



REVISTA MÉDICA INTERNACIONAL SOBRE EL SÍNDROME DE DOWN

www.elsevier.es/sd



AVANCES PSICOPEDAGÓGICOS

Atención a la primera infancia (parte I)

M. Golanó Fornells

Centro de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP), Fundació Catalana Síndrome de Down, Barcelona, España

Recibido el 14 de julio de 2010; aceptado el 2 de septiembre de 2010

PALABRAS CLAVE

Contención emocional;
Sujeto activo;
Vínculo;
Conocimiento implícito;
Conducta interactiva;
Interdisciplinariedad

KEYWORDS

To contain emotionally;
Active subject;
Bond;
Implicit knowledge;
Interactive behaviour;
Interdisciplinarity

Resumen

Este artículo trata sobre la atención a la infancia de 0 a 6 años de edad con diferentes tipos de dificultades por causa orgánica, psicológica o social. En él se exponen algunos fundamentos específicos de la atención a la primera infancia, líneas de investigación y aspectos asistenciales actuales.

© 2010 Fundació Catalana Síndrome de Down. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

Healthcare for infants and toddlers (part I)

Abstract

This article is about healthcare for infants and toddlers between 0 and 6 years with different types of organic, psychological or social difficulties. It outlines some specific fundamentals with regards healthcare for infants and toddlers, lines of research and current healthcare issues.

© 2010 Fundació Catalana Síndrome de Down. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Algunos referentes

Donald Winnicott fue uno de los primeros pediatras que miraron más allá del niño y lo atendían junto a su madre. En su consulta terapéutica escuchaba el sufrimiento de las madres respecto a la crianza de sus hijos y observaba las rela-

ciones que mantenían. Considerado por algunos autores¹ el fundador de la psicoterapia de la relación madre-niño, Winnicott² describe la relación inicial de la madre con su hijo partiendo de conceptos muy ilustrativos de los componentes primordiales de la crianza. Conceptos como *holding* para referirse al modo en que la madre sostiene al hijo, el modo en el que lo contiene física y emocionalmente, o el concepto de *handling* para determinar el modo en que la madre manipula al bebé. Palabras que reflejan su concepción de que el cuidado físico es psicológico en los primeros años, afirmando

Correo electrónico: cdiap@fcsd.org (M. Golanó).

que “todos los detalles tempranos del cuidado físico constituyen cuestiones psicológicas para el niño”². A través de estas primeras relaciones de cuidado materno y de identificación de la madre con su bebé, este autor describe varios procesos que favorecen el desarrollo, entre los que destaca el proceso de integración y de mentalización.

A mediados del siglo XX John Bowlby³ defendió la predisposición de la criatura humana a participar activamente en la interacción social. Para demostrarlo empezó a observar de manera sistemática las reacciones emocionales y la conducta interactiva del niño en condiciones de separación y reencuentro afectivo, postulando el origen primario de la vinculación afectiva. La importancia otorgada por Bowlby a la naturaleza de la vinculación afectiva de apego y sus consecuencias en el desarrollo de la salud mental son conceptos fundamentales en la clínica infantil actual. Este autor insistió en la necesidad de un vínculo afectivo de apego precoz que aporte seguridad y permita desplegar las conductas exploratorias que estimularán el desarrollo. Un vínculo afectivo con un cuidador receptivo que ofrezca continuidad y disponibilidad. Las características de los vínculos que haya establecido la madre o figura cuidadora influirán en la vinculación que el niño establezca con ella. Las investigaciones que se están llevando a cabo actualmente en esta línea tienen el objetivo de analizar los elementos representacionales implícitos en la conducta interactiva de la madre con el niño y que son predictivos del vínculo que construirá el propio niño³. Desde este punto de vista, el sujeto es un participante activo en el proceso de construcción de su vinculación afectiva con la madre o cuidador principal, lo que coincide con la concepción del niño activo en la construcción de su conocimiento que formuló Jean Piaget aproximadamente en el mismo momento histórico³.

Dimensiones de la relación padres-hijo

Hoy está ampliamente aceptado, desde diferentes perspectivas teóricas, que el desarrollo infantil debe darse en un marco interactivo que permita encuentros significativos entre la madre y el niño, que serán decisivos para el desarrollo posterior. Cuando en estas primeras relaciones todo va bien, generan un desarrollo emocional y también neuronal, tal como se está constatando desde el campo de la neuropsicología⁴. Además, también está ampliamente aceptado que la relación entre la madre o el padre y el niño incluye distintas dimensiones: la interactiva, la consciente y la inconsciente.

Daniel Stern⁵ señala que a menudo, desde una perspectiva psicodinámica, se ha dado más importancia a la interpretación de la interacción que a la interacción en sí misma, lo que ha dado lugar a la necesidad de volver a la observación directa. En la observación de la interacción es donde deben poder encontrarse los indicios de la fantasía parental. En este sentido, desde hace unos años se llevan a cabo líneas de investigación^{6,7} con el objetivo de captar lo que se denomina *representación mental en acción*, es decir, el modo en que la fantasía de la madre se expresa en la interacción que mantiene con su hijo/a. Investigaciones que llevan a la definición del conocimiento relacional implícito como lo que un sujeto manifiesta en la conducta interactiva con el otro,

pero del que no es consciente. Y se ha investigado precisamente en la primera infancia, para entender las modalidades de los cambios terapéuticos en el adulto.

Lo que sucede en la conducta interactiva entre la madre y el niño también se investiga con el objetivo de valorar cómo aparece la capacidad reflexiva materna en la interacción con su hijo. La capacidad para reflexionar acerca del ejercicio de la propia parentalidad y acerca de las motivaciones internas de los niños y cómo estas capacidades aparecen verbalizadas en el mismo momento en que se lleva a cabo la conducta interactiva se consideran elementos decisivos en la relación padres-hijo/a^{8,9}. Efectivamente, la capacidad de los padres para expresar con palabras las vivencias de sus hijos, para verbalizar las causas internas de sus conductas, son aspectos primordiales para el desarrollo de la mentalización del propio niño y de la capacidad para tomar conciencia de uno mismo. Son aspectos que se observan en la clínica escuchando la narrativa que los padres utilizan para describir a su pequeño y la conflictiva que presenta, y observando cómo los padres interpretan las conductas del niño en el mismo momento en que se lleva a cabo la secuencia interactiva. Actualmente se está investigando en esta dirección desde diferentes perspectivas teóricas¹⁰.

Primeras relaciones: desarrollo global

Durante los primeros seis años de vida, el niño realiza un desarrollo espectacular a todos los niveles: emocional, cognitivo, motriz y comunicativo. Esa espectacularidad no vuelve a repetirse en toda la vida del individuo y tiene unas repercusiones esenciales. La íntima interrelación entre las primeras relaciones y el desarrollo general es la materia conmovedora con la que se trabaja en la atención a la primera infancia. Primeras relaciones en las que el niño aporta sus propias características que favorecerán que los padres desplieguen unas competencias relacionales determinadas. En esta etapa de la vida se asiste, y en primera fila, al modo en que esas relaciones emocionalmente significativas favorecen o dificultan un desarrollo esperado. Es por eso por lo que en esta primera etapa el desarrollo se convierte en una vía de expresión más del malestar relacional.

La dimensión del desarrollo finalmente constituye un indicador de la buena o mala evolución del trabajo psicoterapéutico en niños con diferentes motivos de demanda y sin ninguna patología orgánica. De manera muy específica, en un centro de desarrollo infantil y atención precoz, las diferentes modalidades de alteraciones del desarrollo son uno de los motivos de demanda principales. Alteraciones en el desarrollo motriz, por ejemplo, en las distintas etapas previas a la adquisición de la marcha autónoma, o alteraciones en el desarrollo del lenguaje verbal cuando surgen dificultades subyacentes en la no aparición de este lenguaje. Serían los dos momentos evolutivos principales respecto a los cuales aparece la demanda en cuanto al desarrollo.

La presencia de la interdisciplinariedad en los equipos de atención a la primera infancia garantiza una consideración multifactorial en la etiología de las alteraciones de esos seis primeros años de vida. La neuropsiquiatría, como disciplina integrante del equipo, tiene la función de descartar o constatar la presencia de alteraciones orgánicas y de poder va-

lorar sus repercusiones. Conocer su alcance real siempre que sea posible es imprescindible para que la familia pueda otorgar una significación a las manifestaciones del niño y para que el trabajo psicoterapéutico pueda ajustarse a su realidad. Otras disciplinas especialistas en el desarrollo motriz (fisioterapia) o del lenguaje (logopedia) permiten un trabajo específico en las situaciones en que se requiere y en íntima colaboración con un trabajo psicoterapéutico que dialoga constantemente con ellas. Esto es así porque se parte de la concepción de que las diferentes dimensiones del desarrollo (emocional, cognitivo, motriz, de la comunicación y del lenguaje) aparecen de manera íntimamente relacionada las unas con las otras y no de manera disociada. La intervención tiene el objetivo de integrar los distintos desarrollos a partir de la palabra que da una significación y de la implicación emocional de los padres. Por lo tanto, la multidisciplinariedad en la atención a las diferentes alteraciones que puede manifestar un pequeño no pasa por atender cada síntoma por separado, en una especie de yuxtaposición de miradas realizadas desde cada disciplina. Por el contrario, la atención a la primera infancia debe garantizar la integración de las distintas miradas para confluir en la consideración del niño como sujeto particular, con un desarrollo que también es siempre particular.

El diálogo entre la dimensión relacional y el desarrollo global puede que sea todavía más necesario cuando el niño nace con una patología orgánica importante diagnosticada en el momento del nacimiento o durante los primeros meses y que será la causa principal de que el desarrollo quede comprometido (generando retraso mental y/o motriz). En estas circunstancias, la presencia de lo orgánico habitualmente invade todo el espacio que corresponde a la construcción subjetiva del desarrollo. Rescatar el espacio propio que corresponde al niño con una patología orgánica debe ser uno de los objetivos de la atención a la primera infancia.

Cuando un niño nace con una patología orgánica importante (lesión cerebral por diferentes causas) o síndrome genético (como el síndrome de Down), en los padres surge un sufrimiento profundo. El nacimiento de un niño con alteraciones orgánicas, genéticas o con lesión neurológica altera el proceso de identificación de los padres con el niño, lo que repercute en sus funciones maternas y en su capacidad para comunicar e interpretar a este niño diferente. Por lo menos durante un tiempo, la disponibilidad parental decae a causa del proceso doloroso en el que están inmersos los padres. Así, aparece un riesgo en el establecimiento de las primeras relaciones en cuyo marco se genera el desarrollo. Este desarrollo se ve afectado por ello, que se sobrepone a la dificultad procedente de la etiología orgánica. Esta superposición es lo que dificulta la diferenciación y el diálogo entre la dimensión orgánica y la relacional.

En los últimos años, la descripción y la comprensión del desarrollo y la patología infantil incluyen tanto factores bio-

lógicos como factores relacionales en distintos enfoques teóricos y ámbitos profesionales. Así, las características de la relación entre padres e hijos se reconocen como eje diagnóstico en la valoración pentaxial que se realiza actualmente en la primera infancia utilizando la clasificación internacional "Zero to Three". En el mismo sentido, los profesionales de pediatría derivan a la consulta del centro de desarrollo y atención precoz a niños con una gran variedad de motivos de demanda, entre los cuales han aumentado las alteraciones de expresión psicosomática como problemas de alimentación, de sueño, alopecia y retención fecal, entre otros. Alteraciones en las que puede considerarse la presencia de factores emocionales una vez descartada la presencia de factores orgánicos. La labor de sensibilización, prevención y detección, así como las coordinaciones establecidas de manera periódica desde hace más de diez años con la pediatría de la sanidad pública, han contribuido a que el concepto de salud se haga global e integre la salud mental del niño entendido como miembro de un contexto relacional.

Conflicto de intereses

La autora declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Barrows P. Brief work with under fives: A psychoanalytic approach. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 1999;4:187-99.
2. Winnicott D. *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. 1.ª ed., 1941. Buenos Aires: Paidós; 1999.
3. Fonagy P. *Teoría del apego y psicoanálisis*. Barcelona: ESPAXS; 2004.
4. Muratori F. El autismo como efecto de un trastorno de la intersubjetividad primaria (I). *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*. 2008;12:39-49.
5. Stern D. *La constelación maternal*. Barcelona: Paidós Ibérica; 1995.
6. Lyons-Ruth K. El inconsciente bipersonal: el diálogo intersubjetivo, la representación relacional actuada y la emergencia de nuevas formas de organización relacional. *Aperturas Psicoanalíticas*. 2000;4.
7. Stern D, Sander LW, Nahun JP, Harrison AM, Lyons-Ruth K, Morgan AC, et al. Mecanismos no interpretativos en la terapia psicoanalítica: El "algo más" que la interpretación. *Libro Anual de Psicoanálisis*. 2000;XIV:207-25.
8. Fonagy P, Target M. Attachment and reflective function: Their role in self organization. *Dev Psychopathol*. 1997;9:679-700.
9. Barrows P. Change in parent-infant psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*. 2003;29:283-300.
10. Roseblum KL, McDonough SC, Sameroff AJ, Muzik M. Reflection in thought and action: Maternal parenting reflectivity predicts mind-minded comments and interactive behavior. *Infant Mental Health Journal*. 2008;9:362-76.