había abandonado, pedían por ella, querían verla, entender por qué los había dejado solos y descargar su enfado, pero esto a su tía la angustiaba mucho y actuaba bloqueando sus



manifestaciones. Este caso resulta esquemático de que, es preferible para los niños contar con personas que los amen y se responsabilicen por ellos, en vez de estar solos, pero siempre es la madre, la persona más adecuada para llevar a cabo mencionada función, de la manera más natural y espontánea que pueda existir.

Lo principal, por parte de la madre en relación al hijo, es el sostén físico, que constituye la base de todos los aspectos más complejos del sostén y de la provisión ambiental en general. Aquella madre no distorsionada por la mala salud o la tensión ambiental del día, tiende, en general, a conocer, con bastante exactitud, lo que necesita su infante y, además, disfruta de satisfacer sus necesidades (Winnicott. 2002).

Por lo general, la madre siempre se transforma en una persona cariñosa, amante y dedicada a su hijo, es decir crea, gracias a los sentimientos que de ella emanan, lo que Spitz (2001) denomina *clima emocional* en la relación con su hijo, lo cual repercute favorablemente, en todos los aspectos, al desarrollo de este último. Su amor, afecto e interés por su pequeño, hacen que ella le dirija una gama siempre renovada, enriquecida y variada de experiencias vitales entrelazadas y embellecidas gracias a su afecto, lo que genera que el niño responda a ellas también afectivamente. Por otra parte, esta figura materna varía de un día a otro, de una hora a otra, de una situación a otra y, como consecuencia, la personalidad del infante absorbe estos patrones cambiantes en un proceso de circuito, lo que influye en su conducta y actitudes. Entonces, de acuerdo a la personalidad de la figura materna, puede haber diferencias enormes en cuanto a que el pequeño sea precoz o retrasado, dócil o fácil, obediente o revoltoso. Otro factor que juega un papel importante es el afecto, ya que, consciente o inconscientemente, madre e hijo perciben el afecto del otro y a su vez responden con afecto, en un intercambio constante afectivo recíproco. Es esta experiencia afectiva en el vínculo, la que actúa como impulso para el desarrollo de todos los demás factores en la criatura, de ahí se deduce su valor. La teorización de Spitz acerca de la importancia del afecto positivo y del clima emocional en el vínculo madre-hijo, concuerda con las maniobras implementadas durante las P.P.S, que perseguían que las madres –en los casos clínicos en los que era necesario-, tomen conciencia acerca del valor de lo afectivo, del diálogo, de la escucha, de las caricias; es decir, de todas las demostraciones de amor, en el día a día con sus hijos, mientras los están educando y satisfaciendo sus necesidades.

Aquella madre que espontáneamente proporciona un cuidado suficientemente bueno, puede mejorarlo si ella misma es cuidada de un modo que reconozca la naturaleza esencial de su tarea. Al contrario, la madre que no proporciona un cuidado suficientemente bueno de modo espontáneo, no se encuentra en condiciones de hacerlo como consecuencia de la mera instrucción. Por ende, ella no necesita una comprensión intelectual de las necesidades del infante; dicha comprensión le resulta inútil, ya que en todas las épocas y en términos generales, las mujeres han satisfecho naturalmente las necesidades de sus infantes (Winnicott. 2002).

### 3.2. Fase de sostén

Es relevante aclarar lo que Winnicott (2002), entiende por el término sostén, el cual representa, como se mencionó, la condición o requisito indispensable para que se constituya un sujeto; es la función básica y principal que lleva a cabo la madre en relación al hijo. La fase de sostén abarca el estado inicial de la relación madre-hijo, cuando este último aún no separó un self del cuidado materno, sino que se encuentra en estado de dependencia absoluta.

El sostén incluye, especialmente, sostener físicamente al infante, lo que es una forma de amar, la mejor forma mediante la cual la madre puede demostrarle su amor al niño. Aquella madre que no puede sostener al niño, genera rápidamente en él una sensación de inseguridad y llanto angustiado. A la vez, dicho término también engloba no sólo el sostén físico, sino toda la provisión ambiental anterior al concepto de vivir con -que implica relaciones objetales, donde el pequeño emerge de su estado de fusión y percibe a los objetos como externos a su ser- (Rodolfo & Rodolfo, 1986; Winnicott, 2002).

La función del cuidado materno durante la fase de sostén, consiste en brindarle todo lo que el bebé necesita, es decir, una provisión ambiental donde, la madre, satisface sus necesidades fisiológicas – la fisiología y la psicología aún no son distintas-, y es confiable -pero no mecánicamente confiable-, de un modo que indica empatía de parte de ella. El sostén, brindado por la figura materna, protege de la agresión fisiológica, toma en cuenta la sensibilidad dérmica del infante –tacto, temperatura, sensibilidad auditiva, visual y a la caída- y su desconocimiento de la existencia de nada que no sea el self; además, incluye la totalidad de la rutina del cuidado a lo largo de todo el día y, por último, sigue cada uno de los cambios cotidianos, tanto físicos como psicológicos, propios del crecimiento y desarrollo de la criatura (Winnicott. 2002).

La conceptualizaciones teóricas se articulan con las intervenciones prácticas de los casos clínicos trabajados –principalmente en el Hospital J.B. Iturraspe-, que tenían por objetivo que las madres puedan sostener físicamente a sus hijos en sus brazos, así como también, puedan sostenerlos desde las miradas, las caricias, las vocalizaciones –más aún si alzarlos en brazos no era posible, por la situación de internación que los niños se encontraban atravesando-.

Además, volviendo al marco teórico, en el transcurrir de esta fase, se inician otros procesos –los cuales se alcanzan si dicho sostén es suficientemente bueno-, el más importante es el alborear de la inteligencia y el comienzo de la mente como algo distinto de la psique –con lo que se inicia la historia de los procesos secundarios, del funcionamiento simbólico y la organización de un contenido psíquico personal-. Luego de ello, el paso siguiente en el desarrollo, es la capacidad para las relaciones objetales, donde el infante pasa de tener una relación con un objeto concebido subjetivamente, a una relación con uno percibido objetivamente, gracias a que deja de estar fusionado con la madre y se separa de ella, relacionándose con la misma como algo separado, como un no-yo. Dicho avance se vincula, no con el sostén en sí, sino con la fase siguiente, que es la de vivir con, pero, la misma se alcanza si, durante la fase de sostén, se brinda un cuidado materno satisfactorio (Winnicott. 2002).

Mientras el infante se encuentra fusionado con la madre lo ideal, según Winnicott (2002), es que ésta comprenda las necesidades de la criatura con la mayor exactitud posible. Luego, con el final –no necesariamente gradual-, de la fusión, se produce un cambio, donde madre e infante, quedan separados desde el punto de vista de este último, y ella tiende a cambiar de actitud, ocurriendo todo como si supiera que su bebé ya no espera que comprenda sus necesidades de un modo casi mágico. Es decir, la madre parece saber que su pequeño adquirió una nueva capacidad, que es la de emitir una señal para guiarla hacia la satisfacción de sus necesidades. Entonces, al final de la fusión, cuando el niño se separa del ambiente, un rasgo importante es que tiende a dar una señal. Puede verse entonces que, en el manejo de los infantes, existe una distinción entre la comprensión, por parte de la madre, de las necesidades del infante basada en la empatía, y su ulterior comprensión basada en algo de la criatura que indica la necesidad. Este pasaje les resulta difícil a ellas debido a que los niños vacilan entre un estado y otro, estando, en un momento, fusionados y necesitando empatía, y en otro momento, separados.

Cuando todo va bien en lo que respecta al cuidado materno del tipo del sostén, el infante no puede darse cuenta de lo que se le está proveyendo, ni de lo que se le evita sufrir; lo que le permite, gradualmente, ir teniendo una existencia personal, una continuidad de ser, sobre la cual desarrollar el potencial heredado. En cambio, cuando las cosas no marchan bien, el infante toma conciencia, no del fracaso del cuidado materno, sino de los resultados de dicho fracaso, sean cuales fueren, es decir, toma conciencia de que reacciona a intrusiones y, su personalidad, se termina estableciendo sobre la base de reacciones a ellas (Winnicott. 2002).

Retomando el caso clínico del Hospital J.B. Iturraspe de la beba que no lograba alimentarse del pecho materno, la principal carencia observada clínicamente y trabajada en la madre, era su gran dificultad para sostener físicamente a la pequeña en sus brazos, apoyarla sobre su cuerpo, acunarla, darle calor y, gracias a ello, permitir que se calme para comenzar a mamar. Suplidas estas carencias del sostén, fue suficiente para que la niña comience a tomar del pecho materno. Con esto se vislumbra el valor que tiene, para el infante, recibir un sostén físico y de provisión de necesidades apropiado por parte de su madre, en la etapa de la dependencia absoluta.

Entonces, si se proporcionan condiciones suficientemente buenas y si hay en el niño un impulso interior hacia el progreso, se produce el consiguiente desarrollo emocional. Las fuerzas que empujan hacia la vida, hacia la integración de la personalidad, hacia la independencia, son intensas, y, con condiciones suficientemente buenas, el niño progresa. En cambio, si las condiciones no son suficientemente buenas, las fuerzas quedan contenidas en el interior del niño, tendiendo a destruirlo (Winnicott. 2002).

Es por ello que, toda madre –por el papel clave que tiene en el desarrollo del infante-, debe conocer la importancia de: la continuidad del ambiente humano, así como del no humano, que ayuda a la integración de la personalidad; la confiabilidad, que hace predecible el comportamiento del ella; la adaptación graduada a las necesidades cambiantes y crecientes del niño, cuyos procesos de desarrollo lo impulsan hacia la independencia; y la provisión para realizar el impulso creativo de su hijo. Además, ella debe mantenerse viva y permitir que el bebé la sienta y oiga vivir, debiendo posponer sus propios impulsos hasta el momento en que su hijo esté en condiciones de utilizar la existencia separada de ella de un modo positivo. Por otra parte, no debe abandonar a su hijo por más minutos, horas o días que los que éste tolera, sin que esto lo lleve a perder la idea de que su madre está viva y es amistosa. Por el contrario, si necesita alejarse demasiado tiempo, después tiene que mimar al niño para que éste vuelva –si no es demasiado tarde- a un estado en el que, de nuevo, da a

la madre por segura. A la vez, para realizar bien su tarea, ella necesita respaldo de afuera, siendo, por lo general, el esposo quien la escuda de la realidad externa y le permite proteger al niño de fenómenos externos imprevisibles –los cuales generan que la criatura deba reaccionar, y cada reacción a una intrusión quiebra la continuidad de la existencia personal y se opone al proceso de integración- (Winnicott. 2002).

En relación al sostén, Calmels (2012), parte de la hipótesis de que el cuerpo no es algo dado, sino algo a construir, y que dicha construcción ocurre, inicialmente, en un espacio de proximidad y contacto incondicionales con el cuerpo del adulto, en una relación de sostén –que el autor denomina *sostén de apoyo*-. Este ámbito material y corpóreo es la base de la sustentación provisoria, que le permite al pequeño explorar sus capacidades funcionales para alcanzar un funcionamiento autónomo. Calmels (2012) entiende el término sostén en función de tener una base de sustentación, un lugar y un alimento al mismo tiempo, lo cual remite a una función muy primaria, la materna, quien sostiene, contiene y alimenta. La madre no solo da su pecho al que, por su indefensión, está sujeto a caerse, sino que ofrece su leche para la alimentación. Por su parte, el término apoyo, remite a hacer que una cosa descansa en otra. Entonces, sostener y apoyar significan alimento y espacio para descansar; y, por ende, la expresión sostén de apoyo reúne dos fenómenos diferentes pero concomitantes, donde el sostén se relaciona con la postura humana, señalando actos posturo-actitudinales, capacidades para mantener una postura y generar una actitud, cuyo logro está vinculado a la calidad y cantidad de los apoyos necesarios. En el niño, entonces, sostén y apoyo se amalgaman, donde sostener es mantener firme, dar respaldo y continencia –ya que el pequeño no puede alcanzarlo por sus propios medios-, y apoyar, es brindar espacios de contacto, para que dicho sostén pueda desarrollarse. En función de ello, la crianza transcurre en un pasaje de la horizontalidad a la verticalidad –ponerse de pie-, de la necesidad de apoyos y sostén máximos, a la independencia del sostén y la reducción de los apoyos.

El denominado sostén de apoyo, es subdividido por Calmels (2012), en *función de sostén, función de acompañamiento y función de provocación*. Dentro de la primera, se encuentra el *sostén de pecho* –que representa la primera contención corporal que la madre ofrece al niño, incluyendo no sólo la alimentación, sino que la zona de contacto que predomina es el pecho del adulto-, y el *sostén de brazo* –el cual es otra forma de contención con disminución de los contactos, ya que se ayuda con los brazos a quien algo, de por sí, puede-; pasados los primeros meses, el niño comienza a vivenciar la posición de sentado sobre los brazos del adulto que lo sostiene. No obstante, ambas expresiones califican la dependencia del pequeño respecto del adulto, así como también, el sostén de apoyo que brindan el pecho y los brazos. Haciendo referencia a la segunda función, se encuentra lo que el autor llama *sostén de mano* –marca un momento clave del desarrollo en el niño, que es la aparición de la marcha, la cual comienza a gestarse en los brazos de su madre, ya que, antes que la criatura pueda acceder a su propio sostén, es mantenida por los adultos en posición vertical, dejando apoyar levemente sus pies sobre la mesa, piso o muslos de quien lo sostiene, ejerciendo, este último, un sostén con las manos, brindando su cuerpo como apoyo-. En esta función de sostén, el cuerpo del niño es aún sostenido por el adulto, el cual es llevado de la mano, se le da una mano en lo que está empezando a poder, se lo acompaña en sus primeros pasos; la mano de sus padres funciona como un sostén y apoyo complementario y ambos se asocian en un plano semejante de verticalidad. En la última función, la de provocación, a diferencia de la anterior –el acompañamiento como una acción de sostén que prelude la marcha-, aquí el niño puede mantenerse en equilibrio, pero sosteniéndose ya por sus propios medios con la ayuda de objetos que lo rodean, gracias a lo cual es incentivado por sus padres a desplazarse; el autor denomina *provocación* a este pedido por parte del adulto, ya que este último provoca, de distinta manera, la aparición de la marcha. El ejercicio de esta última función se caracteriza por la inclusión progresiva de un distanciamiento del cuerpo y del sostén, principalmente, del de la madre.

### 3.3. Desde la dependencia hacia la independencia

Lo descripto precedentemente, resulta fundamental para dedicar un espacio a especificar el desarrollo del infante desde la dependencia hasta que logra la independencia respecto de su madre. El rasgo principal de la infancia es la dependencia –en términos del ambiente que proporciona sostén- y su progresión hacia la independencia. Es decir, gran parte de esta evolución depende, como se mencionó, del aprovisionamiento ambiental. Los procesos de maduración, facilitados de un modo complejo por las personas que cuidan al bebé, le permiten el rechazo de lo que es no-yo y la afirmación de lo que es yo; la capacidad de la madre para permitir el adecuado desarrollo cognitivo-afectivo de su hijo, consiste en irse retirando progresivamente de su condición de apoyo total de éste último (Grassi & colbs. 1990; Winnicott, 2002):

- Primer estado del niño, dependencia absoluta: el infante no tiene modo alguno de conocer el cuidado materno, ni a su madre como persona, ni tampoco a sí mismo; no tiene el control de lo que está bien y mal hecho, sólo puede sacar partido o sufrir la perturbación. Es decir, la continuidad de ser del nuevo individuo se da sin percatamiento alguno del ambiente y del amor brindado por éste último. Aquí las condiciones deben ser suficientemente buenas, sino el infante no puede iniciar su desarrollo innato, o sea que, el ambiente debe efectuar una adaptación al 100% de la necesidad, para que no ocurra, por la reacción ante la intrusión, una interrupción en el estado de ser (Gillerault, 2009; Winnicott, 2002; Winnicott, 2006).

En la primerísima etapa, la dependencia respecto del ambiente es tan completa, que no se puede concebir al infante como una unidad, sino que la unidad se encuentra representada por la configuración ambiente-individuo —el bebé y la madre forman un todo, uno es el otro—, en la cual el nuevo ser humano sólo es una parte y no existe un self individual que discrimine entre lo que es parte de mí y lo que es distinto de mí. No existe como individuo debido a que se encuentra en un estado de fusión indescriptible, donde se confunde con y en su madre, unido y sometido por completo a ella, existiendo gracias a los cuidados que de ella recibe. En esta situación, el pequeño no necesita expresar sus necesidades, ya que esta madre responde a ellas de antemano o está siempre lista para hacerlo al instante; el infante no siente ninguna carencia, no conoce la falta, debido a que ella satisface todas sus necesidades en el momento adecuado. Puede pensarse que la madre sigue actuando como si está gestándolo, donde, como puede verse, todo sucede como si el niño aún no hubiera nacido —se le provee absolutamente todo— (Gillerault, 2009; Winnicott, 2006).

Al principio, el bebé depende totalmente de la provisión física que le llega a través de la madre viva, de su útero o del cuidado una vez nacido. Pero en términos psicológicos él, es al mismo tiempo, dependiente e independiente. Independiente, debido a que está todo lo heredado, todos los procesos de maduración e incluso algunas tendencias patológicas que tienen una realidad propia y nadie puede alterar. Dependiente a la vez, porque, el despliegue de dichos procesos de maduración, depende de la provisión ambiental. Es decir, el ambiente facilitador hace posible el progreso constante de los procesos de maduración —evolución del yo y del self—, pero dicho ambiente no hace al niño, sino que permite que el mismo advierta su potencial (Winnicott, 2002).

[...] una madre y un padre no producen un bebé como un pintor un cuadro o un alfarero un jarrón. Ellos inician un proceso evolutivo del que resulta un huésped en el cuerpo de la madre primero, después en sus brazos, y finalmente en el hogar que proveen los progenitores; cómo será finalmente ese huésped está más allá del control de todos. Los padres dependen de las tendencias heredadas del infante

Winnicott, 2002, p. 111.

Lo que hacen por el niño es proveer lo necesario según su momento de madurez y, si tienen éxito en dicha provisión, los procesos de maduración del infante no quedan bloqueados, sino que encuentran sus necesidades satisfechas y pueden pasar a formar parte del niño (Winnicott, 2002).

La teorización acerca de la dependencia/independencia del infante, se articula con la experiencia del proceso de práctica, ya que hubieron casos de niños donde la herencia y el factor genético habían generado ciertas dificultades en ellos, frente a lo cual, el vínculo con los padres, consistía en ser un factor de apoyo y un recurso frente a lo que se presentaba como irreversible. Es decir, las figuras parentales tenían la función de acompañar a sus hijos, de la mejor manera posible y en base a lo que estaba a su alcance, en el tránsito por sus dificultades.

Al principio es la propia madre la que constituye el ambiente facilitador, por eso necesita respaldo, el cual es brindado principalmente por el padre, la familia y el ambiente social inmediato. El nombre que Winnicott (2002), otorga a este estado —del cual la madre se recupera y lo olvida—, es *preocupación materna primaria*. Se trata, al decir de Winnicott que, hacia el final del embarazo y durante algunas semanas luego del parto, la madre, encontrándose en un estado también dependiente y vulnerable, está preocupada por el cuidado del bebé y entregada a dicho cuidado, donde el pequeño le parece una parte de ella misma, se identifica con él, lo que le permite el poder sostenerlo y conocer perfectamente lo que siente.

Es decir, la madre se encuentra en un estado de adaptación, donde no abandona a su infante —aunque puede y debe frustrarlo en cuanto a sus necesidades instintivas—, y satisface las necesidades de su yo. Aquella madre capaz de entregarse durante un lapso limitado a su tarea natural, protege el seguir siendo del infante. Por el contrario, toda intrusión o falla de la adaptación causa una reacción en él, la cual quiebra el seguir siendo, lo que interfiere con la tendencia natural de la criatura a convertirse en una unidad integrada, capaz de seguir teniendo un self con pasado, presente y futuro.

La recompensa en esta etapa es que, el proceso de desarrollo de la criatura, no sufre distorsión alguna (Winnicott. 2002).

Pero dicha adaptación sensible a las necesidades del yo del infante dura sólo un pequeño lapso, hasta que, pronto, la criatura empieza a sacar algo positivo y a obtener placer con el pateo y la rabia, lo que puede denominarse pequeñas fallas de la adaptación. Ahí mismo, la madre reemprende su propia vida, que se vuelve, de a poco, independiente de las necesidades de su pequeño. Es decir, la adaptación total por parte del ambiente se torna, luego de un tiempo, innecesaria, y una gradual inadaptación a la necesidad se vuelve provechosa e inevitable, debido a que el intelecto del pequeño logra comenzar a explicar dicha inadaptación, a darle cabida y a preverla (Winnicott. 2002; Winnicott, 2006).

La madre, como puede notarse, –que es todo el ambiente para el infante-, tiene una doble polaridad, es, a la vez, la que sostiene la fusión primordial con el pequeño, pero, también, la que debe obrar para liberarlo de dicha fusión, contribuyendo a la diferenciación progresiva, para que este último pueda acceder al mundo de la realidad (Gillerault, 2009).

- Avance del infante hacia la dependencia relativa: el pequeño se da cuenta de la necesidad que tiene de los detalles del cuidado materno y, en medida creciente, los relaciona con sus impulsos personales. Se diferencia de la dependencia absoluta porque aquí, el bebé, puede darse cuenta de dicha dependencia, en cambio la absoluta está más allá del alcance del mismo. Esto quiere decir que, en un principio, la madre hace mucho por satisfacer las necesidades del yo de su hijo, pero nada de ello queda registrado en la mente de él. En cambio, la etapa de la dependencia relativa, es un período de adaptación con una falla gradual de la misma. La madre se encuentra, por así decirlo, dotada para proveer una desadaptación graduada, lo cual se articula perfectamente con los desarrollos rápidos que despliega el infante, por ejemplo, en el plano de la comprensión intelectual (Winnicott. 2002).

Todo el procedimiento del cuidado del infante tiene como característica central una representación regularizada del mundo, lo cual es algo que no puede hacerse ni mecánica ni deliberadamente, sino que sólo lo logra el manejo continuo realizado por una mujer, la madre, que es siempre ella misma. No se habla de perfección, sino de que, lo que el infante necesita, es exactamente lo que se suele lograr, es decir, el cuidado y atención de esa figura que sigue siendo ella misma. El pequeño sólo puede encontrar una representación de la realidad externa libre de confusiones, si lo cuida un ser humano consagrado a él y a la tarea de atenderlo. Entonces es la madre quien, luego de un estado de devoción total al niño, va saliendo de dicho estado para retomar, como se dijo, sus propias actividades (Winnicott. 2002).

La recompensa en esta etapa consiste en que el pequeño empieza, de algún modo, siguiendo a Winnicott (2002), a percatarse de la dependencia. Entonces, cuando la madre se ausenta por un lapso de tiempo más extenso que el de la capacidad del bebé para creer en la supervivencia de ella, aparece la angustia, primer signo de que el infante conoce –antes, si la madre estaba ausente, él no podía beneficiarse con la habilidad de ella para protegerlo de las intrusiones, lo cual no beneficiaba al desarrollo de la estructura de su yo-. Después de que el pequeño siente necesidad de la madre, aparece la etapa en la que empieza a comprender que ella es necesaria, lo cual lleva, en la salud, a que cada vez más la necesite terriblemente. Frente a esto, ella, sufre por tener que dejar a su hijo solo, con lo cual está dispuesta a sacrificar mucho para no provocar en él malestar y desilusión durante esta fase de la necesidad especial, la que dura aproximadamente desde los seis meses hasta los dos años. Una vez que el niño tiene dos años, ocurren en él nuevos desarrollos, sumados a factores ambientales –por ejemplo figuras que funcionan como sustitutos maternos-, que le brindan herramientas para tratar con la pérdida.

En párrafos anteriores se sugirió que, un desarrollo importante y necesario en el niño es la capacidad de identificación con su madre, la cual se encuentra presente desde muy temprano en él. Existen reflejos primitivos que constituyen la base de estos desarrollos, por ejemplo, la sonrisa con la que el bebé responde a otra sonrisa. Hasta que el mismo se vuelve capaz de formas más complejas de identificación, que implican la existencia de imaginación, como es el deseo del pequeño de llegar, con su dedito, a la boca de la madre y alimentarla, mientras él mismo toma el pecho. Este suceso es muy importante porque, una vez desarrollada en el niño la capacidad para ponerse en el lugar de la madre, se produce un gran alivio de la dependencia. A su vez, lo anterior, conlleva a la comprensión de que la figura materna tiene una existencia personal y separada, hasta que finalmente, llega a creer en la unión de los progenitores, lo que produjo su propia concepción (Winnicott, 2002).

Todos estos nuevos mecanismos mentales sobre el tema de la dependencia, consisten en que el infante puede aceptar acontecimientos que están más allá de su control. Además, empieza a comprender y a utilizar el lenguaje, lo que les permite a los progenitores, darle la oportunidad de

cooperar, a través de la comprensión intelectual, aunque en la profundidad sienta odio, desilusión, miedo e impotencia. Esto quiere decir que, la madre, verbaliza que va a marcharse, lo que da resultados en el niño –salvo que ella se ausente por más tiempo del que el infante esté capacitado para mantener, en sus sentimientos, la idea de que su madre está viva- (Winnicott, 2002).

Una vez que el niño es una unidad, una persona total, que puede diferenciar interior/exterior, yo/no yo, su crecimiento toma la forma de un intercambio continuo entre la realidad interna y la externa, las cuales se enriquecen recíprocamente. Se vuelve capaz de probar el mundo con muestras de su propia vida interior y logra abarcar casi todos los hechos externos, gracias a lo cual obtiene el control de esos hechos y, lo más importante aún, el control del funcionamiento interior de su propio self (Winnicott, 2002).

Articulando con la experiencia práctica, las maniobras enfocadas a que las madres –en los casos clínicos que lo requieran-, disminuyan la sobreprotección en el vínculo con sus hijos, puedan establecer límites, decir no frente a demandas innecesarias y ocuparse más de ellas mismas y de sus actividades, tenían como objetivo facilitar el crecimiento y avance sano de los niños, con el fin de que no permanezcan en un estado de dependencia absoluta, sino que logren, a medida que vaya creciendo, conquistar cada vez mayor autonomía e independencia; lo cual también significan importantes contribuciones de un vínculo positivo con la figura materna.

- Último logro del infante, hacia la independencia: implica un ambiente internalizado, sumado a la capacidad del niño para cuidar de sí mismo, es decir, el infante desarrolla medios para pasar sin cuidado real y lo logra gracias a la acumulación de recuerdos de cuidado, a la proyección de las necesidades personales y a la introyección de detalles de cuidado, con el desarrollo de confianza en el ambiente. Aquí la falla ambiental ya no perjudica, necesariamente (Winnicott, 2002).

A medida que los desarrollos de las dos etapas anteriores –dependencia absoluta y relativa- quedaron establecidos, como ocurre en la salud, el niño puede, gradualmente, enfrentar el mundo y sus complejidades, se identifica con la sociedad en círculos crecientes de la vida social, debido a que la misma es una muestra del mundo personal del self, así como una muestra de fenómenos externos. De este modo, se desarrolla una verdadera independencia, donde la criatura llega a una existencia personal satisfactoria, mientras participa en los asuntos de la sociedad (Winnicott, 2002).

Hacia la independencia describe las luchas del niño deambulador y del púber, el cual, en el período de latencia, está satisfecho con la dependencia que todavía experimenta. Puede decirse que el camino recorrido desde la dependencia hasta la independencia finaliza en la vida adulta, cuando el individuo halla su lugar en la sociedad, gracias al trabajo, a la formación de una familia, etc., llegando a una solución de transacción entre copiar a los progenitores y la identidad personal desafiante (Winnicott, 2002).

Puede decirse que lo que cuida una buena madre es que su niño pueda descuidarse de ella, tanto en el sentido de perderla de vista, como en el de sustraerse a sus cuidados. Entonces, lo que en un niño se educa, es la constitución de un saber, que le posibilite dejar al objeto materno a sus espaldas (Grassi & cols., 1990).

Reflexionando acerca del desarrollo del infante desde la dependencia hasta la independencia y del papel clave que presenta la figura materna en este avance y en todas las adquisiciones que se van gestando en el niño, nuevamente se valoriza la importancia, como profesionales de la salud, de fomentar comunitariamente un enfoque preventivo y de promoción acerca del vínculo positivo desde la concepción y concientizar a los adultos sobre el desarrollo de competencias parentales adecuadas, que faciliten el paso sano y seguro del infante hacia su independencia.

En resumen, siguiendo los avances teóricos de Winnicott, se puede tener un enfoque evolutivo acerca de la naturaleza humana, partiendo del infante; mencionado enfoque es

[...] primero, a partir de un fusión primaria del individuo con el ambiente, emerge algo, la pretensión del individuo de ser capaz de estar en un mundo que lo desconoce; luego, el fortalecimiento del self como entidad, como una continuidad del ser, como un lugar en el cual y desde el cual emerge el self como unidad, como algo ligado al cuerpo y que depende del cuidado físico; luego el incipiente percatamiento –ya que implica la existencia de una mente- de la dependencia, así como de la confiabilidad de la madre y de su amor, que al bebé le llega como un cuidado físico y una íntima adaptación a su necesidad; luego la aceptación personal de las funciones y los instintos con su apogeo, del gradual reconocimiento de la madre como otro ser humano, y junto con esto el pasaje de la crueldad a la preocupación por el otro; luego un reconocimiento de un tercero y del amor complicado por el odio, y del conflicto emocional, todo esto enriquecido por la elaboración imaginativa de cada función y el crecimiento de la psique al par que el del cuerpo; asimismo, la especialización de la capacidad intelectual, que depende de la dotación cerebral; y, además, el gradual desarrollo

de la independencia respecto de los factores ambientales, que a la larga lleva a la socialización

Winnicott, 2006, p. 24

Entonces, se afirma que, es la madre quién establece la salud mental del niño, al preocuparse, por los cuidados que debe dar a su bebé. Ella tiene éxito en su tarea de adaptarse activamente y con sensibilidad a las necesidades absolutas de su hijo, no porque es una especialista, sino porque se encuentra en un estado de devoción para con él (Gillerault, 2009).

### 3.4. Primacía de vínculo madre-hijo desde la perspectiva de otros autores

Conjuntamente con la teorización de Freud y Winnicott expuesta precedentemente, resulta sustancial exponer las investigaciones teóricas de otros autores, con la intención de mostrar cómo cada uno, a pesar de haber alcanzado conclusiones teóricas disímiles, acuerdan en otorgar a la figura materna, el rol principal en relación al desarrollo del niño.

#### 3.4.1. Françoise Dolto y sus convergencias y divergencias con Winnicott

Siguiendo a Gillerault (2009), Dolto coincide con Winnicott, en colocar a la madre en primer plano – como la que lleva el devenir del potencial de su bebé-, sosteniendo que, para todo ser humano, su relación con la madre, fuente de su propia existencia, es la que permite anclar sus raíces en lo que puede llamarse sagrado. El equilibrio de la díada madre-hijo es esencial para el devenir humano del pequeño, donde su ser –principalmente su imagen del cuerpo- sólo puede encontrar su completud y consistencia a través de la presencia constante y estructurante de la madre; la imagen del cuerpo se constituye a través de la observación efectiva del rostro materno y de las referencias sensoriales que repetidamente provee la presencia de esta madre que, a través del sostén incesante que brinda a su hijo, le permite encontrar las vías corporales de su vivir (Gillerault, 2009).

A diferencia de Winnicott, Dolto sostiene que, no hay una fusión tan absoluta madre-hijo que convierta a la díada en una completud, sino que recalca, de entrada, la necesidad de abrirse a un tercero; es decir, el sentimiento materno, por más atento y amoroso que sea, sólo será vivificante para el niño, si coexiste en la madre con sentimientos conyugales e intereses culturales y sociales. Entonces, a esta díada, se suma el padre el cual, constantemente, está incluido en la madre, formando, desde el comienzo, una *trinidad* constante. Para Dolto, no existe ninguna forma de fusión – a no ser que se revele patológica-, entre la madre y el niño, lo cual vale incluso también para la etapa de la gestación, durante la cual no excluye que pueda instaurarse una especie de comunicación hablada –internamente- entre la madre y el bebé que lleva en ella, pero esto es signo de una relación no simbiótica, sino simbólica, entre ellos. Así, feto y madre son una simbiosis pero no dual, sino trinitaria donde, para el primero, no hay madre sin un otro, el padre. Existe un emparejamiento primordial del infante con su madre, pero no reduce el primero a la segunda, ni lo asimila a ella, por más que reconozca el apego a ella; o sea, las coordenadas existenciales del niño pasan efectivamente por la madre, pero no al punto de confundirse con ella. Una relación dual del bebé - transformado en el centro de todo- con su madre, constituye una prisión cerrada sobre él, donde las emociones que se intercambian en su interior, están desprovistas de valor humanizante. El niño desea lo que ve desear al adulto y, entonces, si él es el foco del deseo del adulto, la fuente de dicho deseo se agota en él. De aquí la importancia de que el niño no puede vivir psíquicamente si no es en una relación emocional triangularmente humana, por lo cual tiene, entonces, necesidad tanto de una madre, como de un padre. Como consecuencia de esta relación triangular, el niño es testigo de que el ser deseado, indispensable para su supervivencia, es amado y deseado por otro, que deviene, entonces, modelo relacional humano (Dolto, 1991; Dolto, 2000; Gillerault, 2009).

Dolto no admite la no-existencia, al principio, del bebé en cuanto tal –no-existencia en el sentido de Winnicott de que el infante no es nada fuera del marco que designa el término ambiente, siempre subyugado a la devoción materna-. Para Dolto, desde el principio mismo hay sujeto, y dicho sujeto, que es el que el bebé encarna, está presente desde la concepción (Gillerault, 2009).

Dolto entiende por sujeto a un

[...] alguien -un humano- a quien nos dirigimos, le hablamos, a quien tenemos derecho de hablar –si no el deber- y, justamente, porque siempre está preso, en cuanto humano, dentro de un campo comunicativo, y potencialmente verbal, único soporte que puede dar un sentido último –y primero- a su ser

Gillerault, 2009, p. 53

Lo preliminar fue lo que condujo a Dolto a la recomendación de hablarle al niño, debido a que él mismo es fundamentalmente, por pequeño que sea, un ser de palabra; mediante la palabra, su madre lo sostiene en su vivir humanizado y le asegura el reconocimiento de lo que él es en su ser deseante. Desde el comienzo de la vida, el niño tiene la facultad de la palabra, no puede aún hablar por sí mismo verbalmente, lo que tiene es el entendimiento de las palabras y constantemente está en busca de comunicación con el otro. Entonces, para Dolto, el bebé es, ante todo, un sujeto, sin importar lo que le exija su evolución hacia una subjetividad –es decir, a un yo o imagen del cuerpo-. La madre representa ese Otro Primordial, ese Otro como constituyente, como instancia misma de la palabra, como lugar desde donde se le habla al niño y donde, al mismo tiempo, la palabra adviene de ese modo para él, en él. Siguiendo esta línea, si la madre le habla al bebé, no es para embriagarlo con su verborrea, sino para hacer que advenga a su estatus de humano. Esto es así porque, el niño, vive más de palabras y del deseo que se tiene de comunicarse con el sujeto que él es, que de cuidados físicos; el lazo corporal cobra sentido gracias al lazo afectivo. La palabra materna derrama un flujo portador y creador de sentido, que se anticipa a la capacidad del infante de reconocer su significación y retomarla por cuenta propia; es decir, la madre se presenta como un yo hablante, que ubica al pequeño en situación de destinatario de un discurso; ella es la enunciante y mediadora privilegiada de un discurso ambiental, a través del cual le indica los límites de lo posible y lo lícito, en beneficio de la constitución futura de la instancia del yo. La entrada en acción de la psique requiere, como condición, que al trabajo de la psique del infante se añada, la función de prótesis de la psique de la madre – prótesis comparable a la del pecho, en cuanto extensión del cuerpo propio, debido a que se trata de un objeto cuya unión con la boca es una necesidad vital, pero también porque dicho objeto concede un placer erógeno, necesidad vital para el funcionamiento psíquico- (Castoriadis-Aulagnier, 2001; Dolto, 1991; Gillerault, 2009).

Es la palabra la que, a causa de la función simbólica, conlleva mutación en el nivel del deseo: de la satisfacción erótica parcial, a la relación de amor que es comunicación de sujeto a sujeto, o más bien del presujeto –lactante- al sujeto que es la madre, objeto total para su bebé, a quien ella sirve como referencia del mundo y de sí mismo

Gillerault, 2009, p. 56

Dolto ofrece el marco y la justificación para las intervenciones implementadas durante el proceso de práctica que tenían como objetivo que las madres se involucren más con sus hijos y sus problemáticas. En este sentido, se maniobró en pos de que ellas puedan, por ejemplo, vocalizarles, cantarles, hablarles a sus bebés a la hora de alzarlos, acariciarlos y darles de mamar; comunicarse con sus hijos de manera lógica, no unilateralmente, sino esperando su opinión y escuchándolos cuando hablan, proponiéndoles que elijan y formulen ideas; así como también, evitar hablar de ellos y, en su lugar, hablar con ellos, dándoles tiempo para expresarse y comprendiéndolos. Estas son algunas de las técnicas específicas que tenían como fin, no sólo que las figuras parentales se involucren y adopten una postura más activa en relación al motivo de consulta, sino también, que se aprenda a valorar la importancia del diálogo, de la palabra que se ofrece al niño y que se escucha de él.

Continuando con la línea teórica iniciada, para Dolto, el bebé ya está abierto a la alteridad, a la efusión de ese encuentro con un pequeño congénere. Es un ser sensible a la manifestación que percibe de lo social, de lo relacional, revelándose como dispuesto y hasta destinado al encuentro. Desde el nacimiento mismo, el narcisismo del bebé, está cruzado por la sutil relación lingüística, creadora de sentido humano, originada en la madre y sostenida por ella (Gillerault, 2009).

Es clave ofrecerle al niño palabras verídicas acerca de su historia, ya que es la palabra verdadera la que puede restituir su estructura simbólica, en la verdad de la relación en la que se le habla de él, de su historia. Es preciso que esta historia, su historia, se le diga en una relación con él, al mismo tiempo que con otra persona, la que lo atiende corporalmente y lo escucha. Nunca es demasiado pronto para hablar a un ser humano, para decir la verdad, ya que él es un ser de palabras desde la vida fetal, entonces, desde que está en el útero, se le pueden ofrecer palabras verídicas -además, este niño tiene la inteligencia de la verdad, de la sinceridad de los intercambios afectivos-. Hablar a la persona del bebé y dejar tiempo para que emita una respuesta que el adulto no oye –ya que el pequeño no tiene palabra para hablar- pero igual se expresa, emite un deseo, en respuesta no audible, debido a que el deseo y el sujeto están ya ahí, llamado a serlo, se estructura, se construye, consciente, cohesivo. El niño tiene su propio deseo que quiere manifestar, y la única manera de reconocerlo como sujeto es hablar a su persona y dejarle un tiempo para responder, escuchándolo –con el



corazón, con la piel-. Además, el efecto de las primeras palabras dadas al niño, por parte de la madre –que es todo un ser que se traduce por su decir, que es la experiencia de su ser-, es extraordinario, como si, en ese momento, el ser humano vive una intensidad arcaica tal de la relación con el Otro que toda palabra, va a actuar en la relación entre ambos; por eso la importancia de hablar de manera positiva, pero no sólo repitiendo palabras sin pensarlas, sino siendo un ser vivo con él. Al cuerpo del niño hay que añadirle la palabra, porque es esencial, consustancial a dicho cuerpo, y tan necesaria para él, como lo que necesita para sus metabolismos corporales; hay un metabolismo del psiquismo que comienza desde la vida fetal (Dolto, 2000; Dolto, 1991).

Contrariamente, para Winnicott, la madre es una madre que no habla, no recurre fundamentalmente a la palabra frente a su hijo, debido a que no tiene ningún valor, para el infante, el uso de la palabra en la etapa de la dependencia absoluta, ya que este último depende de los cuidados, de la empatía, más que de la comprensión de lo que es verbalizado o de lo que puede serlo (Gillerault, 2009).

Dolto, entonces, argumenta la convicción de la presencia de un sujeto encarnado; Winnicott, acentúa el punto de vista, más que del sujeto, del objeto. El interrogante para la primera sería la manera en que el infante adviene a la subjetividad y, para el segundo, el modo en que accede a los objetos. Para responder a estas preguntas, la madre actúa, para Dolto, como la que habla al niño y lo ayuda así a reconocerse a sí mismo, ya que lo reconoce a él como ser que habla –el bebé es considerado como un sujeto ya desde el principio inmerso en la palabra que se le dirige, y que él recibe y asume, con lo cual y gracias a lo cual logra su reconocimiento como humano-. Para Winnicott, la figura materna funciona como la que provee objetos –pone objetos a disposición del niño, comenzando por ese objeto, el seno, en que se convierte para él, es decir, provee el objeto adecuado en el momento adecuado-, interviniendo para ayudarlo a que constituya, desde el objeto subjetivo, el objeto objetivo (Gillerault, 2009).

Es decir, siguiendo a Gillerault (2009), el niño está planteado originalmente, para Dolto, como un sujeto, que no tiene por sí solo, los medios de su subjetivación. De aquí se deduce la importancia de la madre como Otro, o sea, su estatus simbólico, a raíz de lo cual y gracias a lo que, el infante, llega a elaborar su imagen del cuerpo de manera significativa por medio del lenguaje y la palabra, en el lugar del Otro. Todo lo que se desarrolla en la estructuración infantil, sólo adviene a través del lenguaje y la palabra, que dan cuerpo a la realización del sujeto. La subjetivación se realiza a través de un cruce entre un cuerpo en toda su vitalidad y lo que se encuentra simbolizado de él a través del intercambio comunicacional madre-hijo, donde la palabra ya está actuando, operando. Lo anterior se denomina *encarnación*, debido a que el sujeto recibe en su cuerpo los efectos de una palabra que hace que se reconozca en él y que, entonces, se reconozca a sí mismo como ser que habla, a través de una palabra interiorizada, aquello por lo cual el sujeto toma cuerpo. Logra apreciarse, en Dolto, la idea de una íntima proximidad corporal entre la madre y su hijo, hecha de toda la gama de sensorialidades finas, pero que está esencialmente impregnada de subjetividad hablante, en la medida en que el cuerpo del bebé es forjado por, y está condenado a, la puesta en funcionamiento del lenguaje hablado. La madre, mediante la función de sostén, aporta a su bebé la portación del verbo –a través de las palabras dirigidas, él puede reconocerse como sujeto-, y no solamente el marco del ambiente de sus cuidados. Mientras el pequeño está despierto, es un deseo constante, es el deseo de comunicación que, para que sienta dicha comunicación, debe caracterizarse por variancias de percepciones, ya que, si es monótona, continua y de modalidad constante, el niño deja de sentirla, pierde significado para su deseo (Dolto, 1991).

La madre, en Dolto, no es una madre suficientemente buena o completamente abnegada o consagrada a su pequeño, sino más bien orientada hacia el sujeto deseante que es él mismo, que debe advenir, abrirse al deseo. A la vez que esta madre necesita ser sostenida en esto por la presencia simbólica de un tercero –el padre-, que no es sólo un sostén benevolente, sino que, estructuralmente, viene a reorientar, reordenar y separar a la díada, para que no se vuelva sofocante y clausurante (Gillerault, 2009).

F. Doltó teoriza acerca de la importancia de la presencia de la figura paterna en el círculo de la relación madre-hijo. De aquí se deduce la necesidad –durante la experiencia práctica-, en el momento de recibir la consulta por el niño, de intentar tener presentes a ambos padres, que los dos se comprometan de igual manera, participen, establezcan acuerdos y mejoren sus competencias en beneficio del niño y su problemática.

Similar a la idea winnicottiana, Dolto plasma la idea en el infante de una no-integración primaria, es decir, los elementos de vida que, al comienzo, están separados, son discordantes, están dislocados y encuentran su completud a través de la madre –pero es una madre que habla, un sujeto deseante y no una madre-ambiente, un objeto que preside el ambiente-. Pero esta no-integración se encuentra neutralizada, desde el principio, a través de la potencialidad simbolizadora –portada por las instancias

tutelares-, comenzando por el efecto de la nominación, en particular por el nombre de pila, que da testimonio, de una integración ya presente en potencia. Su teoría no se correlaciona con la que plantea Winnicott acerca del riesgo, para el bebé, de las intrusiones del ambiente, sino que, para Dolto, siempre hay una integración significativa en funcionamiento, simbolizada por la palabra. El ambiente tiene una orientación simbolizadora presente -y presentificada por la madre-, siendo capaz de operar la función de reconocimiento, que coloca al sujeto en el universo del símbolo y le otorga -por más que no es suficiente para prevenir la no-integración fragmentaria-, existencia simbólica (Gillerault, 2009).

Dolto no insiste en que el infante posee capacidad de ilusión -a la manera que sí lo señala Winnicott-, ya que cree en el valor de la verdad producida en y para el niño, la verdad que se dice mediante la palabra que se da. Mediante la ilusión, para Dolto, el niño es abusado, aunque sea por una buena causa. En efecto, cuando la madre del bebé, presentado por Winnicott, se esmera en mantener la ilusión de una plenitud original -fusión total, dependencia absoluta, ausencia de carencias-, la madre del infante, explicada por Dolto, se supone que debe trabajar más bien con la falta, ya que no lo traviste con una falsa plenitud, ni la disimula -sin negar la potencialidad imaginativa del niño, la madre es más sensible a promover lo verdadero, la verdad en la relación, que a insistir en el espejismo de la ilusión-; porque nombra y, con ello, simboliza a su hijo, aunque no crea que lo libera absolutamente de la carencia y de la angustia que la misma conlleva, ella le abre el acceso al deseo (Gillerault, 2009).

En lo que respecta a la construcción de la identidad -sentimiento de mismidad- en el niño, siguiendo a Dolto, la autora remarca la construcción de lo que llama imagen del cuerpo, mencionada imagen como portadora de la identidad -Winnicott utiliza la palabra integración del yo como vector del sentimiento de unidad en el pequeño, a partir de la fusión inicial con su madre-. Esta imagen de cuerpo, entonces, consiste en seguir la manera en que se realiza la subjetivación del niño, a partir de cuya puesta en juego, corporal, arcaica, emerge la instancia del yo - lo que el niño realiza, es la exclamación asumida de su yo, la afirmación de sí-. La identidad es, de esta manera, algo que va forjándose -ya que en un comienzo se encuentra lábil, dispersada, perdida, atomizada, como en un caos, tratándose de una dispersión existencial de tiempo y espacio, en la vivencia del bebé-; entonces, no se encuentra asegurada desde un comienzo, sino que Otro porta su emblema, su apuesta y sostiene su desafío, hasta que, finalmente, logra ordenarse, coordinarse en la posibilidad de un centramiento identitario, que va a permitir, la asunción subjetiva del yo. Es decir, ese Otro aporta instrumentos simbolizadores -la palabra- que, desde un principio, buscan paliar la dispersión caótica (Gillerault, 2009).

Siguiendo a Dolto (2000) y lo que plantea respecto a la identidad, si bien el ser humano, por su cuerpo, es el asiento de necesidades de aportes que lo colocan en comunicación con el mundo, y de los que la madre es la mediadora es, por el deseo de una imagen de sí mismo, como estructura su verdad y mantiene su deseo. Esta imagen de incompleción experimentada, se elabora en él según la llamada que oye de su madre, y también, sobretodo, según la ausencia de respuesta por parte de esta a sus llamadas, debido a que se encuentra ocupada en responder a su cónyuge; esta madre sustrae al niño valencias energéticas y emocionales, para dárselas al hombre que la atrae genitualmente y que es complementario de su femineidad -ya que si el bebé es el centro exclusivo de interés, sólo está encarcelado en el deseo que su madre tiene de que él manifieste sus necesidades-. En relación a la identidad, tanto Dolto como Winnicott, insisten en la necesidad, para el bebé, de mantener la continuidad de su vivencia -frente a la dispersión del desmembramiento- y, con ello, de su ser, tratando de actuar para que el pequeño, pueda llegar a sentir que es él mismo, según el capricho de sus experiencias, para así tender, a una centración identitaria. Frente a esto, se acaba nuevamente desembocando en la importancia de la intervención de la figura materna, ya que es ella a quien le compete la tarea de sostener el ser de su hijo, para asegurar su continuidad inicial. Por su parte, la madre del bebé mencionada por Dolto, se encuentra mejor provista en cuanto a instaurar la continuidad, ya que tiene a su disposición los recursos significantes del lenguaje. Siguiendo a Winnicott, a falta de verbo, la continuidad se halla asegurada de un modo más sustancial, gracias a la presencia efectiva de la madre-objeto y/o de la madre-ambiente -al mirarse en los ojos de su madre, el pequeño se ve en la imagen que ella le devuelve de él, lo cual es clave para la representación que forje de sí mismo-. Sea como fuere, ambos convergen en la necesidad de la intervención de la madre, ya que, la identidad del bebé no tiene un motor propio, éste no logra conquistarla por sus propios medios, sino que requiere, para su edificación, del sostén del Otro materno -otro objeto según Winnicott, Otro de palabra según Dolto- (Gillerault, 2009; Janin, 2011).

Existe un deseo presente en el ser humano desde el primer latido de su corazón, lo que hace que predomine el vínculo simbólico sobre el carnal, que predomine la intención sobre los actos y los

comportamientos y, fundamentalmente, que predomine la palabra verdadera, la que se da y no se arranca ni se pone en duda. Así como también, se impone la preponderancia del gesto verdadero de amor, del gesto justo que no impone la seguridad, sino que la insta en el corazón del niño, envolviéndolo con palabras (Dolto, 2000).

A modo de cierre, por más que se establezca una comparación entre las teorizaciones de Winnicott y Dolto, las técnicas implementadas conjuntamente en el proceso de práctica que perseguían que las madres puedan sostener físicamente a sus hijos, proveerle sus necesidades, en una comunicación y un diálogo continuo con ellos, se complementan perfectamente, colaborando todas a la promoción y creación de un vínculo positivo madre-hijo y a la consiguiente instauración de salud mental en el niño.

#### 3.4.2. René Spitz y sus tres etapas en el desarrollo del objeto libidinal

Así como Winnicott (2006) plantea una evolución en el vínculo madre-hijo desde la dependencia hasta la independencia, Spitz (2001) por su parte, propone tres etapas en el desarrollo del objeto libidinal –el objeto de un instinto es aquello en relación a lo cual, o a través de lo cual, el instinto logra su finalidad-. Debido a que el neonato se encuentra, al principio, en un estado de indiferenciación, en su mundo, no hay objetos, ni relaciones de objeto, sino que ambas se desarrollan progresivamente, en el transcurso del primer año, en cuya última parte, es el objeto libidinal el que se establece. Durante el primer año, el bebé pasa por una etapa de simbiosis psicológica con la madre –ella es para él todo su medio circundante, percibida como parte de la totalidad de sus necesidades y de su satisfacción-, hasta alcanzar la etapa siguiente, la del desarrollo de las interrelaciones sociales. Las tres etapas en este desarrollo del objeto libidinal son:

- Etapa preobjetual o sin objeto: es una etapa de no-diferenciación donde, como se señaló, en el mundo del neonato, no existe ni el objeto, ni la relación de objeto. Sus funciones no están suficientemente organizadas en unidades, no sabe distinguir una cosa de otra, tampoco una cosa externa de su propio cuerpo, ni el medio que lo rodea es algo distinto, ni separado para él. Percibe, entonces, el pecho satisfactor de sus necesidades y proveedor de alimento, como una parte de él mismo. Los estímulos que provienen de afuera son percibidos sólo cuando su nivel de intensidad excede el del umbral de la barrera contra el estímulo, irrumpiendo a través de dicha barrera, rompiendo la calma del infante y generando, por ende, que éste reaccione con desagrado.
- Etapa del precursor del objeto: hacia el principio del segundo mes, un ser humano que se acerque empieza a adquirir un puesto privilegiado entre las cosas que rodean al pequeño, es decir, comienza a percibir visualmente al adulto que se acerca, establece la representación del rostro humano en su sistema mnémico –pero sin diferenciar aún algunos rostros de otros-. Lo que produce mayor respuesta a esta edad, es la percepción táctil, intraoral del alimento, es decir, el infante reacciona al estímulo exterior, sólo cuando éste coincide con la percepción introceptiva del hambre. Luego, cuando percibe un rostro humano, sigue sus movimientos con suma atención, ya que lo asocia con el alivio del displacer y la experiencia de placer –porque este aparece en su campo visual cada vez que su necesidad es satisfecha-. Por ejemplo, en el amamantamiento, el infante mira el rostro de su madre, o en cualquier cosa que se haga con él como cambiarlo, alzarlo, se le ofrece siempre la mirada. Es así que, el rostro humano, se convierte en un percepto visual privilegiado frente a las demás cosas del medio circundante. Luego, al tercer mes, responde al estímulo de dicho rostro con una sonrisa, lo cual es un hito importante, ya que representa la primera manifestación de conducta activa, dirigida e intencional, el gran paso del infante de la pasividad completa hacia la conducta activa. Pero, esta respuesta sonriente del pequeño, no indica aún una verdadera relación de objeto, ya que lo que percibe es un signo –configuración de una parte del rostro humano-, y no un objeto libidinal o una persona. Esto puede observarse ya que la criatura no responde con su sonrisa a una persona en particular, la madre, sino a cualquier humano que le muestre su rostro. Este signo, al que el pequeño responde, no es un objeto, sino un preobjeto, ya que lo que reconoce no son las cualidades esenciales del objeto libidinal, ni los atributos propios del objeto que atiende a sus necesidades y que lo protege, sino atributos secundarios, externos y no esenciales. Este signo que es reconocido a los tres meses, es una transición desde la percepción de cosas, al establecimiento del objeto libidinal –este último se distingue de la cosas y del preobjeto, porque es dotado de cualidades esenciales en el curso del intercambio mutuo madre-hijo-. Con este avance, se pasa a la tercera y última etapa.

La experiencia práctica, de acuerdo a lo formulado por R Spitz, confirma las maniobras dirigidas a que las madres satisfagan las necesidades de sus hijos, pero no de manera aislada, sino en el marco de un vínculo positivo con ellos, donde coexistan miradas, caricias, palabras, sonrisas, rutinas de organización del día; donde las figuras maternas sean siempre ellas mismas, es decir, mantengan una constancia confiablemente. Todos estos elementos colaborarán a que el pequeño logre el

establecimiento, en palabras del autor, de la necesaria relación de objeto, a partir de la constitución del preobjeto.

Como síntesis, las mayores consecuencias del establecimiento del preobjeto son que el infante se vuelve desde lo que es recepción del estímulo interno, hacia la percepción del estímulo proveniente del exterior –capacidad temporal de suspender el funcionamiento del principio de placer-displacer que exige su atención hacia el estímulo interno, suspender dicha demanda el tiempo suficiente para catexiar la representación de los estímulos externos, empezando a actuar el principio de realidad-; su capacidad de reconocer el rostro humano y sonreír en respuesta a él, demuestra que fueron depositados rastros de recuerdo, lo que sugiere que, en el aparato psíquico, se produjo una división en consciente-preconsciente e inconsciente; este desarrollo también marca el alborear de un yo rudimentario, separado del ello y empezando a funcionar, mostrando una estructuración dentro de la somatopsique; y, por último, la emergencia de la respuesta sonriente inicia, como se indicó, el comienzo de las relaciones sociales en el hombre, siendo el prototipo y premisa de todas las relaciones sociales subsiguientes, por más que las relaciones de objeto se hallen aún en la etapa preobjetual.

- Etapa del objeto libidinal propiamente dicho: es alrededor de los nueve meses, cuando el infante puede transformar lo que hasta entonces era un signo, en su objeto de amor individual y único, investido con catexia libidinal. Colabora el hecho de que, para los ocho meses, se produce un cambio decisivo en su conducta hacia otros, ya que, no responde con una sonrisa a toda persona que se le acerque, sino que puede distinguir entre un amigo y un extraño, a raíz de lo cual, se niega a entrar en contacto con un desconocido –angustia del octavo mes-. Lo que ocurre es que, el percepto de la cara del desconocido, es comparada con las huellas mnémicas del rostro de la madre y, al descubrir su diferencia, lo rechaza, ya que puede distinguir el semblante de la madre y adjudicarle un lugar único entre todos los demás rostros humanos. Dicha capacidad de desplazamiento catéxico sobre las huellas mnémicas acumuladas con seguridad en el pequeño, reflejan el hecho de la adquisición de una verdadera relación de objeto, y que la madre se convirtió en su objeto libidinal, su objeto amoroso. Antes de esta conquista no puede hablarse de amor, ya que el mismo no existe hasta tanto el amado pueda ser distinguido de los demás, a la vez que no hay objeto libidinal mientras éste siga siendo intercambiable (Spitz, 2001).

Una vez establecido el objeto libidinal, la persona dotada con los atributos de dicho objeto, ya no puede intercambiarse con cualquier otro individuo, el niño ya no confunde nada con ella. Es esta exclusividad, la que le posibilita al pequeño formar vínculos estrechos que confieren al objeto sus propiedades únicas (Spitz, 2001).

Como consecuencia de todos estos desarrollos surgidos a partir de la angustia del octavo mes y del establecimiento del objeto libidinal, se refleja en el infante un despliegue rápido y una estructuración de su personalidad, es decir, comienzan a aparecer muchos patrones con conducta, de realizaciones y de relaciones. Además, la comunicación recíproca, dirigida, activa e intencional, se va desarrollando entre el niño y la madre y, una vez que las palabras queden establecidas, las mismas regulan los intercambios dentro de la díada (Spitz, 2001).

Puede verse como, desde el comienzo de la vida, es la madre, la compañera humana del niño, la que media en toda percepción, acción, intuición y en todo conocimiento por parte de este último. Debido a los intercambios afectivos constantes, el semblante materno asume, para el niño, un significado siempre creciente, ya que, mediante la instrumentalidad de ella, el pequeño logra separar una entidad significativa –signo en su rostro- en el caos de las cosas sin significación del medio circundante (Spitz, 2001).

### 3.4.3. Melanie Klein y sus dos posiciones en el desarrollo del infante

Es menester citar algunos conceptos que van a servir de guía para el desarrollo que se está precisando. Melanie Klein estudió el vínculo madre-hijo durante el primer año, lo cual es disímil, en algunos puntos, a la teoría de Spitz. Para este último, el niño se encuentra desprovisto de yo al nacer y, para Klein hay, en el pequeño, suficiente yo al nacer como para sentir ansiedad, utilizar mecanismos de defensa y establecer relaciones objetales primitivas tanto en la fantasía como en la realidad. Además, establece dos posiciones en el desarrollo, durante el primer año de vida, la *posición esquizo-paranoide* –desde el nacimiento hasta los 4 meses aproximadamente-, y la *posición depresiva* –desde los 4 a los 12 meses-. La primera posición se caracteriza porque la criatura no reconoce personas totales, sino que se relaciona con objetos parciales, a la par que predomina ansiedad paranoide y procesos de escisión. El reconocimiento de la madre como objeto total, marca el comienzo de la posición depresiva, que se define por la relación con objetos totales, el predominio de integración, ambivalencia, y ansiedad depresiva y culpa (Segal, 1981).

Resumidamente se describen, siguiendo a Segal (1981), estas posiciones:

- Posición esquizo-paranoide: desde el nacimiento mismo, el yo inmaduro del bebé, se encuentra expuesto a la ansiedad provocada por la polaridad de los instintos; el conflicto inmediato se da entre el instinto de vida y el de muerte, los cuales la criatura deflexiona para poder controlar. Esto quiere decir que, frente a la ansiedad provocada por el instinto de muerte, el yo se escinde y proyecta afuera su parte que contiene dicho instinto, poniéndola en el objeto externo original, el pecho, a raíz de lo cual este último se percibe como malo y amenazador para el yo, surgiendo, como consecuencia, un sentimiento de persecución. A su vez, gracias a la deflexión, parte del instinto de muerte también permanece en el yo, transformándose en agresión, con el fin de dirigirse contra los perseguidores, defenderse de ellos y mantenerlos controlados. Por otra parte, el instinto de vida –libido-, también es deflexionado, ya que el bebé proyecta parte de esta libido en el objeto exterior, el pecho –como consecuencia de lo cual el mismo es percibido como objeto bueno, ideal, que satisface el impulso instintivo del yo a conservar la vida-, y la otra parte del instinto permanece en el yo y se utiliza para establecer una relación amorosa con el pecho bueno. De este modo, muy pronto, el yo, tiene relación con dos objetos, ya que el objeto primario, el pecho, se encuentra disociado en dos partes, el pecho ideal y el persecutorio. Frente a esta situación, el objetivo del bebé, es tratar de adquirir y guardar dentro de sí al objeto ideal, identificarse con él, que es el que le da vida y lo protege, a la vez que mantener fuera al objeto malo y a las partes del yo que contienen el instinto de muerte. Así, para que esta posición de lugar a la próxima –de forma gradual y no perturbada-, se requiere que las experiencias buenas, predominen sobre las malas –el objeto ideal prevalece sobre los persecutorios y el instinto de vida sobre el de muerte-, y de este modo el yo, adquiere mayor fuerza por su identificación con el objeto ideal, disminuye el miedo a los perseguidores y, como resultado, se reduce también la escisión y la necesidad de proyectar; es decir, el yo se prepara para integrar sus objetos e integrarse a sí mismo.
- Posición depresiva: si el desarrollo se da en condiciones favorables, el bebé siente cada vez más que el objeto ideal y sus impulsos libidinales son más fuertes que el objeto malo e impulsos malos, a la vez que se puede identificar cada vez con mayor fuerza con su objeto ideal y, gracias a ello, siente que su yo también se fortifica y se capacita para defenderse a sí mismo y a su objeto ideal. Como consecuencia, a este yo fortificado, le asustan menos sus impulsos malos, con lo cual no necesita tanto proyectarlos afuera y, al disminuir dicha proyección, disminuye el poder atribuido al objeto malo, mientras el yo continúa fortificándose, disminuye la escisión, la proyección, dando paso al predominio del impulso a la integración del yo y del objeto. Dicha integración es la que da entrada a la posición depresiva; aquí el bebé realiza el mencionado trabajo de integración y, como consecuencia, los objetos pasan a ser totales –reconoce a su madre, ya no se relaciona sólo con su pecho, manos, rostro, ojos de ella como objetos diferenciados, sino con ella como persona total-. Surge la ambivalencia, ya que el pequeño descubre que el pecho malo, es el mismo que el bueno y que ambos pertenecen a la madre, donde, a veces, puede enojarse con ella pero también ella es la que le da amor y lo alimenta, es decir, a veces puede ser buena, otras mala, puede estar presente o ausente y puede odiarla y amarla al mismo tiempo –el pequeño se percata de que sus experiencias buenas y malas, no proceden de un pecho bueno o de uno malo, sino de la misma madre, que es a la vez fuente de lo bueno y de lo malo-. Como resultado, siente también culpa, ya que al querer destruir al pecho malo, destruye al bueno y a su madre; es decir, la ansiedad es debida a la probabilidad de que sus impulsos destructivos hayan destruido al objeto amado, de quien depende totalmente; con lo cual surge el duelo y la nostalgia –por el objeto bueno, que siente perdido y destruido por su propia destructividad-, y la consiguiente necesidad de reparación –la experiencia de depresión moviliza en el bebé el deseo de reparar a su objeto destruido, compensar los daños que le causó y recuperar su objeto de amor perdido y devolverle la vida-

A medida que la madre se convierte en un objeto total –lo que implica reconocerla como individuo con una vida propia y con sus propias relaciones con otras personas-, el yo del bebé también se transforma en un yo total, escindiéndose cada vez menos en sus componentes buenos y malos, es decir, descubre su propia realidad, advierte su propia existencia y la de sus objetos como seres distintos y separados de él. El pequeño adquiere la capacidad de amar y respetar a las personas como seres diferenciados, puede reconocer sus propios impulsos, controlarlos, responsabilizarse por ellos y tolerar la culpa. Entonces es, en el transcurso del primer año de vida, donde se sientan las bases de la estructura de la personalidad y del superyó (Segal, 1981).

Para cerrar, puede apreciarse cómo Winnicott, Freud, Dolto, Spitz y Klein, de acuerdo a las investigaciones teóricas a las que arribaron, remarcan la importancia de la madre –cada uno desde la función básica que le otorgan-, como la principal responsable de institución de la identidad en el niño,

Tutora: Analía Zapata

Autora: Melisa Radici

de su humanidad, de su mismidad y continuidad. Para edificarse y constituirse, el bebé debe pasar por las vías maternas que, como una suerte de sujetamiento, lo sitúan en la existencia (Gillerault, 2009).

## **CAPÍTULO 4. PREVENCIÓN DE DIFICULTADES EN LA INFANCIA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD**

### **4.1. Definición de Salud: Prevención de Enfermedades y Promoción de la Salud**

La salud es uno de los bienes sociales más importantes para el desarrollo del ser humano. Según la Organización Mundial de la Salud –O.M.S.- (2004), la salud es un completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Como complemento, la salud mental la define como un estado de bienestar, en el cual, el individuo, es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. Entonces, este mencionado bienestar concilia tanto, la satisfacción de las necesidades básicas, como el derecho a otras aspiraciones, que toda persona y grupo, desea poseer (Restrepo & Málaga, 2001).

Desde otra perspectiva, se considera a la salud, como una ausencia de enfermedad neurótica, presumiendo, por ende, la ausencia también de enfermedad psicótica -ya que la misma se da en un período anterior del desarrollo, en la etapa más temprana del vínculo madre-hijo-. Siguiendo esta línea, la salud se establece, entonces, en el manejo de las primeras relaciones triangulares – *Complejo de Edipo*, donde cada uno de los integrantes del triángulo es una persona total para el niño y él es una persona total entre personas totales-, cuando el infante es impulsado por los instintos recientemente establecidos de carácter genital, característicos del período que abarca de los 2 a los 5 años. De esto modo es, la instauración del Complejo de Edipo, un logro de salud (Winnicott, 2006).

En toda persona humana, existen la psique y el soma, presentando una compleja evolución de la interrelación entre ambos y, una organización de tal relación, proveniente de la mente – interrelación intelectual-. Entonces, respecto a la naturaleza humana, pueden discernirse, el cuerpo, la psique y el funcionamiento mental, donde el desarrollo del psique-soma, sumado al funcionamiento de la mente, poco a poco se convierte en la persona individual, consciente de sí misma y relacionada con el ambiente (Winnicott, 2006).

Respecto a la salud física, la salud del cuerpo implica un funcionamiento físico propio de la edad del niño y la ausencia de enfermedad. Entonces, si hay salud, desde el momento de la concepción, hasta la pubertad, se da un crecimiento y un desarrollo continuo y sostenido de las funciones y el cuerpo funciona al nivel correcto para su edad. Pero, para que el pequeño presente esta salud del cuerpo, se requieren tanto una herencia, como una crianza, suficientemente buenas. En base a lo expuesto, resulta importante evaluar y medir la salud corporal, en tanto el funcionamiento del cuerpo no se ve perturbado por las emociones, el conflicto emocional y la evitación de la emoción penosa (Winnicott, 2006).

De modo análogo, la salud de la psique debe evaluarse en función del crecimiento emocional, ya que el individuo sano es emocionalmente maduro, según la edad que tenga en cada momento. Dicha madurez involucra, gradualmente, al sujeto con su ambiente y lo vuelve responsable de éste.

La mala salud de la psique, se relaciona a un trastorno del desarrollo emocional, aun cuando el mismo sea causado, netamente, por factores ambientales adversos. Cabe aclarar que, en el desarrollo de la psique existe, en todo momento, la posibilidad de fallar; y, en rigor, no puede haber ningún crecimiento, sin una distorsión, debida a algún grado de falla de la adaptación ambiental (Winnicott, 2006).

Debido a que la psique constituye una unidad fundamental con el cuerpo, el desarrollo emocional sano, le da sentido a la salud física del infante y, a la vez, esta última, produce en él, un reaseguro, que es valioso para su desarrollo emocional. Contrariamente, las tensiones y sobrecargas del crecimiento emocional normal, así como ciertos estados anormales de la psique, tiene un efecto adverso en el cuerpo. Este cuerpo del niño tiene capacidad de soportar grandes tensiones -pero si las mismas continúan en la vida adulta, pueden desembocar en estados físicos irreversibles- (Winnicott, 2006).

Por otra parte, en el desarrollo intelectual, el intelecto –al igual que la psique-, depende del funcionamiento de un particular órgano del cuerpo -o de ciertas partes del mismo-, el cerebro. La herencia –o el azar-, brindan, o un cerebro, cuya capacidad de funcionamiento es mayor o menor que el promedio, o un cerebro deficiente o dañado por accidentes o enfermedad. Por ende, la base del intelecto es la calidad del cerebro. Desde el punto de vista del desarrollo, el intelecto no puede estar enfermo, puede ser explotado por una psique enferma -ya que esta última puede estar enferma en sí misma, es decir, distorsionada por fallas en el desarrollo emocional, a pesar de que exista como base de su funcionamiento, un cerebro sano- (Winnicott, 2006).

En fin, todo el desarrollo psicosomático del individuo es un logro gradual que tiene su propio ritmo, donde la madurez es salud y la salud es madurez (Winnicott, 2006).

En la actualidad, afortunadamente, cada vez se está fomentando más, la integración entre la salud de los individuos y la atención de grupos y poblaciones, es decir, entre la promoción y prevención y la

recuperación de la salud individual. Para responder a dicha integración, se recurre a lo que, actualmente, se denomina Salud Pública, la cual representa, la organización racional de todas las acciones y condiciones, dirigidas a proteger a las comunidades de factores de riesgo, mejorarles la convivencia y, con ello, la calidad de vida; lo que, a su vez, implica todo el conjunto de condiciones que garanticen el estado de bienestar físico, psicológico y social, básico para la vida de cada persona, desde su concepción hasta su muerte. Entonces, se presenta al ser humano, no solamente ausente de enfermedad, sino como activo factor de producción y convivencia, para el mejoramiento de las condiciones personales y de la sociedad a la que pertenece. A esto se suma, la tarea decidida de los gobiernos, de proveer los programas, normas, planes y medios, con la participación activa de la sociedad (Malagón-Londoño & Galán-Morera, 2002).

Dentro de la Salud Pública, pueden mencionarse seis objetivos principales: prevención de epidemias y de propagación de enfermedades; protección contra los daños ambientales; prevención de daños a la salud; promoción y fomento de conductas saludables; respuesta a los desastres y asistencia a comunidades damnificadas; y, por último, garantía de calidad y accesibilidad a los servicios de salud. Entre sus múltiples servicios esenciales, se pueden mencionar: monitoreo, investigación y diagnóstico, en la comunidad, del estado de salud, para identificar riesgos y problemas de salud; información, empoderamiento y educación de las personas en temas de salud; desarrollo de políticas y planes que apoyen la salud individual y colectiva; cumplimiento de leyes y regulaciones que protejan dicha salud; vinculación de las personas con servicios de atención de salud y garantía de provisión de servicios donde no estén disponibles; y disponibilidad de recursos humanos competentes para la atención de la salud; entre otros. De este modo, la Salud Pública abarca, a grandes rasgos, lo que es la Prevención de Enfermedades y la Promoción de la Salud, conceptos que se detallan a continuación (Malagón-Londoño & Galán-Morera, 2002).

#### 4.1.1. Tres niveles de Prevención de Enfermedades

En primer lugar, la Prevención de Enfermedades se relaciona con “[...] el conjunto de actividades, intervenciones, procedimientos dirigidos a la protección específica de la población, para evitar que los daños en la salud o las enfermedades aparezcan, se prolonguen, ocasionen daños mayores o generen secuelas evitables” (Malagón-Londoño & Galán-Morera, 2002, p. 19). Es decir, esta tarea abarca el conjunto de acciones dirigidas a impedir el impacto físico en el organismo y, si este es inevitable, a protegerlo para que dicho daño sea menor y más corto el tiempo de su readaptación a las actividades normales. Puede verse que existen tres niveles de prevención (Malagón-Londoño & Galán-Morera, 2002):

- Prevención primaria: siguiendo a Caplan (1966), se puede alegar que la misma consiste en la disminución de la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en una población durante cierto período, contrarrestando las circunstancias perniciosas, antes de que tengan ocasiones de producir enfermedad. Se busca entonces, disminuir la frecuencia del trastorno mental, instruyendo a las personas en habilidades sociales adecuadas para resolver problemas, principalmente, en aquellas que, por encontrarse en situación de crisis, están más vulnerables. El programa para la intervención primaria consiste en un plan, para asegurar, la provisión adecuada de aportes básicos a los miembros de la población, lo cual puede lograrse a través de la acción social –producir cambios en la comunidad en general, modificando actitudes generales y conductas de todos los miembros- y de la interpersonal –modificar a los individuos en particular, generando acciones recíprocas, cara a cara, entre un especialista de la salud mental e individuos o grupos pequeños-.
- Prevención secundaria: se relaciona con programas tendientes a reducir la incapacidad debida a un trastorno. Es clave en este nivel, el hallazgo y diagnóstico precoz de la perturbación, con el fin de brindarle un tratamiento rápido y eficaz, para que remita lo más pronto posible. Se persigue así, disminuir la duración de los trastornos (Caplan, 1966).
- Prevención terciaria: la misma procura reducir, en la comunidad, la proporción de funcionamiento defectuoso debido a trastornos mentales, actuando mediante la rehabilitación de los pacientes. La finalidad de la prevención terciaria es, de esta manera, disminuir el deterioro que pueda resultar de las diversas perturbaciones, evitando la aparición de secuelas, complicaciones y rehabilitando al sujeto para su reinserción social (Caplan, 1966).

En relación a las Prácticas Profesionales Supervisadas, ambos casos clínicos relatados en la contextualización pertenecientes al Hospital J.B. Iturraspe, pueden pensarse como intervenciones con fines de prevención, por la edad de los bebés y la manera de proceder; ya que se tuvo como objetivo la creación de un vínculo de apego positivo y seguro –en el momento en que los pequeños se encontraban en la fase crítica para su creación- y la concientización a las madres acerca de la



importancia de lo afectivo en la relación con sus hijos. Esta manera de proceder, colaboró en prevenir futuras dificultades en los niños como consecuencia de un vínculo que presente fallas.

Del mismo modo, la mayor parte de los casos clínicos de niños que recibieron atención oportuna y eficaz durante la práctica -dentro de un proceso de prevención terciaria-, evidenciaron en los padres mayor participación durante las entrevistas, mejora en sus competencias, adquisición de nuevos recursos de crianza, evitándose futuras dificultades en los niños y secuelas permanentes en su salud. Las acciones que se incluyen dentro de la prevención abarcan: detección y diagnóstico temprano de la enfermedad; empleo oportuno y eficaz de las medidas terapéuticas más pertinentes para el tratamiento; reducción de la morbilidad y el daño; y utilización de la ciencia y la técnica, para impedir las secuelas, disminuir la incapacidad y evitar riesgos de muerte. Entonces, prevención es sinónimo de profilaxis, directa –neutralización o extirpación de las causas directas de enfermedad-, e indirecta –introducción, modificación, neutralización o destrucción de factores que pueden tener relación con la integridad física-. Puede apreciarse que, la prevención, apunta a la enfermedad y a los riesgos de enfermar, haciendo foco, generalmente, en el individuo, con el fin de reducir dichos factores de riesgo y enfermedades (Malagón-Londoño & Galán-Morera, 2002; Restrepo & Málaga, 2001).

Lo primordial, en relación a la temática abordada en el Trabajo de Integración Final, es conducirse dentro del ámbito de la prevención primaria ya que, el trabajar en pos de fomentar y generar un vínculo sano madre-hijo desde la concepción, es importante y necesario, disminuye la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en la población, neutralizando circunstancias perjudiciales en relación a los niños, antes de que las mismas produzcan enfermedad. Por otra parte, una vinculación que se encuentre mal constituida, genera la necesidad de intervenir dentro del nivel de prevención secundaria –tratamiento rápido y eficaz para una remisión pronta- y terciaria –disminuir el deterioro, evitar la aparición de secuelas posteriores-, lo cual se puede impedir si se trabaja, fomentando, en el momento oportuno, un vínculo sano, manteniéndose dentro del ámbito de la prevención primaria.

#### 4.1.2. Promoción de la Salud

La promoción es la esencia de la Salud Pública; es la que garantiza mejores condiciones de bienestar físico, psicológico y social de toda población, suministrando a las personas los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. A diferencia de la prevención, la promoción, apunta a lo saludable, a actuar sobre los determinantes de salud y a crear las opciones favorables, y que la población pueda acceder a ellas; es decir, las acciones se dirigen a la población en general, a los grupos especiales y a las condiciones relacionadas con la salud (Malagón-Londoño & Galán-Morera, 2002; Restrepo & Málaga, 2001).

La Promoción de la Salud significa el conjunto de actividades, intervenciones y procedimientos que realizan los gobiernos, los sectores sociales o productivos, las comunidades en general, para proteger la salud de la población, y que están orientados a modificar los factores determinantes de riesgo y que fortalecen los mecanismos de protección de la salud

(Malagón-Londoño & Galán-Morera, 2002, p. 18)

La mayor parte de los casos clínicos atendidos durante el proceso de práctica, pueden pensarse como tareas de promoción de la salud, ya que, como consecuencia de haber recibido el niño un tratamiento oportuno y eficaz, se promueve en él, la generación y el sostenimiento de salud mental, neutralizando factores de riesgo e impulsando la creación de factores protectores.

Dentro de las acciones orientadas a la promoción, registradas en la Carta de Ottawa –documento más importante para la promoción de la salud, surgido de la conferencia organizada en Canadá en 1986 por la O.M.S.-, se encuentran: construcción de políticas públicas saludables; creación de entornos saludables –ambientes físicos, sociales, económicos y culturales-; fortalecimiento o empoderamiento de la acción comunitaria; desarrollo de actitudes personales o estilos de vida y, por último, reorientación de los servicios de salud (Restrepo & Málaga, 2001).

Las prácticas de prevención incluyen aquellas actividades que permiten a las personas tener estilos de vida saludables y facultan a las comunidades a crear ambientes donde se promueve la salud y, por ende, se reducen los riesgos de enfermedad; es decir, se relacionan con el desarrollo de acciones anticipatorias, o sea, anticipar eventos, para promocionar el bienestar de la persona y evitar situaciones indeseables. Implica trabajar con causas reales o hipotéticas de algo que, de dejarlo pasar ahora, para tratarlo después, significará costo en dinero, en sufrimiento y en expectativas de vida. En este sentido, la prevención resulta más eficaz, porque persigue la identificación de aquellos factores que permiten promover la salud y la puesta en marcha de intervenciones, que apuntan a mantener saludables a las personas. Pero, la tan ineludible tarea de prevención, implica cambios

imprescindibles, no sólo de estructura del sistema de salud, sino de los modos de pensar, de los modelos teóricos, de las epistemologías, de las filosofías y hasta de los sistemas de creencias, fuertemente arraigados en los profesionales que se desempeñan en el campo de la salud (Zas Ros, 2002).

Como consecuencia de lo que implica el término promoción, se deduce que la tarea de la concientización sobre la importancia de un vínculo positivo madre-hijo y la labor mancomunada, por parte de los trabajadores de la salud, en relación a favorecer dicho vínculo, representa una manera significativa de promover la salud mental en los niños y, en un futuro, en la población. Es clave reorientar los servicios de salud para incluir, a parte de la atención a la enfermedad, la promoción de la salud.

#### 4.1.2.1. El valor de la promoción de la salud mental infantil

Durante las primeras etapas de la vida, el funcionamiento mental, social y físico, es mayor que en cualquier otro período. Lo que sucede en el niño desde el nacimiento hasta los tres años influye, de manera primordial, en la forma en que se desarrolla el resto de la infancia y la adolescencia. Por ello, un inicio saludable en la vida contribuye, significativamente, a un mejor desarrollo posterior del pequeño, en todas sus áreas. Las principales dimensiones de un inicio saludable son tanto el bienestar físico como el psicológico. De aquí se desprende la necesidad de obrar en pos de la promoción de la salud mental a nivel infantil (O.M.S., 2004).

Marrone (2001) puntúa que, desde el nacimiento, el ser humano se encuentra expuesto a múltiples factores de riesgo para su salud y que, cuando varios de estos factores coexisten, pueden influir negativamente en el proceso evolutivo produciendo, como consecuencia, cierta vulnerabilidad, que predispone a tomar una vía atípica de desarrollo, la cual puede conducir a una patología. Los años más tempranos ejercen un impacto crucial en la salud mental durante el resto de la vida, de este modo es que la promoción de la salud mental infantil cobra un lugar fundamental en relación a la labor en el ámbito de la infancia, tornándose, sumamente importante, el desarrollo de estrategias para promover la salud mental de los niños pequeños. Dichas estrategias se relacionan, básicamente, con concientizar acerca del significado del bienestar en los niños, proponer intervenciones para ayudar a los padres, facilitar las relaciones positivas padres-hijos, mejorar las condiciones de crianza y proteger a los niños más vulnerables. Siguiendo esta línea, la estrategia por excelencia destinada a la promoción de la salud mental infantil, implica concientizar y trabajar en pos de la creación de un vínculo positivo madre-hijo, desde la concepción. Esto es así porque, si bien no puede afirmarse que la calidad de la experiencia temprana determina, de por sí, la aparición de psicopatología o normalidad en años posteriores, se investigó que, un vínculo de apego positivo, sienta los cimientos de la salud mental; es decir, la experiencia temprana satisfactoria en el vínculo con la madre, crea las bases de la resiliencia en todo niño.

Los procedimientos efectuados durante el proceso de práctica, principalmente en el Hospital Iturraspe, estuvieron apuntados hacia la promoción de la salud infantil. Promoción tanto de la salud física de los bebés internados –debido a que las intervenciones colaboraban a su recuperación física, lo que derivaba en el alta-, como de su salud mental –ya que se maniobraba en pos de generar conciencia en los cuidadores acerca de la importancia de lo afectivo, en un vínculo positivo con el pequeño en situación de internación-. Se obraba en pos de reducir los factores de riesgo a los cuales los bebés se encontraban expuestos, por su situación de internación, por sus problemas físicos de salud y por la ausencia de componentes afectivos en la relación con los adultos.

La O.M.S. (2004), ubica, justificadamente, la intervención en la niñez temprana, entre las intervenciones sociales y de salud pública más efectivas para el logro de la promoción de la salud mental. En este sentido, la importancia de realizar esfuerzos en favor de la promoción de la salud mental infantil, radica en que la misma tiende a reducir los factores que dañan la salud mental y a fortalecer aquellos que la facilitan. Por ello, la promoción de la salud mental en los primeros años de vida, se vuelve una tarea imprescindible, ya que conduce a variados resultados positivos a largo plazo, desde mejoras en la salud mental de cada persona y de toda la comunidad, hasta una mayor calidad de vida y resultados positivos a nivel económico y social (Marrone, 2001).

Al hablar de promoción de la salud mental infantil, siempre el objetivo primario de intervención es el niño y los padres, la familia y la escuela, son objetivos intermediarios. Teniendo esto presente, la promoción puede llevarse a cabo mediante campañas de educación y concientización, a través de políticas y legislaciones dirigidas a crear condiciones adecuadas, mediante programas y proyectos de intervención directa que contengan estrategias, métodos e instrumentos específicos; todo lo cual puede desarrollarse con enfoques individuales, grupales o comunitarios, según las exigencias. Es importante resaltar que, los programas más efectivos de promoción de la salud mental infantil, son

aquellos que, enfocados en actuar a nivel de los factores facilitadores o determinantes de la salud mental del niño, ofrecen una atención frecuente y prolongada en el tiempo, están compuestos por componentes múltiples, tanto didácticos como terapéuticos, y se centran, a la vez, en el niño y en su ambiente. Además, la metodología de trabajo debe apuntar, no sólo a intentar reducir los factores de vulnerabilidad, sino también y principalmente, a aprovechar y explotar los recursos existentes en las personas con las que se decide trabajar, buscando la reducción de la vulnerabilidad y el incremento de los factores de protección, a nivel individual, familiar y comunitario (Marrone, 2001).

De todo lo expuesto se desglosa que, en lo concerniente a la tarea dentro del ámbito de la promoción y de los tres niveles de prevención, lo fundamental es trabajar en la línea de la promoción y de la prevención a nivel primario, ya que, actuando así, se fomenta la salud y se detecta, con anticipación, cualquier factor de riesgo que pueda provocar la aparición de determinado problema para, de este modo, evitar que se origine un deterioro en la salud. En el caso concreto de fomentar un vínculo sano madre-hijo y trabajar en pos de dicho objetivo, se evitan dificultades en el niño y la consiguiente necesidad de tratamientos paliativos, enfocados a restaurar, mejorar o sustituir dicho vínculo, cuando no resulta positivo. En definitiva, la sociedad, tiene que aceptar e internalizar, que la preservación de la salud mental infantil, es la llave para la prevención de trastornos mentales a lo largo de toda la vida. Por último, además de la promoción y la prevención, resulta también importante remarcar, la función de lo que se denomina Asistencia Sanitaria, la cual consiste en asegurar que cada paciente, reciba el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más apropiados, para adquirir una atención sanitaria óptima –teniendo en cuenta factores y conocimientos del que consulta y del servicio médico- y así, lograr, mejores resultados –recuperación de la salud y regreso a las actividades normales en el menor tiempo posible-, con el mínimo riesgo de efectos iatrogénicos y, como consecuencia, la máxima satisfacción en las intervenciones. De lo anterior se deduce que resulta fundamental, para garantizar un adecuado programa de salud pública, la mejor y mayor capacitación posible de los trabajadores de la salud, en lo relacionado a la promoción, la prevención y el conocimiento y la utilización de recursos adecuados, en general, con la aplicación de medidas oportunas que garanticen el bienestar físico, psicológico y social de la población. Además, es clave que el trabajador de la salud, adquiera una firme actitud fiscalizadora respecto al cumplimiento de todas las normas que estimulen las conductas saludables, que prevengan daños en la salud. El personal de la salud pública debe estar capacitado para instruir a la comunidad, sobre los aspectos de prevención, promoción y conservación de la salud, primordialmente, sobre la identificación de factores de riesgo y la actitud frente a éstos, con el fin de que sea, la propia comunidad, la que tome conciencia, sobre el importante papel que debe jugar la protección de la salud y, así, asuma la responsabilidad de conservarla. La presente descripción, moviliza la reflexión acerca del rol y la ética del psicólogo, en el día a día en su quehacer profesional, lo cual desencadena en el último apartado (Malagón-Londoño & Galán-Morera, 2002).

## **CAPÍTULO 5. ROL DEL PSICÓLOGO EN EL ÁMBITO DE LA SALUD MENTAL INFANTIL**

### **5.1. Incumbencias del profesional psicólogo en el ámbito clínico así como en el comunitario**

Las intervenciones en la comunidad, sean estas promotoras, preventivas o curativas, se agrupan en dos grandes líneas: las orientadas al individuo y su familia, y las orientadas a la comunidad. Las primeras son las que, tradicionalmente, se conocen como clínicas, en las que se aplican conocimientos de la psicopatología, la biología, la psicodinámica y la psicofarmacología; las segundas, por su parte, reconocen que el foco del diagnóstico, tratamiento y vigilancia continua no sólo comprende al paciente y a su familia, sino también a la comunidad o población elegida como objeto de intervención, en la cual se aplican conocimientos de la epidemiología psiquiátrica, de las ciencias sociales y de la conducta (Gofin & Levav, 1992).

En relación a lo que se viene expresando acerca de la importancia del vínculo positivo madre-hijo desde la concepción, como modo de prevenir futuras dificultades en el niño y de promover su salud, es que la principal tarea del psicólogo, sea a nivel clínico o comunitario, apunta a fomentar dicho vínculo, concientizando a los adultos sobre la importancia del mismo y brindándoles apoyo y orientación en el desarrollo de sus competencias, principalmente de las madres, para atender y responder, oportuna y adecuadamente, a las diversas necesidades del niño.

#### **5.1.1. El psicólogo en el ámbito clínico**

La madre no es el único ser humano que se encuentra en el medio circundante del infante, ni el único que ejerce una influencia emocional. No obstante, a través de los primeros meses y hasta durante los primeros años, la relación madre-hijo es el factor psicológico que mejor se presta a una intervención terapéutica y profiláctica. Por ello la importancia de tomar conciencia, de que el camino más adecuado para promover la salud mental en los niños y prevenir dificultades no sólo en la infancia sino a lo largo de toda la vida, es intervenir sobre dicho vínculo, fomentándolo si es el adecuado o apuntalándolo si se evidencia deteriorado o afectado (Spitz, 2001).

La labor del psicólogo, exige detectar pautas de interacción estables que se desarrollaron entre dos o más miembros de la familia. Por ello es importante y necesario, contar con entrenamiento diagnóstico, para evaluar dichas pautas de interacción y las tendencias habituales en cada miembro de la familia que tiende a perturbarlas, así como contar con habilidad terapéutica, la que se relaciona a emplear técnicas que faciliten los cambios, si es posible conjuntamente, de todos los miembros de la familia, para que lleguen a surgir y a estabilizarse nuevas pautas de interacción más funcionales, principalmente al niño. Son estas pautas de interacción disfuncionales las que se relacionan con fallas en el vínculo madre-hijo, las cuales exigen, por parte del profesional, ser detectadas y modificadas, por otras más funcionales, en beneficio del pequeño (Bowlby, 1998). El modo de trabajo que se llevó a cabo en el proceso de práctica bajo la modalidad vincular y familiar, fue el que permitió poder diagnosticar la totalidad del sistema de interacción, pesquisar las pautas disfuncionales e introducir cambios en partes de mencionado sistema, lo que colaboró en importantes modificaciones en el sistema en su totalidad y en la adquisición de pautas más funcionales en relación al niño por el cual se realizaba la consulta.

Un vínculo sano madre-hijo y beneficioso para este último será motivo, por parte del psicólogo, para incentivarlo y reforzarlo, en pos de que continúe creciendo y optimizándose día a día, lo que conllevará a promover en el niño su bienestar y calidad de vida y, con ello, a evitar daños en su salud. Por otra parte, si en la labor clínica se detecta una mala vinculación, se necesitará recurrir a una intervención psicológica específica, direccionada a intentar generar o restaurar dicho vínculo, buscando restituir en la madre sus competencias frente al niño y promoviendo la resiliencia en este último, apuntando así a evitar que, las fallas en la vinculación, ocasionen en él daños mayores o secuelas permanentes en el plano de su salud mental (Barudy & Dantagmán, 2005; Caplan, 1966). Desde esta perspectiva, el párrafo precedente acompaña las intervenciones propuestas durante las Prácticas Profesionales Supervisadas en el área clínica.

Lo importante a tener en cuenta es que, si existe una práctica profesional coherente, nunca es demasiado tarde para proporcionar a los niños -dañados por sus cuidadores-, ambientes que les puedan deparar la oportunidad de reintegrarse en el tejido social humano de una forma constructiva y altruista. Se propone un trabajo psicoterapéutico, capaz de asociar los recursos de los que disponen estos niños, así como los de los adultos y/o cuidadores de su red social, para crear contextos de ayuda, que les permitan a ellos recuperar sus atrasos del desarrollo, fomentar una conciencia social, modificar sus modelos de apego patógenos, adquirir y desarrollar comportamientos sociales más sanos. El cerebro es flexible, por ende puede estimular nuevos circuitos y recuperar funciones

perdidas, a pesar del daño precoz sufrido. Esto es posible si existe, al menos, una persona que los trate con amor y respeto incondicional, que a través de una relación estructurada y coherente, de ejemplo de que el mundo no es sólo agresión, carencias y violencia, estimulando así los recursos personales de la criatura, los cuales les permitirán superar las consecuencias por el daño sufrido. Esto es lo que se conoce como resiliencia.

Una infancia infeliz no determina siempre la vida adulta. Sólo el valor terapéutico del amor, la educación y la solidaridad, pueden cambiar el curso de una historia infantil y una adolescencia enrarecida por el abandono afectivo, la violencia y el abuso

(Rygaard, 2008, p. 23)

Por todo lo descrito, se deduce aún más lo clave de intervenir en algún momento de la infancia, si la vinculación que se le ofrece al pequeño no es satisfactoria, debido a que, como pudo apreciarse, nunca es tarde para corregir las fallas en el vínculo y las consecuencias que las mismas generan en el infante y en todas sus áreas.

En relación al proceso de práctica, permanentemente se sostuvo el enfoque de que es preferible intervenir, mediante un tratamiento oportuno, frente a motivos de consulta donde se presentaban padres con ausencia de involucramiento en relación al niño y a su problemática -con el fin de aumentar su participación y de que adopten una postura activa-, a que siga transcurriendo el tiempo y estos niños continúen su infancia vinculándose con figuras parentales carentes de competencias apropiadas. Es decir, por más que se apunte cada vez en mayor medida a tareas de prevención y promoción, es beneficioso actuar en casos de niños donde se requiera un enfoque paliativo y de tratamiento, a que estos pequeños continúen su infancia y se prolonguen sin recibir ayuda, que les posibilite a sus padres actuar de modo más efectivo frente a ellos.

Rygaard propone lo que denomina *Terapia Ambiental* la cual, en cierto sentido, apunta a intervenir sobre una vinculación mal constituida. Siguiendo al autor (2008), en terapia, es importante crear un medio ambiente estable y simple y una motivación externa -que procede del propio terapeuta-, con el fin de que la permanencia externa, reemplace la falta de permanencia interna en el niño. Lo ideal es que todo estímulo que el pequeño recibe sea filtrado, centrado y reformulado por el terapeuta, para convertirlo en algo que él mismo pueda gestionar y entender, exactamente como debe hacer la madre, que establece una membrana protectora con el bebé.

Una medida preventiva -para evitar las posteriores fallas en la vinculación y su repercusión en la salud mental del niño-, puede consistir en evitar la maternidad, cuando la madre es claramente incapaz de atender a las necesidades de su hijo. O sea, se busca impedir un embarazo en las familias de alto riesgo. Esta medida puede implementarse, por ejemplo, mediante instrucciones a la madre sobre la utilización de anticonceptivos, por parte de una sola persona de contacto, con preferencia alguna que conoce bien a esta madre (Rygaard, 2008).

Por otra parte, si el embarazo ocurre de todas maneras, también existen métodos eficaces para evitar el daño, en un primer momento, al feto, con lo cual se continúa en el terreno de la prevención. En esta línea, lo necesario es poder apoyar la figura materna para asegurarse de que el bebé nace con un sistema nervioso central completo y con buen funcionamiento, es decir, que es capaz de recibir y responder al contacto, y, una vez ocurrido eso, fomentar el desarrollo de relaciones mutuas entre el niño y la persona que se ocupa de él (Rygaard, 2008).

Rygaard (2008), recomienda que, durante el embarazo, las madres -preferentemente las consideradas de alto riesgo-, ingresen en un programa específico de preparación para el parto, en el cual una persona específica - un profesional perteneciente a un equipo de profesionales-, mantiene contactos con ella, realizando encuentros frecuentes y regulares, brindándole contención y aceptación. Todo problema que pueda ir surgiendo, por ejemplo, concerniente a la alimentación, la toxicomanía, el estilo de vida, se va tratando y se arma un plan para las acciones futuras. No obstante, las exigencias que se le impongan a la madre sobre un cambio en su estilo de vida durante el embarazo, serán moderadas. Entonces, la propuesta es ofrecerle a la madre ayuda práctica y establecer marcos de referencia, brindándole advertencias de comportamiento práctico y ritualizado, con demostraciones repetidas. El objetivo es que realice ella misma los rituales, como poner un pañal, recibiendo un feedback amable y constante por parte de la persona de contacto, por ejemplo, el terapeuta, la cual debe pasar por alto los errores de la madre y mostrar reacciones positivas aún ante los éxitos más pequeños. La clave del contacto es ofrecer estabilidad, amabilidad constante y exigencias de comportamiento claras, simples y prácticas. Un objetivo clave de la conversación es el de legitimar en la madre los sentimientos negativos hacia el parto, el embarazo, los cuidados del niño,

si es que presenta, y conseguir que ejercite comportamientos apropiados a pesar de sus sentimientos inapropiados.

Por otra parte, continuando con el programa recomendado por el autor, una vez que el niño nace, se debe comenzar siempre, siguiendo dentro del terreno de la prevención, procurando establecer un lazo afectivo. Si, por el contrario, lo anterior no es posible y el contacto ya ha sido interrumpido repetidamente y/o el niño, debido a anomalías orgánicas, tiene dificultad para percibir dicho contacto, la idea es ofrecerle el tipo de contacto que normalmente sólo es necesario durante el nacimiento y en los primeros meses, hasta que los sistemas internos hayan reemplazado a los externos. En este sentido, los objetivos que se persiguen son -los cuales resultan más eficaces si se los implementa desde el nacimiento hasta los 3 años- (Rygaard, 2008):

- Asegurar una buena alimentación en el niño, estimulando a que ingiera los alimentos que necesita en calidad, frecuencia y cantidad adecuadas. Esto es porque, si el bebé se encuentra experimentando carencias, seguramente presenta modos de alimentación anormales.
- Asegurar las estimulaciones táctiles y vestibulares empáticas, donde el bebé debe recibir las estimulaciones sensoriales regularmente, principalmente las cinestésicas –contacto- y las vestibulares –movimiento-. Si es posible, debe estar en contacto con el seno materno o estar sobre su cuerpo la mayor parte del tiempo. Tocar, chupar y tener un contacto piel a piel, así como los movimientos, son todos componentes indispensables en el desarrollo emocional normal, lo cual se genera si el bebé es cuidado.

Además, el contacto ocular es necesario como desencadenante del afecto. Pero antes de poder establecer un contacto visual, se debe tener un contacto cutáneo y de acunamiento, lo cual activa el sistema reticular, ayudando al bebé a fijar su atención en la madre.

El bebé debe ser estimulado progresivamente cada vez más, de forma tal que no sufra ni carencias, ni sobreestimulación. La estimulación debe seguir un esquema estable, de movimientos sincronizados, tono de voz, velocidad en la palabra, rituales al acostarlo, si es posible realizado por la misma persona y mejor si es su madre, para no abrumarlo.

Generalmente, los bebés que ya sufrieron de carencias, inicialmente no toleran un contacto corporal normal, lo que debe respetarse, pero se puede reemplazar la estimulación continua por contactos más frecuentes y más cortos, hasta que el bebé acepte una estimulación normal.

- Exagerar las expresiones faciales y simplificar el contacto personal, en el contacto mutuo con el bebé es necesario ser expresivo y claro, reduciendo otras fuentes de estimulación antes de establecer contacto. Es importante hablarle al bebé cuando al mismo tiempo se lo está tocando. Los bebés con carencias muestran dificultad por tener un contacto ocular, por ello, rozarlos facilita su atención.

Es adecuado exagerar el lenguaje corporal normal, los gestos mímicos y el tono de voz. Cuando se le muestre una expresión o se le hable al bebé, es necesario darle tiempo para que devuelva su reacción, antes de estimularlo nuevamente.

- Apoyar la regularidad de los ritmos corporales ya que, generalmente, los niños con carencias presentan, pautas de sueño, de descanso y de atención, irregulares. Es importante fijar y mantener una regularidad externa, un horario de la jornada, un programa con las horas de descanso, de sueño, de baño y seguirlo lo más estrictamente posible. El bebé no se ajusta fácilmente al horario, por eso hay que ser flexible y paciente.
- Proteger al bebé de las infecciones, ya que las carencias conllevan una disminución del funcionamiento del sistema inmunitario. Es por ello que se lo debe proteger de enfermedades con vacunas, por ejemplo.
- Adaptar el nivel de estrés del bebé para evitar problemas del sistema inmunitario, debido a que el contacto y las estimulaciones vestibulares son importantes para equilibrar la actividad de dicho sistema inmunitario.
- Utilizar un diario del bebé y, si es posible, grabaciones de video, donde se registren sus horarios básicos, sus reacciones día a día y sus respuestas al contacto, el tiempo que es capaz de mantener contacto con la madre, con los objetos o con alguna actividad. Todo esto con el fin de poder apreciar los pequeños pasos que va dando y los mínimos cambios. Cuando el niño tenga edad para comprender, puede pedirse su ayuda para completar dicho diario.

La propuesta de Rygaard coincide con ciertos indicadores que se evaluaron y trabajaron durante la atención de los diversos casos clínicos, en el transcurso de las P.P.S. Entre ellos, por ejemplo, se mencionan, la alimentación adecuada del niño, las estimulaciones empáticas de diversos tipos, el contacto físico y ocular, las rutinas y rituales del día, la protección contra enfermedades y la adaptación del nivel de estrés.

Por otra parte, si no se actúa precozmente en el nivel de la promoción y de la prevención, el profesional debe intervenir, como se expresó, sobre un vínculo ya mal constituido, en otras palabras, intervenir de manera paliativa sobre algún trastorno del apego -sea este inseguro-evitativo, inseguro ansioso-ambivalente o inseguro-desorganizado-, con el fin de restituir, lo más pronto posible, dicho vínculo, para así evitar las secuelas permanentes en el niño, en diferentes áreas de su vida. Barudy y Dantagmán (2005), proponen maneras de proceder en el espacio terapéutico, según la tipología del trastorno del apego detectado. Cabe aclarar que la propuesta que surge de los autores es a partir niños que fueron víctimas de malos tratos; no obstante, se considera que, diversas intervenciones resultan útiles a pesar de que estos niños no sean víctimas de maltratos, ya que se considera que es necesario y fundamental, que el pequeño pueda presentar un vínculo positivo con su figura materna, una mala vinculación acaba siendo sinónimo de un mal trato sufrido por él. En relación al apego inseguro-evitativo, a estos niños les resulta muy difícil implicarse en un trabajo terapéutico y generar relación terapéutica, por su gran oposición y dificultad en asistir a tratamiento, ya que la misma representa una situación de amenaza por el grado de intimidad que exige, lo cual les demanda un gran esfuerzo para lograr adaptarse, debido a la burbuja emocional en la que viven. Pero, si el terapeuta hace frente a esta dificultad de manera positiva, con respeto y perseverancia, probablemente el niño terminará aceptando participar de la terapia, pudiendo manifestar, en diversos momentos, numerosas formas de resistencia a continuar con la misma. Contrariamente, otros niños pueden aparentar, al principio, una buena disposición, lo cual se explica por sus inmensas necesidades de aprobación. Por otra parte, impresiona la seudoseguridad que muestran, pero mencionada impresión no dura mucho tiempo y cambia bruscamente cuando, por ejemplo, se constata una reacción emocional que el niño no logra entender o regular, dentro de la relación terapéutica. Además, les resulta difícil trabajar el contenido narrativo verbal y no verbal, ya que esto exige focalizar la mirada en acontecimientos dolorosos, que prefieren evitar. Por lo expuesto es que, el fin último de la terapia es ofrecer una experiencia relacional reparadora, inmersa en un trabajo que ayude al niño a pensar y a cuestionar sus estilos relacionales, no para cambiarlos, sino para que sean lo menos destructivos y perniciosos posibles. Uno de los principales objetivos terapéuticos es el de trabajar en su habilidad para reconocer y comunicar sus emociones, reduciendo el sentido de amenaza, de vulnerabilidad y de peligro que experimentan cuando intentan expresarlas. Se insiste también en la importancia del espacio terapéutico –físico, temporal y relacional-, para que estos niños se sientan protegidos.

Haciendo referencia al apego inseguro ansioso-ambivalente, estos niños generalmente, se implican sin muchas dificultades en la terapia; sugerida terapia y relación terapéutica, se convierte en algo muy importante para ellos, aunque haya angustia, miedos y dificultades. Tal vez a principio de la misma se muestran inhibidos, con miedo de ser desaprobados y criticados; a la vez que ansiosos y alertas a las respuestas y reacciones del terapeuta. Se muestran preocupados por lo que pasará en la siguiente sesión, si el terapeuta cumplirá con lo prometido; rápidamente quieren adueñarse del espacio terapéutico, dejando huellas o recuerdos de su existencia. Respecto al contenido narrativo verbal y no verbal, rápidamente pueden observarse contenidos cargados de afectividad y de sentimientos, emociones, deseos y necesidades, que traslucen el sufrimiento de no sentirse lo suficientemente amados. Nuevamente aquí se torna imprescindible, por parte del terapeuta, brindarles una experiencia relacional reparadora, a la vez que una vinculación segura, estructurada, confiable y afectiva, que les posibilite mejorar su estilo de relación y su modo de estar en el mundo. Resulta fundamental ofrecerles también, técnicas y herramientas que les ayuden a conectarse y comprender sus emociones y sentimientos, a autoobservarse, a pensarse, a revisar sus distorsiones cognitivas y así, redefinir sus relaciones interpersonales (Barudy & Dantagmán 2005).

Por último, en el caso del apego inseguro-desorganizado, se constata, de entrada, la urgencia que presentan estos niños por controlar la relación terapéutica, de forma implícita o explícita. Muchas veces, ellos se perciben fuertes y poderosos o peligrosos y malos, con lo cual intentan convencer al terapeuta de que esto es así. Desde su punto de vista, la relación terapéutica les complicará más la vida, sobre todo por lo que dicha relación exige; por ello, muestran oposición o rechazo a concurrir a dicha terapia, pudiendo intentar agredir al terapeuta, además de mostrarse seductores o encantadores, en un momento y hostiles, en otro, o mostrar, de un momento a otro, entusiasmo total o rechazo, manifestarse provocadores o pasivos y tímidos. Por ello se requiere, por parte del terapeuta, constancia y grandes dosis de cariño, compromiso y paciencia, para hacer un trabajo coherente y eficaz. Es clave ofrecerle al niño una vinculación afectiva y estructurante donde exista un compromiso genuino con él, enmarcado en un proceso de psicoterapia rigurosamente estructurado -donde se respeten horarios y donde el consultorio, sus componentes y contenido, sean preparados con anterioridad-. Además, es fundamental el respeto de los límites y las reglas durante la terapia. El

carácter previsible de la sala, del trabajo a desarrollar y de su duración, así como la actitud directiva del terapeuta, brindan al niño un sentido de seguridad y de control que minimiza su sentido de vulnerabilidad frente al adulto, a la vez que se lo ayuda a contrarrestar el carácter imprevisible y desordenado de su mundo interpersonal (Barudy & Dantagmán, 2005).

Sin especificar cada tipo de trastorno del apego mencionado, se considera que los elementos comunes que todos comparten en relación al tratamiento –como estructuración, reglas, límites, perseverancia, buen trato, cariño, amor, compromiso, respeto, confianza, coherencia, orden-, son todos componentes que se buscaron poner en marcha durante las Prácticas Profesionales Supervisadas, a la hora de trabajar con los niños y sus familias. Independientemente de cada técnica implementada en cada caso particular, los elementos señalados estuvieron presentes y, por cierto, resultaron sumamente importantes y fructíferos, no sólo por los cambios a los que ayudaron, sino también porque amentaron la motivación y colaboración de los miembros del sistema frente al tratamiento.

“Es imprescindible ser constantes, coherentes y perseverantes cuando comenzamos a trabajar con un niño, o para decirlo de mejor forma, cuando comenzamos a vincularnos con él o con ella” (Barudy & Dantagmán, 2005, p. 211).

De lo expuesto hasta aquí se deduce la importancia, por parte del terapeuta, de brindar modelos de intervención, cuyo objetivo sea mejorar la situación de los niños víctimas de malas vinculaciones con sus figuras parentales, principalmente con su madre, y de generar programas de atención para dichas familias. El buen trato debe ser el pilar fundamental de cualquier actuación terapéutica y, el apoyo de la resiliencia, su objetivo fundamental. Los dos ejes de trabajo escogidos para trabajar en los casos de fallas en la vinculación, se nombran los que a continuación siguen (Barudy & Dantagmán, 2005):

- Evaluación y rehabilitación de las incompetencias parentales: La mayoría de los padres pueden llegar a asumir la parentalidad social sólo como una continuidad de la biológica. Sin embargo, sus competencias no están aseguradas por sus capacidades de procrear. La existencia de competencias parentales depende de las historias de vida de ambos padres y de las condiciones en que les toca cumplir su función. Por ende, ser una madre y un padre competente es una tarea delicada y compleja, pero fundamental para la supervivencia de la especie. Las competencias parentales representan uno de los factores esenciales para asegurar el buen trato infantil dentro de la familia, y se relacionan con las capacidades prácticas de los padres para cuidar, proteger y educar a sus hijos, a la vez que asegurarles un desarrollo sano. Por lo clave de esta tarea, el profesional debe evaluar las prácticas parentales incompetentes que desembocan en vinculaciones negativas madre-hijo e intervenir, si es necesario, mediante programas educativos y terapéuticos para que los padres, principalmente la madre, mejoren las prácticas sociales de su rol y respeten siempre la importancia simbólica de la filiación biológica. Es importante saber si estos padres disponen de los recursos mínimos necesarios para asegurarle al niño una vida sana, lo cual redundará en una restitución del vínculo, positiva para la salud mental del pequeño. El fin último es, entonces, ofrecer a los niños condiciones de vida donde puedan recibir los cuidados, la protección y la educación que necesitan, a la vez que facilitar el aprendizaje de modelos parentales más competentes y eficaces a los padres. Es decir, el profesional debe esforzarse por reforzar las competencias ya existentes, facilitar la mejora de las mismas y promover la adquisición de nuevas capacidades, con el fin de generar cambios cualitativos y cuantitativos en las competencias de ambos padres, principalmente de la madre.

Volviendo al proceso de práctica, el presente eje fue permanentemente evaluado, observado e indagado clínicamente por los practicantes. La mayor parte de las figuras parentales, no presentaban competencias apropiadas frente a sus hijos y a sus problemáticas. Esto generó la necesidad de intervenir sobre las mismas, con el fin de que los padres –principalmente las madres-, adquieran más recursos personales, adopten una postura distinta frente a la crianza de sus hijos y, como consecuencia, se encuentren más capacitados para colaborar activamente en la mejora del problema, motivo de consulta. Este modo de proceder resultó sumamente enriquecedor ya que, contando con padres más involucrados, más activos, comprometidos y con mayores competencias frente a la problemática de sus hijos, el camino de solución al problema, se encontraba al alcance de sus propias manos.

- Facilitación y potenciación de las capacidades de resiliencia en el niño: la resiliencia hace referencia a la capacidad del niño para desarrollarse normalmente, a pesar de las condiciones difíciles que le han tocado vivir. Pero esta capacidad, no es una característica individual, sino que es el resultado de los procesos relacionales en los que el niño estuvo inmerso desde su concepción y desde que nació; es decir, la resiliencia es una capacidad que emerge de las relaciones familiares y sociales, cuando éstas aseguran un mínimo de experiencias de buenos



tratos. Por ello, un apego seguro –vinculación sana entre el pequeño y sus figuras de apego- y un apoyo social mantenido y de calidad, son los factores que más contribuyen al desarrollo de la resiliencia infantil. Esto es así porque, estas experiencias, son una seguridad de base que permite a la criatura hacer frente a la adaptación en los diferentes cambios que implica el crecimiento. Un niño impregnado por un vínculo protector, tiene un pronóstico de desarrollo mejor y, por ende, una mejor resiliencia. Entonces, si la experiencia de apego en la familia es deficiente, es posible, hasta cierto punto, repararla con una relación de calidad y, de este modo, contribuir al desarrollo de capacidades resilientes. Con esto se apunta a que, los primeros años constituyen un período sensible para la construcción de los recursos internos de la resiliencia; pero, sin embargo, cuando un accidente de la vida provoca una laguna, se puede hallar reparación (Cyrulnyk, 2002).

Reflexionando acerca del proceso de práctica, el hecho de que un sistema familiar reciba un tratamiento oportuno y a tiempo, donde conquisten pautas de interacción más funcionales, supone el encontrarse, al mismo tiempo, promoviendo las capacidades de resiliencia, no sólo del niño, sino de la totalidad del sistema. Esto es así debido a que este último afronta una dificultad, la supera y, como consecuencia, sale fortalecido de la misma, logrando un nuevo y mejor equilibrio y recursos para hacer frente a futuras dificultades que deba atravesar durante su ciclo vital.

Como resultado de lo expuesto se concluye que, uno de los desafíos principales para los psicoterapeutas, es ofrecer a los niños experiencias relacionales alternativas, basadas en una vinculación de respeto fundamental, de autenticidad y de empatía, que facilite la emergencia de experiencias de apego seguro. Teniendo como eje estos componentes, intervenir, de diversas maneras y según las exigencias del caso, con el fin de acrecentar o restaurar, si es posible, la vinculación madre-hijo y, si no es posible, intentar encontrar sustitutos a la misma, alguna figura de apego subsidiaria que obre en pos de la salud mental del pequeño, en relevo de la figura de apego central. No obstante, siempre que tengamos a los padres, o al menos a la madre, presentes en la terapia y si ellos cuentan con ciertos recursos, es posible, como resultado de una intervención terapéutica, forjar un vínculo sano madre-hijo o consolidarlo.

Para finalizar, en lo que respecta al rol del psicólogo en relación a la temática elegida en el Trabajo de Integración Final y teniendo en cuenta el ámbito de la clínica individual, el mismo apunta a trabajar dentro del terreno de la promoción de la salud y de los tres niveles de prevención anteriormente citados, según las exigencias del caso clínico que busque o necesite atención. A la par de promover aquellas características saludables del niño, es necesario intervenir, para prevenir o disminuir, aquellos aspectos que le impidan alcanzar el máximo potencial de acuerdo con la etapa de desarrollo en la que se encuentre.

#### 5.1.2. El psicólogo en el ámbito comunitario

Por otra parte, su labor como promotor de la salud, no sólo consiste en un trabajo individual en consultorio, atendiendo casos clínicos particulares, sino que, también y principalmente, se desempeña dentro del ámbito comunitario, el cual es el espacio más propicio para desarrollar la tan sustancial tarea de la promoción y la prevención, ya que se da a nivel poblacional.

Antes de continuar con el desarrollo del presente sub-apartado, es preciso aclarar que, durante el proceso de práctica en el área clínica, no se efectuó una intervención a nivel comunitario, ya sea grupal o poblacional. No obstante, resulta enriquecedor plasmar este modo de trabajo, debido a la orientación preventiva y de promoción del presente Trabajo de Integración Final, ya que mencionada orientación se desprendió a partir del trabajo con casos clínicos particulares durante la experiencia práctica y de la visualización que de ellos surgió, acerca de la importancia del vínculo positivo madre-hijo y de la participación por parte de las figuras parentales en el problema, motivo de consulta.

Siguiendo a Maritza Montero (2004), la Psicología Comunitaria es una rama de la psicología cuyo objeto es el estudio de los factores psicosociales que permiten desarrollar, fomentar y mantener el control y poder que los individuos pueden ejercer sobre su medio ambiente, para solucionar problemas que los aquejan y lograr cambios en la estructura social. El objetivo de la misma es mejorar el bienestar de los individuos, los grupos, las organizaciones y las comunidades, priorizando la prevención y promoción de la salud, más que el tratamiento de los problemas sociales, a la par de perseguir que sea la comunidad misma la que utilice sus propios recursos o desarrolle otros nuevos para transformar su entorno o sus relaciones. En suma, se obtiene la transformación social, quedando el poder y el control dentro de la mencionada comunidad. Se entiende, entonces, que la manera de trabajar no es ‘asistencialista’, a través de programas diseñados en instituciones, por el contrario, se tiene un carácter dialogal, recíproco, buscando la participación de la comunidad destinataria y la unión entre las necesidades de la población y el conocimiento técnico del psicólogo.

Esta manera de proceder, es la que hace posible analizar prioridades, dar respuestas e introducir cambios (Montero, Balcázar & Nevhrough, 2000).

En correspondencia con lo anterior, el papel del psicólogo comunitario, según Montero (2004), es contribuir a que la comunidad se organice, discipline y participe activamente en la solución de sus problemas, a través de la toma de conciencia de su posición dentro de la comunidad y del cuestionamiento de la misma. Su nivel de actuación está regido por la promoción de la salud – educación, capacitación-, y la prevención comunitaria, entendiendo que, para obtener en una comunidad intervenciones exitosas en salud mental, es necesario un conocimiento adecuado de la compleja naturaleza de las relaciones humanas, sus sistemas locales de creencias y la estructura de la vida cotidiana.

En relación al método empleado, por parte del psicólogo, en psicología comunitaria, Montero (2004), propone uno cualitativo por excelencia, denominado *Investigación-Acción-Participativa* –I.A.P.-, el cual presenta, según la autora, una orientación a la transformación social y al mejoramiento de las condiciones de vida de la gente; un carácter crítico, dialógico, reflexivo, fortalecedor de la sociedad civil y democrático; es colectivo, participativo y se lo utiliza no sólo para constatar, sino para problematizar. Por otra parte, los procesos de este método facilitan, en las personas, diversas expresiones de conciencia respecto de sus propios recursos, así como el desarrollo de mayor seguridad en sí mismas. Es decir, no se investiga a alguien, sino con alguien; se trabaja para y con las personas involucradas en la problemática objeto de estudio. Los pasos para trabajar con la I.A.P. son los que a continuación se expresan (Dabas, 2006):

a) Familiarizarse con la comunidad: es clave conocer la comunidad con la que se va a trabajar, así como las organizaciones dentro de la misma y los estilos y modos de relaciones existentes.

b) Identificar las necesidades en forma conjunta con la comunidad: los miembros de la comunidad deben priorizar sus necesidades mediante diversos métodos como encuestas, entrevistas, a la par que es importante identificar recursos y capacidades con los que cuentan para afrontar los problemas y aquellos de los que carecen, los cuales se necesitan generar.

c) Reuniones con líderes y miembros de la comunidad: esto es necesario para el establecimiento de metas a corto y largo plazo, así como para efectuar la división de tareas para alcanzar dichas metas.

d) Trabajo de manera colectiva con los agentes externos e internos: consiste en llevar a la práctica lo acordado, siempre conservando una cuota de flexibilidad por si surgen imprevistos

e) Consecución de las metas específicas, a corto y mediano plazo, sumado a una devolución a la comunidad o grupo trabajado, del conocimiento producido en la investigación; es decir, se socializa y transfiere el conocimiento profesional, dando la posibilidad a la población de acceder a él y emplearlo. Además de este método cualitativo por excelencia, también existen otros, como la observación participante y las entrevistas e informantes clave. Complementándose con los anteriores, en el proceso de investigación, también imperan métodos cuantitativos como encuestas, escalas e inventarios o medidas de aspectos específicos. Los métodos cualitativos recaban información detallada, obtenida de un número relativamente pequeño de informantes, y los cuantitativos, por su parte, adquieren información limitada de grandes números de población (Sweetland & Cohen, 2010).

Vale aclarar que, el primer aspecto en la planificación, es la delimitación del área a trabajar, lo cual supone definir con claridad el problema a enfrentar o los aspectos del mismo que serán objeto de intervención. Esta planificación detallada es la que permite saber, con certeza, qué es lo que se debe cambiar, cómo y por qué, reconociendo el momento para hacerlo, a partir de los cambios que se observan, siempre teniendo presente que es la comunidad la que tiene el derecho de decidir lo que se va a investigar y sobre qué y cuándo y cómo se va a actuar (Montero, 2004).

A través del análisis, de la acción y de la reflexión colectivos entre la comunidad y el trabajador de la salud mental, comienza a producirse un proceso de concientización que supone problematizar –a fin de que se acepte como cotidiano, normal y lógico, aquello que es excluyente, insatisfactorio e injusto-, desnaturalizar –aspectos naturalizados por efectos de hábitos socializados, de la opresión, de la ideología y de la alienación- y, por último, desideologizar –romper con la hegemonía de las ideas dominantes, en función de formas de opresión social- (Montero, 2004).

Las acciones de salud mental en la comunidad –clínicas como comunitarias específicamente-, siguiendo a Gofin y Levav (2010), se desarrollan mediante la siguiente secuencia, que corresponde a las etapas en el proceso de intervención en la comunidad:

a) Examen preliminar de la comunidad: consiste en una primera identificación de las necesidades de salud mental que presenta la comunidad y en el relevamiento de los recursos existentes para atenderlas, todo lo cual permite determinar cuáles son los problemas prioritarios que merecen ser explorados en mayor detalle –en el paso siguiente- y la posible aceptación de la intervención por parte de la comunidad. Aquí, las características de la comunidad que deben obtenerse son: ubicación

geográfica, datos sociodemográficos, datos socioculturales, datos de salud y enfermedad, datos políticos y recursos de la comunidad.

El examen de los recursos existentes es un punto clave en toda intervención ya que, el trabajador en salud mental no comienza a trabajar en un vacío sino que, la propia comunidad, posee soluciones más o menos satisfactorias para sus problemas; además, ella misma pueden contar con el potencial necesario para lograr nuevas y más adecuadas soluciones -si dicho potencial es estimulador por el trabajar en salud mental-. Estos recursos existentes, que deben explorarse, se agrupan en cuatro categorías generales: recursos oficiales del sector salud –servicios de salud mental que utiliza la comunidad, tanto los localizados en su área como fuera de ella-; recursos no oficiales del sector salud –como son curanderos, espiritistas u otro tipo de curadores por la fe, grupos de padres y de ayuda mutua, entre otros-; recursos oficiales fuera del sector salud –escuelas, reparticiones de los Ministerios de Bienestar Social, Trabajo u otras vinculadas con la tareas del trabajador en salud mental- y, por último, recursos no oficiales fuera del sector salud –como son las instituciones religiosas-. Se buscará ubicar tanto a líderes formales como no formales, los cuales son depositarios de la información sobre los liderados, sus necesidades, prioridades, actitudes, etc.

b) Diagnóstico comunitario: mediante él se estudia la distribución de un trastorno –relevado en el paso anterior- en la comunidad y sus condiciones determinantes, donde, su control o modificación, es el objetivo central que busca crear el programa.

c) Plan de acciones o programa: el cual busca lograr un máximo impacto –efectividad- con un mínimo de costo –eficiencia-, asegurando que los más necesitados sean privilegiados con los mayores beneficios de dicho programa –equidad-.

d) Implementación del programa: se busca la estrategia más apropiada para poner en práctica el programa, procurando que la comunidad sea receptiva y que participe activamente, de una u otra manera. Esta implementación presenta dos componentes, por un lado, todas las actividades de intervención dirigidas a la comunidad y, por el otro, la organización de un registro de dichas actividades, el cual permitirá, luego, efectuar su vigilancia y evaluación.

e) Vigilancia del estado de salud en la comunidad: representa una acción continua durante la implementación del programa, lo cual permite la identificación rápida de los cambios de salud, como consecuencia del programa o de otras causas.

f) Evaluación de la asistencia prestada: los resultados obtenidos de las acciones de vigilancia y evaluación, ofrecen al especialista en salud mental la información necesaria para pasar al paso siguiente.

g) Toma de nuevas decisiones: un reexamen de la situación en salud, que permita la reflexión tanto respecto al curso y resultados del programa en ejecución, que sirva de base de decisiones para acciones futuras.

A la par de lo referenciado, el trabajador en salud mental, también cuenta con la herramienta del diagnóstico ya que, todo abordaje, debe iniciarse, necesariamente, con un diagnóstico. Lo anterior es así porque, de la misma manera que el cuidado clínico del individuo requiere un proceso de diagnóstico previo a la intervención, también el cuidado de la salud mental de la comunidad, requiere un relevamiento previo de su situación de salud –lo que permite conducir la intervención que se considere más adecuada para mejorar el estado de salud y controlar la enfermedad en la comunidad. El diagnóstico comunitario consiste en un proceso cuantitativo y continuo que tiene por objetivo, establecer la distribución y los determinantes del estado de salud-enfermedad de la comunidad o sector definido de ella. El mismo se apoya en la recolección activa y continua de toda información relevante para el proceso de la atención comunitaria en salud mental. Es decir que, para obtener el diagnóstico, es necesario: definir la población sobre la que se hará el diagnóstico, formular los objetivos del mismo y definir los métodos que se emplearán en el proceso diagnóstico (Gofin & Levav, 1992).

Siguiendo a Dabas (2006), existen dos clases de diagnóstico, el local y el situacional, los cuales resultan dos momentos complementarios, no excluyentes, del conocimiento de cada localidad. El diagnóstico local, por su parte, brinda una primera visión de la comunidad con la que va a trabajarse, de la misma manera que abre caminos hacia un conocimiento más focalizado y profundo, que evidencia la dinámica vincular de la información relevada. Mencionada información se obtiene a través de dos fuentes primordiales: secundarias –datos de censos o registros de nivel local, provincial o nacional- y primarias –informantes de la propia comunidad, profesionales, vecinos o funcionarios-, a la vez que información sobre características del municipio, datos demográficos, socioeconómicos, sociales, educativos y sanitarios. Por otra parte, el diagnóstico situacional tiene como primordial tarea, reconocer el escenario –lugar donde acontece un suceso- que se despliega en un territorio determinado, el cual se va construyendo en el proceso de cartografiar, de mapear dicho territorio a

medida que se lo recorre, incluyendo las múltiples voces y objetos que, en este recorrido, adquieren relevancia, ampliando permanentemente el horizonte de sentido y construyendo significaciones conjuntas. Este mapeo es una herramienta de trabajo que, como puede observarse, se construye en conjunto con las personas involucradas en función de un problema, cuya importancia es consensuada entre todos. Dentro de este diagnóstico, se proponen dos herramientas complementarias utilizadas para llevarlos a cabo: deconstrucción y construcción de problemas –que contempla problema o red problemática a resolver, discriminación de focos; revisión histórica del problema donde consten actores afectados, recursos disponibles y no disponibles; y, proyección de acciones que engloben qué se quiere hacer, quiénes lo harían, cómo se haría y dónde-, y mapeo de redes –consiste en una herramienta eficaz para recuperar las experiencias que resultaron adecuadas así como plantear nuevas acciones, actores o escenarios. Este mapeo se configura a través de un gráfico donde se simbolizan las principales vinculaciones de las organizaciones y personas que presentan un problema y/o que trabajan en la posibilidad de resolución del mismo, haciendo hincapié en los recursos, es decir, aquellos sujetos e instituciones que pueden ayudar, colaborar o apoyar en la situación a resolver-. Los principales dispositivos que colaboran a la implementación de las herramientas mencionadas son, visitas a la zona elegida y a sus organizaciones, observaciones, entrevistas y conversaciones informales con actores involucrados, y registro de todo el proceso y de la información recibida. Es clave, antes de comenzar a recabar información en y con la comunidad, proponer cambios o emitir juicios de valor, dedicar el tiempo necesario, a generar vínculos de confianza con la misma, que faciliten la posterior intervención y que la misma surta efectos.

Pudo apreciarse cómo, al hablar de prevención y promoción de la salud, se desplaza el eje de la asistencia en el hospital psiquiátrico, al trabajo en y con la población afectada. Es decir, se ejerce una salud mental en la comunidad. Por comunidad se entiende un conjunto de personas que comparten un determinado espacio geográfico, que establecen complejas relaciones sociales entre ellas, así como también, profesan un determinado sistema de creencias y poseen normas sociales que las rigen –además, las intervenciones en salud pública pueden ir dirigidas a otros tipos de colectividades como clubes o escuelas-. De ello se desprende la importancia de la cultura comunitaria, la cual brinda un sentimiento de identidad solidario, donde se dan cambios anhelados en común, más que un deseo de conocer y dominar algo que aparece como ajeno; la causa de este anhelo de superarse con, proviene de sentirse partícipe, más que identificado con algo ajeno y esto es lo que implica un sentimiento de identidad solidario. Al hablar de identidad del yo, así como de identidad psicosocial, se hace referencia a los procesos identificatorios que van ligando al sujeto a aquello de lo que, en un primer momento, se encuentra separado, los otros, la naturaleza, los sistemas sociales. Este sentimiento de identidad, lo realiza el yo desde la temprana edad, lo que le permite construir su imagen, determinado por los sistemas imperantes tanto familiares como socioculturales. Además, dicho sentimiento de identidad comunitaria, es captado desde una subjetividad singular, que hace al ser humano diferente, sin perder la unidad intrínseca entre él y sus circunstancias de vida. En realidad, este sentimiento es el primero, surgido de la participación del continente comunitario, que se hace presente desde el nacimiento, a través de la familia y, en especial, a través del vínculo madre-hijo, el cual simboliza en encuentro del ser naciente con la cultura viva. De lo anterior se desprende que, el proceso de socialización, como tarea de adaptación a las instituciones sociales y los sistemas que las determinan, no es suficiente para el desarrollo y la dignidad humana, sino que se necesita el contexto de la cultura participativa, donde cada persona vivencia un sentimiento de identidad, que la hace sentirse, a la vez, parte y un todo con el que anhela superarse. Por ello, limitar la tarea clínica psicológica a la relación de un yo como sujeto en relación a un objeto y, por extensión, a las instituciones y sistemas sociales, es acotar el campo y la tarea a un realidad establecida, que no tiene en cuenta la realidad viva en permanente transformación, de la cual todo sujeto es protagonista (Fernández Mouján, 2008; Sweetland & Cohen, 2010).

El punto de vista ético de todo psicólogo comunitario debe ser la conservación de la vida humana, promoviendo para ello una mejor calidad de vida y los cambios sociales necesarios con la participación de la población, a fin de que puedan tener una vida más saludable. Esto implica no ignorar las necesidades sentidas, opiniones y deseos de los integrantes de una comunidad, así como ser abierto y receptivo a las prácticas –culturales- tradicionales que resultaron útiles, estudiándolas y conectándolas con los nuevos conocimientos, sensibilizándose sobre los procedimientos que pueden emplearse para adquirir una mejor calidad de vida o para tratar enfermedades y dolencias y mantenerse sano (Montero et al., 2000).

Para finalizar, el rol del psicólogo a nivel comunitario, consiste en un trabajo conjunto con la comunidad que le concierna, aunando sus conocimientos, principalmente técnicos, con los intereses, valores, deseos y problemáticas de la comunidad misma y de toda su población, respetando su

Tutora: Analía Zapata

Autora: Melisa Radici

idiosincrasia, todo lo cual desembocará en un trabajo fructífero en relación a la promoción del vínculo sano madre-hijo.

Como se punteó precedentemente, si bien no se llevó a cabo durante las prácticas una labor poblacional, la intención es -además de dejar plasmado el modo de trabajo en y con la comunidad, como ámbito propicio para desarrollar las tareas de prevención y promoción-, abrir el pensamiento a una propuesta futura de actuación grupal donde, no sólo se intervenga sobre casos clínicos individuales de manera asistencialista o preventiva, sino que se planeen y ejecuten propuestas grupales como, por ejemplo, trabajar con madres embarazadas, con madres e hijos, con los niños y ambos padres, con el sistema familiar en su totalidad, e infinitas posibilidades que tengan, como objetivo principal, prevenir futuras dificultades en la infancia y promover la salud, bienestar y calidad de vida de los niños, el futuro de la sociedad.

## **CAPÍTULO 6. CONCLUSIÓN**

A lo largo del recorrido teórico y práctico pormenorizado se fundamentó que, durante la primera etapa de la vida, el niño, que se encuentra indefenso, necesita del cuidado de los adultos para sobrevivir y desarrollarse; a su vez, está preprogramado para interesarse por los estímulos sociales, como consecuencia de lo cual acaba vinculándose a algunas personas. De este modo, el apego, es el vínculo emocional más importante, en la primera infancia, que establece con uno o varios individuos del sistema familiar, fundamental y primariamente con la madre; cuyo sentido último es favorecer la supervivencia y proporcionar seguridad emocional.

Puede apreciarse que el infante llega a ser de modo diferente, según las condiciones ambientales, bajo las que se produce su desarrollo, sean agradables o desagradables. Básicamente, la función apropiada de la figura materna, proporciona al niño beneficios para un desarrollo sano y óptimo en todas sus áreas; es decir, un quehacer materno suficientemente bueno, brindado por una madre que, con su función de sostén, garantice una crianza, en cuanto a atención y a cuidados, satisfactoria, generando, en el bebé, el desarrollo sano de su yo, favoreciendo su paso desde un estado no integrado a una integración estructurada o estado de unidad.

Se señaló que un vínculo positivo madre-hijo, genera amplios beneficios en el niño en todas sus áreas: beneficios en su desarrollo emocional, cognitivo y sensoriomotriz, en el desarrollo del conocimiento de sí mismo –autoestima y autoconcepto- y en el desarrollo de la capacidad para la preocupación por el otro, para sentir culpa y para estar solo. Puede apreciarse entonces que, lo que sucede en el niño desde su nacimiento influye, de manera primordial, en la forma en que se desarrolla el resto de la vida; un inicio saludable contribuye, significativamente, a un mejor desarrollo posterior, en todas las áreas.

Debido a que son los años más tempranos los que ejercen un impacto crucial en la salud mental durante el resto de la vida es que, la promoción de la salud mental infantil cobra un lugar fundamental en relación a la labor en el ámbito de la infancia, tornándose sumamente importante, el desarrollo de estrategias para promover la salud mental del niño y prevenir futuras dificultades. Mencionadas estrategias se relacionan con la concientización acerca del significado del bienestar en los niños, proponiendo intervenciones para ayudar a los padres, facilitando las relaciones positivas padres-hijos, mejorando las condiciones de crianza y protegiendo a los niños más vulnerables; donde, la estrategia por excelencia, sea concientizar y trabajar en pos de la creación de un vínculo positivo madre-hijo, desde la concepción. La metodología de trabajo que se adopte debe apuntar, no sólo a intentar reducir los factores de vulnerabilidad, sino también y principalmente, a aprovechar y explotar los recursos existentes en las personas, buscando la reducción de la vulnerabilidad y el incremento de los factores de protección, a nivel individual, familiar y comunitario. Resulta fundamental encaminar los esfuerzos hacia la dirección señalada porque, si bien no puede afirmarse que la calidad de la experiencia temprana determina, de por sí, la aparición de psicopatología o normalidad en años posteriores, un vínculo de apego positivo, sienta los cimientos de la salud mental; la experiencia temprana satisfactoria en el vínculo con la madre, crea las bases de la resiliencia en todo niño.

La O.M.S ubica la intervención en la niñez temprana, entre las acciones sociales y de salud pública más efectivas para el logro de la promoción de la salud mental. Pudo notarse que la importancia de realizar esfuerzos en favor de la promoción de la salud mental infantil, radica en que la misma tiende a reducir los factores que dañan la salud mental y a fortalecer aquellos que la facilitan. La misma se transforma en una tarea imprescindible, ya que conduce a variados resultados positivos a largo plazo, desde mejoras en la salud mental de cada persona y de toda la comunidad, hasta una mayor calidad de vida y resultados positivos a nivel económico y social. Es la sociedad, la que tiene que aceptar e internalizar, que la preservación de la salud mental infantil, es la llave para la prevención de trastornos mentales a lo largo de toda la vida.

La principal tarea del psicólogo, sea a nivel clínico o comunitario, se encuentra direccionada, como se punteó, a fomentar el vínculo madre-hijo, concientizando a los adultos sobre la importancia del mismo y brindándoles apoyo y orientación en el desarrollo de sus competencias, principalmente de las madres, para atender y responder, oportuna y adecuadamente, a las diversas necesidades del niño. Lo primordial es conducirse dentro del ámbito de la promoción y prevención primaria resultando, importante y necesario, trabajar en pos de que se genere, en el momento oportuno, un vínculo sano desde la concepción, detectando, con anticipación, cualquier factor de riesgo que pueda provocar la aparición de determinado problema. Estas intervenciones disminuyen la proporción de casos nuevos de trastornos mentales en la población y se neutralizan circunstancias perjudiciales en relación a los niños, antes de que las mismas lleguen a producir enfermedad. Por otra parte, una vinculación que se encuentre mal constituida, generará la necesidad de intervenir dentro del nivel de prevención secundaria –tratamiento rápido y eficaz para una remisión pronta- y/o terciaria –disminuir el deterioro,

evitar la aparición de secuelas posteriores-, lo cual se puede impedir si se trabaja impulsando, en el momento oportuno, un vínculo sano. Es clave reorientar los servicios de salud para incluir, mas allá de la enfermedad propiamente dicha, la promoción de la salud.

Un vínculo sano madre-hijo y beneficioso para este último será motivo, por parte del psicólogo, para incentivarlo y reforzarlo, en pos de que continúe creciendo y optimizándose día a día, lo que conllevará a promover en el niño su bienestar y calidad de vida y, con ello, a evitar daños en su salud. Por otra parte, si en la labor clínica se detecta una mala vinculación, se necesitará recurrir a una intervención psicológica específica, direccionada a intentar generar o restaurar dicho vínculo, buscando restituir en la madre sus competencias frente al niño y promoviendo la resiliencia en este último, apuntando así a evitar que, las fallas en la vinculación, ocasionen en él daños mayores o secuelas permanentes en el plano de su salud mental.

Fundamentalmente, los dos ejes de trabajo que pueden resultar útiles a la hora de trabajar en los casos de fallas en la vinculación se direccionan a:

- la evaluación y rehabilitación de las incompetencias parentales -las competencias parentales representan uno de los factores esenciales para asegurar el buen trato infantil y se relacionan con capacidades prácticas de los padres para cuidar, proteger y educar a los hijos y proporcionarles un desarrollo sano. El profesional debe evaluar e intervenir sobre las prácticas parentales incompetentes que desembocan en vinculaciones negativas madre-hijo, facilitando, a estos padres, el aprendizaje de modelos parentales más competentes y eficaces-; y
- la facilitación y potenciación de las capacidades de resiliencia en el niño -la resiliencia es el resultado de los procesos relacionales en los que el niño estuvo inmerso desde su concepción y desde que nació; es decir, es una capacidad que emerge de las relaciones familiares y sociales, cuando éstas aseguran un mínimo de experiencias de buenos tratos; entonces, un apego seguro y un apoyo social mantenido y de calidad, son los factores que más contribuyen al desarrollo de la misma. Si la experiencia de apego en la familia se observa deficiente es posible, hasta cierto punto, repararla con una relación de calidad y, de este modo, contribuir al desarrollo de capacidades resilientes-.

Lo importante a tener en cuenta es que, si existe una práctica profesional coherente, nunca es demasiado tarde para proporcionar a los niños, ambientes que les puedan deparar la oportunidad de reintegrarse en el tejido social humano de una forma constructiva y altruista. Se propone un trabajo psicoterapéutico, capaz de asociar los recursos de los que disponen estos niños, así como los de los adultos y/o cuidadores de su red social, para crear contextos de ayuda, que les permitan a ellos recuperar sus atrasos del desarrollo, fomentar una conciencia social, modificar sus modelos de apego patógenos, adquirir y desarrollar comportamientos sociales más sanos.

La labor del psicólogo como promotor de la salud, no sólo consiste en un trabajo individual en consultorio, sino que puede desempeñarse dentro del ámbito comunitario, el cual es el espacio más propicio para desarrollar la valiosa tarea de promoción y prevención. Su rol a nivel comunitario, consiste en un trabajo conjunto con la comunidad que le concierna, aunando sus conocimientos, principalmente técnicos, con los intereses, valores, deseos y problemáticas de la comunidad misma, respetando su idiosincrasia, todo lo cual desembocará en un trabajo fructífero en relación a la promoción del vínculo sano madre-hijo.

En relación a las Prácticas Profesionales Supervisadas, la manera en que se procedió a la hora de evaluar e intervenir sobre la vinculación madre-hijo es la que sigue: si mencionada vinculación era la adecuada o esperada, se la pensaba como un factor protector en relación al niño y a la problemática por la que se realizaba la consulta y se procedía a reforzarla. Al contrario, si se evidenciaban fallas en la misma, se las consideran como un factor de riesgo fundamental en relación al niño y a su salud, y se obraba en pos de intervenir, de diversas maneras, con el fin de reparar, restablecer y/o acrecentar señalada vinculación.

Como propuesta de acción en relación al rol del psicólogo y en base a la temática elegida en el presente trabajo, se plasma la idea de efectuar una labor a nivel comunitario, poblacional, co-pensando, co-creando e implementando diversos proyectos en y con la comunidad, focalizados en generar un vínculo positivo madre-hijo y en desarrollar competencias parentales adecuadas. Lo anterior redundará en una promoción de la salud mental infantil, en la prevención de dificultades, en la instauración del necesario bienestar en la infancia y de la capacidad de resiliencia en todo niño. Por otra parte, también se piensa una labor a nivel comunitario, en aquellos casos donde, por diversos motivos, el vínculo no fue convenientemente construido, maniobrando en categoría de prevención, con el fin de restaurar dicho vínculo, para evitar secuelas permanentes en el plano de la salud mental infantil.

Tutora: Analía Zapata

Autora: Melisa Radici

La sociedad debe tomar conciencia de que no basta con hacer que un niño nazca, también es necesario traerlo al mundo. Hacer que nazca describe sólo los procesos biológicos de la sexualidad, el embarazo y el parto; en cambio, traerlo al mundo implica que los adultos dispongan alrededor de él circuitos sensoriales y de sentido que, impregnados en su memoria como modelos operatorios internos, le sirvan para un desarrollo sano en todas sus áreas, para tejer su resiliencia y para experimentar bienestar.

El compromiso por lograr el bienestar y la salud mental de los niños debe colocarse en el centro de las prioridades de los adultos y de la sociedad en general. Después de todo, la construcción de una humanidad más sana, más solidaria, más feliz y menos violenta, comienza por brindar buenos tratos en la infancia.



## CAPÍTULO 7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barudy, J. y Dantagnán, M. (2005). *Los buenos tratos en la infancia*. Buenos Aires: Gedisa.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida -1- El Apego*. Buenos Aires: Paidós.
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida -2- La Separación*. Buenos Aires: Paidós.
- Calmels, D. (2012). *Del sostén a la transgresión. En cuerpo en la crianza*. Buenos Aires: Biblos.
- Caplan G. (1966). *Principios de Psiquiatría Preventiva*. Buenos Aires: Paidós
- Castoriadis-Aulagnier, P. (2001). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Cyrulnik, B. (2002). *Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida*. Barcelona: Gedisa.
- Dabas, E. (2006). *Conocer a la población o conocer con la población. Diagnóstico local y diagnóstico situacional*. Buenos Aires: Colectivo FUNDARED.
- Dolto, F. (1991). *La causa de los niños*. Buenos Aires: Paidós.
- Dolto, F. (2000). *Las etapas de la infancia. Nacimiento, alimentación, juego, escuela...* Buenos Aires: Paidós.
- Fernandez Mouján, O. (2008). *Psicología Comunitaria y Salud Mental. Actualidad Psicológica*, 364: 21-27.
- Freud, S. (1905). *Obras Completas: Tres ensayos de teoría sexual*. Vol VII. Buenos Aires: Amorrortu.
- Freud, S. (1914). *Obras Completas: Introducción del Narcisismo*. Vol XIV. Buenos Aires: Amorrortu.
- Gillerault, (2009). *Dolto/Winnocott. El bebé en el psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Gofin, J. y Levav, I. (2010). Del examen preliminar de la comunidad al diagnóstico comunitario de salud mental. En Organización Panamericana de la Salud. *Salud Mental en la Comunidad*. (pp.51-70).
- Gofin, J. y Levav, I. (1992). Diagnóstico Comunitario. En Organización Panamericana de la Salud. *Temas de Salud Mental en la Comunidad*. Paltex N° 19. (pp 17-28).
- Grassi, A. y cols. (1990). *Diarios Clínicos -3- Cuerpo y Subjetividad*. Buenos Aires: Diarios Clínicos.
- Heredia, E. (1999). *Políticas de admisión a la universidad nacional*. Costa Rica: Consejo universitario de la UNA.
- Janín, B (2011). *El sufrimiento psíquico en los niños. Psicopatología infantil y constitución subjetiva*. Buenos Aires: Noveduc
- Jara, O. (1994). *Para sistematizar Experiencias*. San José: Alforja.
- Malagón-Londoño, G. y Galán-Morera, R. (2002). *La Salud Pública. Situación actual, propuestas y recomendaciones*. Buenos Aires: Médica Panamericana.
- Marrone, M. (2001). *La Teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Montero, M., Balcázar, F. y Nevrough, J.R. (Ed.). (2000). *Modelos de Psicología Comunitaria para la Promoción de la Salud y Prevención de Enfermedades en las Américas*. Washington: Paltex, N° 7.
- Montero, M. (2004). *Hacer para transformar. El método en psicología comunitaria*. Buenos Aires: Paidós.
- Montero, M. (2004). *Introducción a la Psicología Comunitaria. Desarrollo, conceptos y procesos*. Buenos Aires: Paidós.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Promoción de la salud mental: conceptos, evidencias emergentes, práctica* [Versión electrónica]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Recuperado en <http://www.ops.org.bo/textocompleto/isme27954.pdf>.
- Ortiz, M. J., Fuentes, M. J. y López, F. (2004). Desarrollo socioafectivo en la primera infancia. En Palacios, J., Marchesi, A. y Coll, C. (Ed.). *Desarrollo psicológico y educación*. Vol. I. (pp.151-176). Madrid: Alianza.
- Restrepo, H. y Málaga, H. (2001). *Promoción de la Salud: Cómo construir una vida saludable*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.
- Rygaard, N. (2008). *El niño abandonado. Guía para el tratamiento de los trastornos del apego*. Barcelona: Gedisa.
- Rodríguez Amenábar, V. y cols. (1998). *Narcisismo Normal y Patológico en la Integración Diagnóstica. Primera Parte*. Buenos Aires: Autores.
- Rodulfo, R (1993). *El niño y el significante. Un estudio sobre las funciones del jugar en la constitución temprana*. Buenos Aires: Paidós.
- Rodulfo, R. y Rodulfo, M. (1986). *Clínica Psicoanalítica en niños y adolescentes*. Buenos Aires: Lugar.
- Segal, H. (1981). *Introducción a la obra de Melanie Klein*. Barcelona: Paidós.
- Spitz, R (2001). *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de cultura económica.

Tutora: Analía Zapata

Autora: Melisa Radici

- Sweetland, A. y Cohen, A. (2010). Diagnóstico comunitario por medio de la investigación cualitativa. En Organización Panamericana de la Salud. *Salud Mental en la Comunidad*. (pp.71-85).
- Winnicott, D. (2006). *La Naturaleza Humana*. Buenos Aires: Paidós
- Winnicott, D. (2002). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Buenos Aires: Paidós.
- Zas Ros, B. (2002). *La Prevención en Salud. Algunos referentes conceptuales* [Versión electrónica]. Recuperado de <http://www.psicologia-online.com/colaboradores/barbara/prevencion/>.