

Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia



**Desarrollo emocional.
Clave para la primera infancia**

03

Dirección Editorial

Elena Duro, Especialista en Educación de UNICEF
Ricardo Gorodisch, Presidente de Fundación Kaleidos

Autoría

Marcela Armus
Constanza Duhalde
Mónica Oliver
Nora Woscoboinik

Agradecimientos

Se agradecen los aportes de Flavia Raineri, Raúl Mercer, Nilda Vainstein y Verónica Rusler.

Zulma Ortiz, Especialista de Salud de UNICEF, por sus observaciones y contribución a la publicación.

Las autoras deseamos agradecer a todos los bebés, mamás, papás, familias y cuidadores que son nuestros primeros maestros. Así también, a los autores dedicados a la primera infancia con cuyos textos dialogamos al elaborar esta publicación.

© Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Fundación Kaleidos, abril de 2012.

Desarrollo emocional. Clave para la primera infancia

76 p, 20 cm x 26,5 cm

ISBN: 978-92-806-4641-2

Impreso en Argentina

Primera edición, abril de 2012

1.000 ejemplares

Edición y corrección: Guadalupe Rodríguez

Diseño y diagramación: Gustavo Wald

Se autoriza la reproducción total o parcial de los textos aquí publicados, siempre y cuando no sean alterados, se asignen los créditos correspondientes y no sean utilizados con fines comerciales.

Las opiniones de los/as autores/as expresadas en este libro no representan necesariamente los puntos de vista de las instituciones.

Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF)

buenosaires@unicef.org

www.unicef.org.ar

Fundación Kaleidos

kaleidos@fundacionkaleidos.org

www.fundacionkaleidos.org



índice

pág. 5	Prólogo
pág. 6	Introducción
pág. 9	Capítulo 1 ¿Qué es lo esperable en el desarrollo emocional de un niño? 1. ¿Qué necesita un bebé? a. El sostén emocional b. La constitución de la regulación afectiva c. La constitución de la confianza básica d. Lo interpersonal configura el mundo interno e. Influencia de los vínculos afectivos en el desarrollo cerebral f. Organización de la comunicación preverbal y verbal g. La familia: función materna y función paterna ¿Qué significa cuidar a un niño? 2. ¿Qué es esperable observar en la evolución del desarrollo psicológico de un niño entre 0 y 3 años?
pág. 23	Capítulo 2 Problemáticas en el desarrollo emocional del niño de 0 a 3 años 1. Definición de <i>problemática</i> 2. Factores de riesgo y factores protectores 3. Situaciones especiales: prematurez y discapacidad
pág. 33	Capítulo 3 Signos de alarma
pág. 41	Capítulo 4 Dificultades emocionales en niños de 0 a 3 años 1. Los vínculos 2. La ansiedad 3. La depresión 4. Dificultades en el espectro de la regulación 5. Trastornos del espectro autista 6. Problemas graves de la expresión somática 7. Trastorno por estrés traumático
pág. 51	Capítulo 5 Intervenciones posibles 1. Promoción de la salud: recomendaciones 2. Prevención y asistencia 3. Propuestas para toda consulta de niño sano
pág. 65	Conclusiones
pág. 67	Glosario
pág. 73	Bibliografía

prólogo

En UNICEF priorizamos al desarrollo infantil que abarca, en una conceptualización amplia, a la infancia comprendida entre los cero y siete años. Pero así mismo, destacamos que los primeros años de vida constituyen una etapa sustantiva en la configuración de subjetividades, en potencialidad de oportunidades y de capacidades para un ejercicio pleno de derechos. En este sentido, la atención a la primera infancia es uno de los temas prioritarios de la cooperación en la Argentina.

Pensar al desarrollo infantil temprano desde una perspectiva integral supone comprender que la supervivencia, el crecimiento y el desarrollo de los niños son aspectos interdependientes. Las familias y los adultos responsables -incluyendo también a funcionarios y actores comunitarios - que se relacionan con el niño y la niña asumen un rol determinante en su crianza proveyéndoles cuidado, afecto, estímulo, valores y la protección necesaria.

Sostenemos que las oportunidades de desarrollo de los niños de nuestro país aumentan exponencialmente cuando son acompañadas y favorecidas por políticas públicas de carácter multidisciplinario e intersectorial que favorezcan el acceso de las familias a recursos, conocimientos y servicios de atención de calidad.

El desarrollo infantil integral suele definirse a través de los cambios que los niños atraviesan en términos físicos, cognitivos, emocionales y sociales que los habilitan a una vida autónoma y plena. Muchas de estas dimensiones son por todos reconocidas y solemos encontrar abundante literatura sobre la mayoría de éstas (salud en primera infancia, desarrollo cognitivo, físico, entre otros). Sin embargo, es menos habitual contar con información relevante sobre un pilar del desarrollo infantil como lo es el desarrollo emocional.

En esta publicación podrán encontrar las claves del desarrollo emocional, así como alertas y recomendaciones para la protección de esta dimensión en los primeros años de vida de los niños.

Consideramos que difundir este conocimiento será de un gran valor para todos aquellos profesionales como así mismo las familias que están vinculados a la primera infancia.

Por último, creemos que esta publicación abona a los decisores que asumen un rol clave en las políticas destinadas a las familias y a la infancia.

Elena Duro
Especialista

Este documento tiene el objetivo de plantear una nueva mirada sobre el desarrollo infantil. Aborda un tema de difícil percepción: las problemáticas relacionadas con el desarrollo emocional temprano^{*1}, los signos de alarma^{*} y de sufrimiento emocional, y todos aquellos modelos de intervención posibles vinculados a la promoción, la prevención y la asistencia.

La concepción holística del desarrollo infantil integral es la mirada superadora en la que se incluye el desarrollo emocional y vincular como un aspecto jerarquizado, que se desarrollará en el presente escrito, y que solo adquiere sentido si se lo incorpora a la mirada ampliada sobre el desarrollo infantil que propone el documento “Para la vida”².

La perspectiva del trabajo intersectorial, base operativa de nuestra propuesta, implica integrar, sin descuidar las funciones específicas de cada sector, nuevos saberes e involucrar a personas e instituciones con independencia de relaciones jerárquicas, que dan por resultado una estructura organizacional abierta, flexible y funcional, con alta capacidad de adaptación a objetivos socio-comunitarios.

Es necesario contar con la participación social como proceso inherente a la salud y el desarrollo, a través del cual los grupos comunitarios, las organizaciones, las instituciones, y los sectores y los actores sociales de todos los niveles intervienen en la identificación de necesidades o problemas de salud, y se unen para diseñar y poner en práctica las soluciones o acciones a seguir.

En los últimos veinte años, ha crecido el conocimiento acerca de la salud mental y el desarrollo de los niños en la primera infancia^{*}. Este conocimiento se logró gracias a la observación sistemática de bebés, a la investigación y a la intervención clínica con niños pequeños. De esta manera, sabemos hoy cuáles son los factores que permiten el surgimiento de modalidades de desarrollo esperables y cuáles determinan las dificultades en este proceso.

El sustento teórico de los modelos de prevención toma en cuenta el modelo plurifactorial y la posición crítica respecto de las predicciones (medicina de la anticipación), que se basan en el modelo clásico de las acciones en salud mental (modelo monofactorial). Adherimos a esta mirada plurifactorial, compleja y abarcadora, integradora de conocimientos, que permitirá incluir a todos aquellos profesionales en contacto con la primera infancia, con sus perspectivas y propuestas, para no dejar de lado aquello que con tanta frecuencia se ve vulnerado: la salud mental en los primeros cinco años de vida.

La formación y la capacitación de los agentes comunitarios en la detección temprana de orientadores de patología grave en esta etapa cronológica requerirán de un **compromiso** y una **sensibilización**, más allá de las jerarquías particulares; esto permitirá a **toda una comunidad acompañar el proceso de crecimiento, aprendizaje y subjetivación**.

1 Los términos o conceptos señalados con asterisco están incluidos en el Glosario.

2 Para la vida, 4ta Edición, Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia, New York, 2010

Este documento propone llevar adelante el flujo de resolución de problemas a partir de la detección de dificultades en el área emocional, con eficacia, rapidez y buenas posibilidades de satisfacción de las demandas que surjan. También sugiere crear resonancias y acuerdos con las redes preestablecidas y con las que puedan crearse, para no dejar por fuera de la atención a ningún bebé o niño pequeño, y garantizar así el derecho a una salud mental satisfactoria, como parte de la salud integral.

Las siguientes preguntas —y las respuestas que iremos ofreciendo a lo largo de este documento— tienen el objetivo de orientar la mirada de los cuidadores primarios*, de las familias, de las comunidades, y de las políticas en salud y educación, hacia el desarrollo emocional temprano.

- ¿Qué necesita un niño pequeño de sus cuidadores? ¿Qué demanda? ¿Qué desea?
- ¿Qué necesitan los cuidadores para criarlo?
- ¿Cómo se relaciona un bebé con los demás? ¿Qué usa para comunicarse, conocer y conquistar el mundo?
- ¿Cómo nos damos cuenta de que un bebé está sufriendo?
- ¿Qué miramos, qué escuchamos, qué observamos, qué sentimos frente al sufrimiento?
- ¿Cómo nos damos cuenta de que el vínculo no se está construyendo armoniosamente?
- ¿Qué puede hacer el cuidador frente al sufrimiento del bebé?
- ¿Qué puede hacer la comunidad frente al sufrimiento vincular?

Proponemos tomar la funcionalidad de las **redes comunitarias y asistenciales** como un diálogo de la intersectorialidad, un desafío **para la vida** de las personas y de la comunidad en la que habitan; y su ausencia como un obstáculo en el diálogo comunitario que dificulta la resolución de los **problemas de la singularidad**.

redes comunitarias funcionales e integradas: sujetos integrados

Nada es más importante y económico para la vida emocional de las familias y para los sistemas de salud, que la prevención y la detección temprana de estos padecimientos. Mirarlos, escucharlos y atenderlos... ¡Que esto sea posible!

cap.1

**¿Qué es lo esperable
en el desarrollo
emocional de un niño?**

1. ¿Qué necesita un bebé?

El niño tiene, desde su nacimiento, la capacidad fundamental de relacionarse socialmente. Pero podrá desarrollarla, siempre y cuando haya alguien, el cuidador primario, disponible para establecer esta relación social. Por eso, se puede pensar que para el bebé no es posible desarrollarse en soledad.

El bebé nace en un estado de indefensión tal que para sobrevivir, constituirse en ser humano y desarrollar su potencialidad genética necesita de otras personas que le provean todo aquello que es necesario, ya que no puede hacerlo por sí mismo. Los niños pequeños, al presentar una estructura psíquica inmadura en formación, se encuentran en un estado de gran fragilidad.

Las experiencias afectivas con sus cuidadores primarios en los primeros años de vida tienen una enorme influencia a favor del desarrollo cognitivo, social y emocional, íntimamente relacionados.

La constitución de la subjetividad* depende de lo intersubjetivo.

a.

El sostén emocional*

El sostén emocional es la respuesta adecuada al sentimiento universal de desamparo con el que todo bebé llega al mundo. Este sostén permite que se construya entre el bebé y las personas encargadas de su crianza un **vínculo** lo suficientemente fuerte como para que se den las condiciones propicias para la satisfacción de todas sus necesidades.

El sostén emocional se da en el marco de un **vínculo estable, un vínculo de apego**, con los cuidadores primarios. Este vínculo se establece desde el momento del nacimiento y permite construir un **lazo emocional íntimo** con ellos. Por *estable* entendemos un vínculo **cotidiano y previsible**, y en los primeros tiempos, con la presencia central de una o más personas que se ocupen de la crianza del bebé. La estabilidad y la previsibilidad en el vínculo con sus cuidadores le permiten al niño construir una relación de apego seguro³.

La necesidad de ser sostenido emocionalmente por otro y la búsqueda e interés en la relación humana son rasgos de salud mental que el niño manifiesta desde el comienzo de su vida.

3 Bowlby, J. (1989): *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría de apego*. Buenos Aires: Paidós.

b.

La constitución de la regulación afectiva*

En la primera infancia, el niño carece de la capacidad de regular por sí mismo sus estados emocionales y queda a merced de reacciones emocionales intensas. La **regulación afectiva** solo puede tener lugar en el contexto de una relación con otro ser humano. El **contacto físico y emocional** —acunar, hablar, abrazar, tranquilizar— permite al niño establecer la **calma en situaciones de necesidad e ir aprendiendo a regular por sí mismo sus emociones**.

El adulto a cargo de la crianza de un bebé debe poner en juego una capacidad empática* que le permita comprender qué es lo que necesita ese niño, que si bien aún no puede expresarse con palabras, sí se comunica a través de gestos, miradas, movimientos, llantos y sonrisas.

Las respuestas emocionales del adulto en sintonía con el estado interior del bebé generan primero un **estado de correulación afectiva** o regulación diádica que lleva, unos meses más tarde, al **logro de la autorregulación afectiva** por parte del bebé. Esto significa, por ejemplo, que si un niño llora sin ser consolado, se encuentra solo en el aprendizaje del paso del malestar a la calma y al bienestar. Ese bebé puede llegar a tener dificultades para autocalmarse no únicamente en sus primeros meses sino a lo largo de todo su desarrollo⁴ (Schejtman y Vardy, 2008; Tronick, E, 2008).

C.

La constitución de la confianza básica

En un nivel emocional, la **confianza básica*** es un logro que se da como resultado de numerosas interacciones satisfactorias entre el bebé y sus cuidadores primarios. El niño que ha construido su confianza básica puede luego explorar el mundo, crecer, separarse e individuarse. La confianza se relaciona con la seguridad que un niño tiene de saber que sus cuidadores son sensibles a sus necesidades físicas y emocionales, y que van a estar disponibles si los necesita. Un niño que se siente seguro respecto de los adultos que lo cuidan no ignora los riesgos de aventurarse alejándose un tanto de ellos, pero avanza de todos modos sabiendo que tiene dónde respaldarse en caso de necesidad.

Los **vínculos afectivos estables** y contenedores **reducen el malestar emocional** y potencian los sentimientos positivos en el niño. La expectativa que tiene el niño sobre lo que se puede esperar de los demás se crea a partir de experiencias tempranas concretas de **interacciones positivas y repetidas en el tiempo**. Se construyen así esquemas mentales acerca de cómo es estar con el otro⁵.

4 Schejtman, C., Vardy, I. (comp.) (2008): "Afectos y regulación afectiva, un desafío bifronte en la primera infancia" en *Primera infancia. Psicoanálisis e investigación*. C. Schejtman, comp. Buenos Aires: Akadia editorial.

Tronick, E. (2008): "Conexión intersubjetiva, estados de conciencia y significación" en *Primera infancia. Psicoanálisis e investigación*. C. Schejtman, comp. Buenos Aires: Akadia editorial.

5 Stern, D. (1985): *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós.

d.

Lo interpersonal configura el mundo interno

Existen diferentes **modos de estar con los otros**. La representación de esas interacciones está formada por diversos elementos: sensaciones, percepciones, afectos, acciones, pensamientos y motivaciones. Esto es debido a que estas representaciones contienen todo aquello que ocurre y se registra en la experiencia vivida, y que puede formar parte de un **recuerdo de estar con otro**.

Un niño espera en función de lo que ya recibió. Las nuevas experiencias son vividas a partir de estos modelos dados por experiencias anteriores.

Los modos en que los adultos se ocupan del niño, las interacciones y la comunicación con él, se internalizan y el niño construye así los modelos de sí mismo que reflejan el modo en que sus padres lo ven, imágenes transmitidas no solo en el decir sino también en el hacer con él. Una vez contruidos, estos modelos de sí mismo basados en las interacciones entre el niño y sus padres tienden a persistir, y continúan operando ya a un nivel inconsciente.

Así, las experiencias emocionales del niño con su familia permiten que él **construya la capacidad de pensar el mundo que lo rodea y pensarse a sí mismo**, es decir, construir su propio aparato psíquico, que se va a ir desarrollando hasta que logre ser alguien diferenciado como individuo e integrado a la sociedad⁶.

e.

Influencia de los vínculos afectivos en el desarrollo cerebral

El desarrollo del cerebro del infante depende en parte de las experiencias que vive. El vínculo temprano tiene un impacto directo en la organización cerebral. Existen períodos específicos, llamados *períodos ventana*, en los que se requieren determinados estímulos para el óptimo desarrollo de algunas áreas cerebrales. Esta estimulación adecuada depende del establecimiento de un vínculo temprano satisfactorio.

**Redes de neuronas + Redes de ideas + Redes emocionales
+ Redes de personas = Crianzas más favorecidas**

⁶ Fonagy, P., G. Gergely, E. Jurist y M. Target (2001): *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Nueva York: Other Press.

La **neuroplasticidad*** (plasticidad cerebral) es un reciente descubrimiento de la ciencia que muestra cómo el cerebro, a partir de sus propiedades, tiene la capacidad de moldearse de acuerdo con la experiencia. Esta capacidad está particularmente desarrollada en la niñez, al mismo tiempo que se va constituyendo el yo*.

Aprender, recordar, olvidar y recuperarse de situaciones (injurias) son algunas de las acciones que se llevan adelante gracias a estas plasticidades. La neuroplasticidad depende de factores genéticos, epigenéticos* y ambientales.

Las condiciones del entorno y la crianza en los primeros años de vida brindan oportunidades privilegiadas para estimular estas capacidades.

Un niño es el producto de un entrecruzamiento entre la biología con la que nace, el contexto en el que se cría y la capacidad psíquica y mental que va constituyendo.

Winnicott señala que el desarrollo es producto de la herencia, de un proceso de maduración y de la acumulación de experiencias de vida, pero que se podrá dar o se verá alterado a menos que se cuente con un medio suficientemente favorable⁷.

f.

Organización de la comunicación preverbal y verbal

En el inicio, la fuente más importante de estímulos para un bebé es el cuerpo de la persona que se ocupa de él. La presencia física, la proximidad cuerpo a cuerpo y el comportamiento interactivo sirven como una función reguladora externa para su organización psíquica y emocional. Los brazos del adulto, las caricias, son el lugar donde las experiencias sensoriales y los estados internos permiten la construcción de un rudimentario sentido de sí mismo.

Durante los primeros meses de vida, **tocar y mirar** son los modos de comunicación privilegiados entre el bebé y sus cuidadores primarios. La mirada mutua, la progresiva capacidad de prestar atención conjunta a eventos del mundo externo y el juego de expresiones afectivas transmitidas a través del rostro son modos de relacionarse y actúan como precursores de dos aspectos fundamentales del desarrollo infantil: la capacidad para la formación de símbolos (uso del lenguaje) y la capacidad de empatía (capacidad para comprender los estados emocionales del otro).

En el intercambio del niño con los cuidadores primarios son importantes: el contacto visual, el diálogo sonoro (el cuidador escucha al niño y le contesta), el diálogo tónico (alternancia de tensión-relajación durante el juego y la alimentación), el sostén físico y el contacto (caricias, manipulación).

La **sincronía*** es un concepto usado a lo largo de múltiples campos, que se refiere a la relación temporal entre eventos y puede ser aplicada al estudio de las interacciones adultos-bebé. En ese sentido, el concepto de sincronía incluye la concurrencia, la secuencia y la organización de las interacciones entre el niño y los adultos. Tanto los cuidadores como el bebé interactúan en forma activa en un marco de involucramiento afectivo que determina un intercambio con mutua reciprocidad.

El adulto a cargo del bebé “sincroniza” naturalmente sus comportamientos con los períodos en los que el recién nacido está despierto y puede establecer una relación. El bebé comienza a detectar contingencia entre discretos eventos en el entorno. Mueve sus miembros en coordinación con el habla del adulto y hay secuencias contingentes entre su cuerpo y el comportamiento del otro, aun en bebés prematuros y de bajo peso.

La sincronía describe la compleja “danza” que ocurre durante el corto, intenso y juguetón intercambio entre el bebé y los adultos. Esta danza, que se va repitiendo con ritmos particulares para cada niño, permite desarrollar cierta familiaridad con el estilo de comportamiento de ambos y con los ritmos de interacción que se establecen entre ellos.

El reconocimiento del bebé de su propio control da lugar a la autonomía. Poco a poco empieza a darse cuenta de que él puede controlar la interacción. Tras una etapa de sincronía, entonces, tiende a interrumpir el diálogo, desviando la mirada hacia otra parte de la habitación o hacia su mano. En este intercambio sincrónico existen momentos de atención y momentos de desatención. La autonomía permite que los sistemas de intercambios sean flexibles y activos.

La relación madre-bebé o adulto-bebé está dada naturalmente por encuentros y desencuentros. Estos últimos no son patológicos sino parte constituyente de la relación entre los adultos y el bebé. Son los momentos en que un niño, por ejemplo, deja de interactuar con sus padres y se concentra en sí mismo o en otro estímulo interrumpiendo la comunicación momentáneamente. Es esencial, entonces, la capacidad de reencuentro, es decir, que luego de un desencuentro pueda haber un nuevo encuentro⁸.

Las primeras atenciones dadas al bebé por su cuidador primario y la manera en que este se ocupa del niño durante las primeras horas y los primeros días de vida son esenciales para la aparición y el desarrollo de las vocalizaciones, las expresiones faciales, el despliegue afectivo, la proximidad, el tono del cuerpo, los movimientos y las caricias. Son los diversos modelos de relación que se observan a través de todas las comunidades culturales y en diferentes mezclas.

No existe un solo modelo de crianza. Cada cultura propone a través de su lengua original, sus pautas de convivencia, sus manifestaciones corporales y sus formas de comunicarse, un modelo de crianza propio y original que le pertenece.

8 Tronick, E. Z. y J. F. Cohn (1989): “Infant-mother face-to-face interaction: age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination” en *Child development*. Nueva York: The Guilford Press.

Aunque el niño no hable, comunica y entiende las miradas, las sonrisas y los gestos del adulto que interactúa con él. La **comunicación no verbal o preverbal*** es fundamental en la interacción entre el niño y los adultos. Se trata de gestos y vocalizaciones que pueden durar segundos, que el niño capta y a los que les da significado. Se apropia de ellos como modo de comunicación y va formando representaciones mentales y recuerdos de la experiencia subjetiva de estar con otra persona, precursores necesarios para la organización del lenguaje verbal.

A esto se agrega lo que los neurolingüistas llaman la *protoconversación**: intercambios repetidos del adulto que sincroniza sus gestos y vocalizaciones con las conductas innatas del bebé. De esta manera les da un sentido y los introduce en la lengua “materna” y en la cultura.

Sabemos que los bebés tienen un apetito particular por la entonación, los picos prosódicos, los tonos agudos y el timbre de la voz. A esta forma que toma el lenguaje de las madres se la denomina *mamanais* (en francés) y *motheress* (en inglés). Aquí, podríamos llamarla *mamañol*. Y como se trata de un lenguaje universal, tendrá una denominación y una forma propia en cada lengua.

En esta temprana interacción, el cuidador primario habla por él y por el bebé. Pregunta y contesta. Brinda un sentido y una entonación particulares, casi como una canción, que es propia de cada relación y cada vínculo. Esto es producto de una relación empática. Transmite placer y sorpresa. Es un juego vocal.

Entre los 3 y los 9 meses, las formas de intercambio varían en relación con la mayor independencia que adquiere el niño. Luego, al desarrollar la motricidad fina*, muestra franco interés en los objetos y en su manipulación, y disminuyen las interacciones con la mirada. Hacia la segunda mitad del primer año de vida, los objetos se vuelven el foco del juego entre padres, debido al desarrollo motor que le permite al niño alcanzar los objetos y desarrollar competencias sociales.

El triángulo primario —tradicionalmente dado por el grupo madre-padre-niño— es el nicho ecológico* para el desarrollo. Entre los 7 y los 9 meses de edad, surgen las interacciones en las que el bebé combina la comunicación sobre objetos y acciones. En este momento el niño da un importante salto. Comienza a darse cuenta de que él y sus padres tienen algo en la mente, ya sea el foco de atención de los padres, por ejemplo en un objeto o evento; o una intención o un sentimiento interno. Estos **estados mentales** del niño y los adultos pueden ser similares o diferentes, compartidos o no.

En las interacciones triádicas (entre el bebé y dos adultos) se manifiesta esta nueva posibilidad de manera no verbal. Un niño de 9 meses, por ejemplo, coordina su atención con su mamá siguiendo la línea de la visión de ella y señalando un objeto. Puede intentar lograr que la atención de su madre se dirija a ese objeto insistiendo o señalando. Del mismo modo, es muy importante que se compartan sentimientos internos cuando hay intercambios sociales y señales afectivas con ambos adultos, y observar cómo estos realizan un intercambio afectivo entre ellos. El bebé puede mirar a su mamá y a su papá invitándolos a jugar con un juguete y disfrutar juntos. Si la madre o el padre responden, queda confirmado para el bebé que él pudo compartir esa experiencia con ellos. En estas estrategias entran en juego mecanismos emocionales y cognitivos complejos⁹.

g.

La familia: función materna y* función paterna*. ¿Qué significa cuidar a un niño?

La familia es el espacio en que los niños realizan sus primeras experiencias de interacción. La alianza familiar se organiza entre el niño y sus cuidadores primarios. Los cuidadores facilitan y guían el desarrollo del niño, mientras este crece y logra su autonomía. El niño también, en gran medida, modela la acción de los adultos.

La familia cumple la función de asegurar la supervivencia del niño, y el crecimiento y desarrollo adecuados para luego facilitar la salida del núcleo primario armando nuevos vínculos.

“Madre” y “padre” son funciones, más allá de los seres humanos que las encarnen, y el buen desarrollo de un niño dependerá de la complementariedad de estas funciones. Ambas poseen acciones específicas, a saber:

La función materna:

- aporta la lengua con la que se comunicará el bebé. Todos los niños nacen con la capacidad de hablar cualquier idioma, pero solo adquieren la lengua del cuidador que los cría;
- es un continente afectivo y efectivo de las sensaciones del bebé;
- transforma el hambre en satisfacción, el dolor en placer, el desamparo característico de los humanos en tranquilidad;
- estimula la energía psíquica del bebé;
- le da sostén al niño y le va presentando el mundo que lo rodeará y en el que vive, a través de los objetos;
- ayuda al bebé a diferenciar entre su mundo interno y su mundo externo.

La función paterna:

- permite que el bebé aprenda a vivir sin tanta dependencia y comience su camino de autonomía, interviniendo en la intensa relación del bebé con su madre o con quien cumpla esa función;
- pone reglas y organiza el funcionamiento del niño para que establezca su mundo vincular incluido en relaciones más amplias;
- como función normativa, es portadora de las pautas culturales del medio social del cuidador primario. Esto permite que el niño termine por incorporarse al medio social al que pertenece. Señala lo prohibido y lo permitido, lo seguro y lo inseguro, lo saludable y lo tóxico, lo obligatorio y lo electivo.

La seguridad afectiva que implica la presencia de estas dos funciones le permite al niño ir logrando progresivamente pautas de diferenciación y autonomía; por ejemplo, el momento del destete, la adquisición de la marcha, el lenguaje, el control de esfínteres o el comienzo del jardín de infantes. Cada vez más, a medida que crece, el niño se va viendo influido y estimulado por el mundo extrafamiliar.

En aquellas crianzas que no pueden ser llevadas a cabo por los progenitores, estas funciones son ejercidas por otros miembros de una comunidad. **Lo importante es que la función materna y la función paterna estén presentes de una u otra manera.**

El cuidado de un bebé se dificulta si recae en una sola persona. Ocuparse de él es un trabajo de 24

horas diarias, siete días a la semana. Para que el cuidador primario no se sienta exhausto, necesita ayuda, que puede ser brindada por: pareja, madre, padre, abuelos, vecinos, comunidad.

Actualmente se puede pensar, además, en la noción de **función familia**^{*10}, que hace referencia a la red de subjetividades que sostiene al niño en desarrollo, en el marco de un espacio ramificado de vínculos que no están representados únicamente por la familia nuclear convencional. Esa red supera el mapa de filiaciones biológicas e incluye la presencia de seres significativos que intervienen en el proceso de desarrollo emocional del niño. Son personas que producen efectos psíquicos relevantes en la mente infantil.

Por otra parte, la información sobre los diferentes aspectos de la crianza y sus signos de alarma, compartir esta tarea con otros en la misma situación y tener un ámbito de colaboración frente a las problemáticas son puntos necesarios a considerar para prevenir los síntomas de fatiga física y psíquica del cuidador primario.

2. ¿Qué es esperable observar en la evolución del desarrollo psicológico de los niños entre 0 y 3 años?

Ante todo, para la observación del desarrollo emocional y psicológico de los niños es importante tener en cuenta los siguientes aspectos:

1. En primer lugar, evaluar el funcionamiento físico, neurológico y sensorial del niño, así como la coordinación de la motricidad fina y la motricidad gruesa*, y las capacidades cognitivas que aparecen, ya que el desarrollo psicológico se expresa significativamente en estas áreas.
2. En segundo lugar, observar la forma en que el niño se vincula con sus cuidadores y personas de su entorno, el estilo o la forma de “estar con”.
3. En tercer lugar, evaluar el estado de ánimo, los sentimientos que predominan (alegría, enojo, interés, diversión, celos, amor), la variedad, la profundidad y la adecuación de esos sentimientos, así como la capacidad de regularlos.
4. En cuarto lugar, observar si el niño presenta estados de ansiedad expresados en su conducta, juego o verbalizaciones, y la presencia de miedos.
5. Por último, los niños expresan en el juego, y luego verbalizando, los temas que corresponden al momento del desarrollo que atraviesan y las situaciones que viven.

En el siguiente cuadro, resumimos la evolución esperable de diferentes aspectos del desarrollo en función de la edad del niño. Todos estos planos se articulan y constituyen su desarrollo psicológico.

Evolución esperable de los diferentes aspectos del desarrollo

	Primer año de vida	Segundo año de vida	Tercer año de vida
Desarrollo físico	Los niños pueden progresivamente girar hacia un estímulo, tomar un elemento en la línea media, sentarse, girar, pararse y finalmente empezar a caminar. Pueden hacer vocalizaciones más claras, probablemente una palabra o dos (mamá, dada) y entienden las relaciones causales simples de medio y fin con objetos inanimados, y el mundo animado al finalizar el primer año. A partir de los 4 meses, van progresando paulatinamente, prestando más atención a los estímulos sociales que a las sensaciones internas. Logran focalizar la atención, comprender y concentrarse a medida que progresa el desarrollo, asociado con muestras de interés en todas las sensaciones propias de la edad (tacto, sonido, vista, movimientos) y van teniendo más capacidad de procesar la información, cada vez más compleja, en cada modalidad sensorial.	En esta etapa, logran caminar de forma coordinada, de modo torpe aún, e incluso correr y subir escaleras. Se perfecciona la motricidad fina (garabatear). Aumenta la comprensión de gestos complejos y palabras simples y frases. Se incrementa la habilidad para comunicarse con gestos y palabras. Las vocalizaciones se hacen más claras, comienzan a nombrar objetos y el niño hace saber lo que quiere o necesita combinando dos palabras. Aparece la capacidad de desarrollar nuevas conductas a partir de las anteriores, surge la posibilidad de tener actividad simbólica (usando palabras para describirse a sí mismo y a los demás, juega con muñecos); también adquiere una capacidad variable de concentración y autorregulación.	Presentan una mayor coordinación de la motricidad gruesa, corren, suben y bajan escaleras sin ayuda; y también de la motricidad fina (se encuentra más diferenciada, pueden hacer círculos o garabatos, sostener cubiertos para alimentarse, etc.). Comprenden frases, oraciones simples y gestos complejos. Son capaces de nombrar muchos objetos, usar pronombres personales y oraciones para describir sucesos y para dar a conocer lo que necesitan. La capacidad simbólica se ha expandido, y se evidencia en un amplio mundo de fantasía (por ejemplo, sueños, miedos, historias y personas imaginarias). La capacidad para concentrarse y la autorregulación aún son variables, pero mejoran.
Relación con las personas de su entorno	Los niños buscan protección y confort; el interés general en el mundo evoluciona hacia una relación afectiva altamente individualizada con las personas que los cuidan, en un compromiso placentero interactivo (recíproco).	En relación con las personas que cuidan de ellos, presentan un balance entre la satisfacción de las necesidades (dependencia básica) y la individualidad emergente, la autonomía, la iniciativa y la capacidad de la autoorganización en el nivel de la conducta (por ejemplo, los “gateadores” que van a la alacena a tomar lo que quieren). Se percibe algo de negativismo. Los temas de la necesidad y la preocupación por la separación son aún muy importantes.	Aunque las relaciones todavía son predominantemente con el cuidador primario y para satisfacer necesidades, se encuentran en esta etapa organizadas en un nivel representacional o simbólico (por ejemplo, emerge un sentimiento de sí mismo y del otro en términos de pensamientos, recuerdos, etc.) que permite utilizar la fantasía. El balance entre la dependencia y la autonomía puede virar brevemente al estadio anterior. Las peleas por el poder y el negativismo pueden dominar intermitentemente el modelo de relación. Los temas centrales siguen siendo la dependencia básica, la necesidad de seguridad y el temor a la separación. Aparecen interacciones simbólicas de poder, control, agresión y diferentes tipos de placer en las relaciones. Tienen capacidad para interactuar en forma más compleja porque ahora pueden utilizar la imagen interna (por ejemplo,

	Primer año de vida	Segundo año de vida	Tercer año de vida
			con el lenguaje o utilizar una muñeca para representar necesidades mediante un juego complejo). Aumenta el interés en la relación sus pares.
Tono emocional (o estado de ánimo general)	Es altamente variable, íntimamente relacionado con estados internos (hambre), y hacia la segunda mitad del primer año, también relacionado con señales sociales externas (el padre puede hacer sonreír a un niño aunque este tenga hambre). Cuando el bebé está confortable internamente prevalece un sentimiento de interés y placer en el mundo y hacia el cuidador primario.	El humor es aún variable, pero más organizado y estable durante períodos más largos. Existe un sentimiento de seguridad, curiosidad y necesidad de exploración que domina el humor, así como están presentes también la tendencia a “pegarse” al adulto, el negativismo, el miedo y la aprehensión.	El estado de ánimo general puede ser variable (triste, ansioso o presentar una tendencia a quedarse “pegado” al adulto junto a una segura exploración), pero luego gradualmente se estabiliza dentro de un modelo organizado alrededor de un sentimiento básico de seguridad y optimismo, con la presencia no dominante de las siguientes capacidades: la excitación, el negativismo, la pasividad, la tendencia al “pegoteo” hacia el adulto, entre otras.
Sentimientos	La variación entre la indiferencia y la excitación con el mundo se torna más organizada y queda bajo el control de la interacción social. Los sentimientos específicos iniciales de excitación placentera o la protesta por la falta de placer llevan a graduaciones más diferenciadas y el bebé incluye gestos con los que negocia la dependencia, el placer, la afirmación de sí mismo, la exploración, el enojo, el miedo y la ansiedad. El sistema de afectos o sentimientos permanece altamente variable, y es fácilmente dominado por el contexto.	En este período, los sentimientos se vuelven más diferenciados. Se observa la emoción por la exploración y el descubrimiento, y el placer por la autoafirmación. Existen negociaciones gestuales más complejas de dependencia, autoafirmación, enojo y la búsqueda de límites. El bebé desarrolla la capacidad de demostración organizada de amor (correr y abrazar, sonreír y besar a los padres, todo junto) y también protestar (alejarse, patear, llorar, todo junto). El negativismo organizado (el no) y una gran demanda están también presentes. El equilibrio debe volcarse en dirección a las expresiones organizadas del placer en el descubrimiento, la iniciativa y el amor. Aparece más desarrollado el sentimiento de comodidad con la familia y la aprehensión ante los extraños.	Los afectos, gradualmente, tienen más “significado” (en el nivel representacional o simbólico). Después de la posible inestabilidad inicial en el sistema afectivo (por ejemplo, regresivo, enojo con “pegoteo” y dependencia), es posible una mayor organización del sistema afectivo, con afectos complejos tales como amor, tristeza, celos y envidia, que se expresan en ambos niveles: el preverbal y el verbal, que está surgiendo. La afectividad se ve fácilmente influenciada por las situaciones físicas (cansancio, hambre). Los afectos se encuentran todavía en un nivel egocéntrico (por ejemplo, “¿qué hay ahí dentro para mí?”).
Estados de ansiedad	Están relacionados con la supervivencia física y emocional, y son generalmente globales y desorganizados. La hipótesis es que una preocupación subyacente está relacionada con temas de aniquilación, pérdida del yo emergente y del mundo.	Aparecen relacionados con la pérdida del cuidador, que es algo potencialmente desorganizador.	Se refieren tanto a la ansiedad relacionada con la pérdida de la persona amada y de la cual dependen, como a la pérdida de aprobación y de aceptación. Aun así, el niño todavía desorganizado potencialmente puede tolerar mejor la ansiedad y enfrentarla mediante alteraciones en la imagen mental (fantasía; por ejemplo, “mamá regresará; ella me ama”).

	Primer año de vida	Segundo año de vida	Tercer año de vida
Conducta en relación con los estímulos internos	Se transforma en simples cadenas de conductas sociales, causales intencionadas, con un propósito (por ejemplo, la mamá sonríe, el bebé estira una manito para provocar una respuesta similar por parte de la mamá), además de conductas recíprocas o casuales. Aparece una capacidad para realizar interacciones recíprocas organizadas (por ejemplo, la mamá sonríe, el bebé sonríe) y luego, hacia el final del primer año, surgen cadenas más complejas de interacción (estirar los brazos para alcanzar objetos, sostenerlos, dárselos a la mamá). Las interacciones sociales incluyen temas de placer, exploración y protesta.	Los niños, en esta etapa, tienen capacidad de organización de la conducta en cadenas causales más complejas (tomar a la mamá de la mano y llevarla hacia la heladera para mostrarle lo que quiere comer); tienen iniciativa y originalidad en el nivel de la conducta, como también un aumento en la iniciativa. El niño expresa temas de amor, curiosidad, exploración y protesta, enojo, negativa, y celos, todo de un modo organizado (correr hacia el papá y abrazarlo, tironear de él, besarlo, en una serie organizada; o alejarse, tirar los juguetes, llorar y gritar, como otra serie). Hacia el final del segundo año, surgen capacidades para integrar los temas que reflejan polaridades de amor-odio, pasividad-actividad (por ejemplo, en un juego una muñeca es mala, le da una paliza, y luego la abraza). También surgen capacidades simbólicas o de representación en temas de relación o emocionales.	La conducta queda organizada como en el segundo año, incluso hay más cadenas de interacción. Ahora surge la capacidad simbólica o representacional, como se evidencia en el lenguaje y en el uso de pronombres personales (yo, tú, etc.), y la elaboración de fantasías a través del lenguaje y la conducta (por ejemplo, un juego en el cual el niño tiene una muñeca y la madre tiene otra muñeca). En contraste con la conducta organizada, la comunicación simbólica está inicialmente fragmentada (por ejemplo, islas de juego sin aparente conexión en el juego simbólico o en la comunicación verbal). Hay una elaboración gradual de la experiencia, en la repetición de temas simples ("quiero eso"), o en el juego simbólico de abrazar a las muñecas que lleva a un rango amplio de temas concernientes al poder, el placer, la dependencia, el miedo, etc. Estos temas se van volviendo más complejos (por ejemplo, las muñecas abrazan y luego besan). Los temas envuelven la repetición de lo que se ve y se escucha, explorando el mundo inanimado y el animado con nuevas capacidades simbólicas, y luego usando modos simbólicos para la interacción emocional. Hay una vacilación entre los intentos de autodefinición (a través de tratar de "estar controlando", peleas de poder, negativismo) y el desarrollo placentero y excitado de nuevos pensamientos (descubrimiento del nivel simbólico), las conductas y los intereses regresivos dependientes (por ejemplo, sostén, "pegoteo"), los cuales, sin embargo, también tienen el elemento: "yo controlo". Mejora la capacidad para el autocontrol y la respuesta a los límites, y va estructurando un nivel simbólico. Hacia el final del tercer año, surge interés por el tema del poder (por ejemplo, barcos-cohetes, héroes poderosos, pretende ser un monstruo y se asusta de los monstruos).

Conocer qué es lo esperable en el desarrollo de un niño hasta los tres años es fundamental. Nos permite acompañarlo, observarlo, respetando el tiempo individual que cada uno necesita para crecer. También permite adquirir criterios de alarma cuando el desarrollo queda obstaculizado.

Describimos qué necesita el niño de parte de sus cuidadores para que ese desarrollo se produzca y esto nos ayuda a promover factores protectores. El sostén emocional, la comunicación humana van conformando la confianza básica que es el principal motor del mismo.

Se ha descrito una gama de adquisiciones que esperamos que alcancen los niños de esta edad. Estos logros se van dando en el ritmo y los tiempos que la individualidad de cada niño determine. Sin embargo, cuando lo esperable no aparece se abre el campo de las problemáticas y dificultades sobre las que es conveniente intervenir lo más precozmente posible.

cap.2

Problemáticas en el desarrollo emocional del niño de 0 a 3 años

1. Definición de *problemática*

La senda del desarrollo humano integral se ve marcada, especialmente en los primeros años de vida, por una serie de cambios evolutivos que involucran tanto el crecimiento físico como la aparición de nuevos fenómenos psíquicos. Estos cambios se expresan en el plano perceptivo –ligado al uso e integración de los diferentes sentidos–, en el plano motor –es decir, en todo lo que concierne al desarrollo, integración y control del movimiento–, en el plano cognitivo –referido a la adquisición y dominio de los conocimientos–, en el plano de la comunicación y el lenguaje, en el plano emocional y en el plano social.

A su vez, los estudios sobre el desarrollo temprano muestran que los primeros años de vida de un niño son un período sensible a la desadaptación y propicio para el establecimiento de problemas en el plano emocional, ligados a desajustes y disarmonías en el desarrollo.

Existe una serie de desajustes que pueden ser prevenidos y la intervención temprana sobre estos problemas resulta mucho más eficaz que la intervención tardía.

Por esto, es conveniente definir y describir las diferentes problemáticas en salud mental en esta temprana etapa de la vida y reconocer las influencias múltiples de dichas áreas problemáticas entre sí.

Específicamente, una problemática constituye un conjunto de dificultades que se pueden presentar impidiendo el logro del desarrollo integral de un niño.

Estas dificultades pueden implicar tanto deficiencias como inadecuación de los procesos y elementos involucrados en diferentes áreas cruciales para el desarrollo. Aquí se debe pensar, por ejemplo, en la base constitucional-madurativa del bebé: la percepción, la motricidad, y el desarrollo neurológico y orgánico en general. También, y en el mismo orden de importancia, en los vínculos que se establecen entre el bebé y sus cuidadores. Por último, en el medio y las circunstancias comunitarias y sociales que rodean al bebé y a sus cuidadores.

Según Anna Freud¹¹ existe un número de circunstancias que se combinan para detener, deformar y desviar las fuerzas sobre las que se basa el crecimiento mental. No se pueden separar tajantemente los problemas o las dificultades entre sí. Todos inciden de una u otra manera como aspectos del desarrollo en los que diferentes elementos cooperan para el establecimiento de una problemática. Estos aspectos, entonces, se pueden ordenar de la siguiente manera:

- Los que dependen de **factores constitucionales** que afectan al recién nacido o el desarrollo evolutivo esperable desde un punto de vista orgánico-médico.
- Los relacionados con **los primeros vínculos** en la creación de lazos afectivos y establecimiento de los primeros procesos de comunicación entre el bebé y sus cuidadores hasta llegar al nivel simbólico de juego y comunicación.
- Los ligados a la **integración psicomotriz** y **logros de regulación** de los ritmos vitales –sueño, alimentación–, de la autorregulación afectiva y de la regulación de la atención hacia el mundo que rodea al bebé.

11 Freud, A. (1965): *Normalidad y patología en la niñez*. Buenos Aires: Paidós.

Es importante aclarar que no todos los problemas revisten igual gravedad. Existen diferentes niveles de expresión de las problemáticas, partiendo de simples desajustes o llamados de atención, hasta llegar al establecimiento de un problema grave que compromete de manera general el curso del desarrollo mental de un niño.

Para considerar este gradiente y comprender mejor las circunstancias que llevan a la instalación de los niveles graves de problemáticas, conviene introducir las nociones de **factores de riesgo** y **factores protectores**.

2. Factores de riesgo y factores protectores

Los efectos de toda circunstancia adversa que atraviesen el niño o su medio son diferentes si existen factores que protegen al niño o bien factores que aumentan el potencial dañino de la situación.

La noción de **factor de riesgo*** es ampliamente utilizada en el campo de la salud, y de gran utilidad también en las áreas de educación y trabajo social. En relación con el desarrollo emocional, son aquellas características del niño, de su entorno inmediato o incluso de su medio comunitario y social que constituyen un riesgo de déficit o de distorsión de las condiciones adecuadas para el despliegue de los recursos y de los cambios evolutivos que implica el desarrollo. Ahora bien, tan importantes como los factores de riesgo son los **factores protectores***, es decir, recursos propios del niño, o aspectos y modos del entorno que lo rodea, que permiten atravesar de modo más protegido las situaciones adversas que le toque vivir, o que favorecen el despliegue de sus propios recursos. En este sentido, es central tener en cuenta el aporte de capacidades individuales y recursos interiores del niño como factores protectores en sí mismos ante las situaciones estresantes.

**Mínimos factores de riesgo + Máximos factores de protección
= Buena crianza**

Cuando situaciones de estrés psicosocial* directo o indirecto –como violencia, pérdidas, inestabilidad habitacional– hacen impacto sobre un niño pequeño, lo que este pierde es la protección, la seguridad y el bienestar básicos; es decir, la “envoltura” protectora, sostenedora, que debe constituir su ambiente cuidador inmediato.

El ambiente cuidador debe funcionar como un factor protector que escude al niño de los eventos estresantes, reduciendo así su impacto. Si no ofrece protección, no solo no ayuda sino que multiplica el impacto y, a través del efecto de la ansiedad y/u otras emociones negativas, puede incluso reforzarlo, funcionando así como un **factor de riesgo** para el niño.

Dentro de esta perspectiva también hay que considerar que **cuanto más pequeño es el niño, mayores son el impacto y el riesgo**, ya que los recursos propios con los que cuenta o que ha ido interiorizando a partir de la relación con su entorno todavía son insuficientes o inestables.

Otro elemento importante para considerar es la **resiliencia***, es decir, la capacidad del ser humano para sobreponerse a períodos de dolor emocional y traumas. Esa capacidad de resistencia se prueba en situaciones de fuerte y prolongado estrés. Podría decirse que la resiliencia es la capacidad de sobreponerse a situaciones adversas¹².

Los factores que involucran estrés psicosocial constituyen un riesgo importante para el desarrollo e inciden en el establecimiento de dificultades y problemáticas, tanto en las relaciones del niño con los adultos como en sí mismo.

Muchos de estos factores son pasajeros e involucran cambios o acontecimientos inesperados (separaciones, mudanzas, internaciones médicas), que demandan del niño en desarrollo y su familia la movilización de recursos internos y externos que permitan la adaptación. Pero otros tienen origen en situaciones crónicas de estrés, como la exclusión social. Los niños que crecen con sus derechos vulnerados, en condiciones de extremo aislamiento, con las necesidades más básicas insatisfechas, serán más vulnerables frente a las situaciones de estrés y con más probabilidades de presentar signos de sufrimiento en su desarrollo.

Siempre hay que tener en cuenta que el impacto final de un acontecimiento estresante o del estrés sostenido depende de tres elementos:

- la **severidad del acontecimiento o situación** (su intensidad y duración en ese nivel de intensidad; lo imprevisto del acontecimiento y la frecuencia e impredecibilidad de su recurrencia);
- la **edad del niño, sus recursos innatos** y la fuerza de su psiquismo en formación;
- la **accesibilidad y la capacidad de los adultos** que lo rodean para servir como amortiguadores y ayudar al niño a comprender el evento o las circunstancias difíciles, y lidiar con ello.

Las fuentes de estrés que constituyen factores de riesgo pueden estar presentes en la vida de un niño pequeño de diferentes maneras:

- Directa: por ejemplo, una enfermedad del niño que requiere su hospitalización.
- Indirecta: por ejemplo, uno de sus padres se enferma y esto lleva a una separación.

A su vez pueden ser:

- Agudas: por el impacto de un evento traumático como un accidente.
- Sostenidas: un ambiente hostil como estilo de relación en el hogar, por ejemplo.

A veces existe una serie de pequeños acontecimientos que de modo sostenido y acumulado inciden como fuente de estrés y factor de riesgo. Por ejemplo, una serie de viajes de trabajo de alguno de los adultos a cargo de su cuidado, aunque estos sean breves. Por otra parte, ciertos acontecimientos y transiciones específicos que forman parte de la experiencia normal en la cultura pueden devenir estresantes para un niño pequeño: por ejemplo, el nacimiento de un hermano o una mudanza de la familia. Algunos niños experimentan estas transiciones con dificultad, mientras que otros realizan las transiciones con suavidad y se adaptan a las nuevas circunstancias fácilmente.

12 Cyruľnyk, B. (2006): *Una infancia infeliz no determina la vida: la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.

Frente a situaciones de estrés, es posible que en el niño se den manifestaciones que pueden ceder si existe una respuesta adecuada del ambiente. Estas son:

- Pérdida de logros evolutivos ya adquiridos (regresiones).
- Interrupciones del desarrollo.
- Dificultades para relacionarse.
- Cambios o inestabilidad en el afecto.
- Síntomas específicos (por ejemplo, trastornos del sueño o miedos agudos).

Elementos del vínculo del cuidador primario con el bebé que pueden ser un factor de riesgo

Cuando prestamos atención a esta temática, en el caso de un bebé pequeño, debemos tener en cuenta también que hay modos en su crianza que inciden como factores específicos de riesgo, de manera invisible. Por ello, se deben evitar las siguientes situaciones:

- La **inestabilidad** de las figuras que ejercen los cuidados primarios, es decir, el cambio frecuente e imprevisible de los “rostros” que cuidan al bebé.
- La **falta de establecimiento de rutinas** y tiempos medianamente previsibles dentro de la vida cotidiana.
- El **trato negligente** en cuestiones básicas como la higiene, la alimentación, el respeto por las necesidades de descanso de un niño pequeño. Por ejemplo, un niño de 1 año necesita dormir por lo menos 12 horas por día (incluyendo siestas).
- La **violencia** en todas sus formas: verbal, física, dirigida al bebé o presente en su entorno.
- Las situaciones de **hiperestimulación*** en las que el bebé no llega a procesar adecuadamente los estímulos que recibe y, en consecuencia, se desorganiza activamente o bien se retrae trayendo su atención del entorno.

Frente al estrés, ¿con qué aspectos cuenta un niño?

Plasticidad del yo*: el yo del niño en desarrollo es plástico en sus posibilidades de adaptación y transformación + Neuroplasticidad + Neogénesis*
+ Ambiente cuidador que funcione como un factor protector

3. Situaciones especiales: prematuridad y discapacidad

a.

Prematuridad

Luego del nacimiento, el bebé prematuro puede presentar problemas para sobrevivir y crecer. Por eso necesita de la ayuda que se le brinda en la Unidad de Cuidados Intensivos de la clínica, hospital o centro en el que haya nacido para mantener su temperatura, alimentarse, oxigenarse adecuadamente, mantener la respiración y metabolizar la bilirrubina. Todos estos cuidados que permiten la supervivencia física son al mismo tiempo una situación de aumento de estímulos: cuantitativos (contacto con muchas personas, instrumental, aparatos, luces, alarmas) y cualitativos (experiencias de dolor).

Al mismo tiempo, existe una disminución de los estímulos positivos que crean confort y seguridad (contacto con el cuerpo materno, amamantamiento, canciones, caricias). Esto representa una situación altamente estresante para el bebé, que suele retraerse para sobrevivir.

Numerosos estudios han mostrado que las experiencias estresantes en los primeros meses de vida dejan secuelas emocionales y neurológicas. Por esto es importante disminuir y organizar la estimulación negativa y aumentar los estímulos que generan seguridad y experiencias tempranas de placer, favoreciendo el vínculo con los padres, el intercambio amoroso a través del contacto ocular, el tacto, la cercanía piel a piel y la voz.

El desarrollo psíquico y la estabilidad emocional que habrá de tener el niño dependen de las relaciones con sus cuidadores primarios. Los momentos iniciales de la relación son decisivos en el desarrollo posterior. La prematuridad puede ser pensada como una crisis psicosocial “accidental”. Los padres se deben enfrentar primero a la posibilidad de que su niño muera, luego hacer frente a una sensación de incapacidad por no haber sido capaces de llegar a gestar un bebé “a término”; después de unos días de incertidumbre, deben renovar la relación con su hijo, separado de sus padres hasta entonces, y más tarde adaptarse a las características particulares de cada niño prematuro. Los padres deben realizar un enorme esfuerzo psicológico para encarar la situación. Para poder atravesar con eficacia la crisis, los padres deben poseer la capacidad de comprender el problema de una manera realista, ser conscientes de lo que sienten y poder expresarlo, y pedir ayuda a otros.

En particular en las madres, el nacimiento de un niño prematuro provoca una importante crisis psicológica. Se observa en ellas una disminución de la autoestima porque no fueron capaces de retener a su niño los nueve meses de embarazo. La separación del bebé aumenta el sentimiento de fracaso. La madre asume una función de apoyo “periférica” que dificulta el proceso de apego y suele presentar sentimientos perturbadores y en ocasiones contradictorios. Las emociones más destacadas son ansiedad, temor a la muerte de su hijo y sentimiento de culpa. A veces se sienten culpables porque no pueden atender al bebé con la misma habilidad que las enfermeras. Aunque se sientan agradecidas, suelen sentir fuertes celos hacia las enfermeras, y aparecen sentimiento de hostilidad y desconfianza.

Para desarrollar un íntimo apego, la madre debe recibir de su bebé una respuesta a lo que ella hace. Si el niño la mira a los ojos y se mueve en respuesta a sus cuidados, se calma o responde positivamente, y esto produce un fuerte impulso en el sentimiento de apego.

Recomendaciones asistenciales

Es conveniente que desde el nacimiento se facilite y se estimule el contacto del bebé con sus padres. Como ya se mencionó, el contacto temprano piel a piel y los momentos de intimidad favorecen el apego. Además esto ayuda a disminuir los episodios de apneas, favorece el aumento de peso, acorta el tiempo de internación, estabiliza la temperatura y refuerza el vínculo.

Dentro de este contexto, es conveniente sugerirles a los padres hacer llegar su mensaje al niño y captar lo que él les devuelve como respuesta. También dejar en claro que los prematuros ven y oyen, por lo tanto, como los bebés duermen dos o tres horas y están despiertos por un breve rato, es importante que los padres pasen largos períodos en la Unidad de Terapia para presenciar las respuestas del niño. En caso de que la madre no pueda trasladarse hasta allí, se recomienda fotografiar al niño para que ella pueda verlo, y desde un principio sugerirle que envíe su leche para alimentarlo, ya que es el alimento ideal para el recién nacido. Y apenas se encuentre en condiciones físicas para visitarlo, en lo posible, deberá hacerlo acompañada por el padre u otro familiar cercano. Asimismo es recomendable invitar a los abuelos, hermanos y demás integrantes de la familia a visitar al bebé, para que comiencen a sentirse apegados a él.

Es aconsejable mostrar una actitud optimista, si existe perspectiva de que el niño sobreviva, y recalcar los aspectos positivos del bebé. Es importante brindarles a los padres toda la información necesaria para que comprendan lo que sucede con su hijo y el tratamiento a seguir. Esto conviene hacerlo a lo largo de varias conversaciones, por lo menos una vez al día, para describirles los procedimientos utilizados (monitoreo respiratorio y cardíaco, alimentación por tubuladuras y funcionamiento de la incubadora). También es clave explicarles que el bebé va a progresar más rápido y en mejores condiciones si tiene contacto con ellos.

Dentro de la Unidad de Terapia Intensiva, las reuniones de padres son de gran ayuda para la socialización de la crisis que atraviesan y para facilitar la contención afectiva de las diferentes familias.

b.

Discapacidad

Para la Organización Mundial de la Salud, la discapacidad es un fenómeno complejo que refleja una interacción entre las características del organismo humano y las características de la sociedad en la que se vive. *Discapacidad* es un término general que abarca las deficiencias —problemas que afectan a una estructura o función corporal—, las limitaciones de la actividad —dificultades para ejecutar acciones o tareas— y las restricciones de la participación —problemas para participar en situaciones vitales—. Entonces, la discapacidad es el resultado de la interacción entre la condición de salud de una persona y las barreras medioambientales y personales que esa persona puede enfrentar (relación entre la condición de salud y los factores contextuales). Esta interacción además de ser compleja es siempre dinámica.

Desde un enfoque social, no se trata de un problema individual sino de una situación particular dada por las limitaciones que pueda presentar una persona y los obstáculos que impone la sociedad. El modelo de la diversidad propone el abandono del concepto de capacidad como manera de percibir y describir una realidad humana y aboga por el uso de la dignidad, el respeto y el reconocimiento de las diferencias, que conducen la sensibilización y a acciones positivas sobre personas con discapacidad.

Existen distintos tipos de discapacidad: motora, sensorial (auditiva, visual o táctil) y mental (respecto de la personalidad, intelectual, asociada).

Siempre hablar de discapacidad no es plantearse un punto de llegada sino un punto de partida y mucho más si las dificultades se presentan en un bebé recién nacido o un niño pequeño. Lo primero que se impone frente a una situación que implique un desarrollo diferente con características particulares es la necesidad de la adaptación del medio (padres, familia, comunidad) a una realidad diferente a la esperada. Se requiere entonces un proceso de elaboración afectiva que puede ser muy costoso, pero que permite generar factores protectores que prevengan ante la posibilidad de encontrarse con dificultades en el desarrollo emocional del bebé. En este proceso, es necesario que los padres puedan conocer tanto el diagnóstico de su hijo, como los servicios, los tratamientos y los apoyos a los que pueden acceder, y las formas para hacerlo.

El anuncio de una discapacidad, cualquiera sea, no debería implicar en sí misma la aparición de problemas en el desarrollo emocional. Siempre que se atienda a la necesidad de un apoyo familiar y para el niño, con el propósito de ir creando la posibilidad de atender a sus requerimientos particulares en el camino del desarrollo integral.

Aun en familias equilibradas, la noticia constituye una crisis. Esto implica un período de desequilibrio psicológico en personas que enfrentan un problema importante, y que por el momento no pueden evitar ni resolver con los recursos acostumbrados. Surgen sentimientos ambivalentes y muy variados, como frustración, tristeza, descreimiento, negación, confusión, fracaso, enojo, agobio y sobreexigencia, sentimientos de soledad, una enorme responsabilidad impuesta por la discapacidad. Pero también pueden manifestarse sentimientos de agradecimiento, de enriquecimiento personal, alegría y satisfacción por llevar adelante un desafío. Cada familia y cada comunidad deben encontrar sus respuestas y sus propios recursos frente a un bebé distinto de lo esperado.

Recomendaciones asistenciales

Es importante ayudar a los padres y a las familias a que asuman un rol activo en relación con este hijo, en principio, “en desventaja”. La experiencia demuestra que los grupos de padres con hijos con discapacidad son espacios muy adecuados para compartir vivencias y sentimientos comunes. En ellos se facilita la reparación, se evita el sobreinvolucramiento, se modela la omnipotencia y se colabora para hacer sentir al niño como propio. Los grupos contribuyen también a neutralizar aspectos hostiles, a tolerar la incertidumbre, las dudas y la inseguridad, y a soportar el dolor de la autoestima herida.

Frente a una discapacidad del recién nacido, se trata de construir un nuevo equilibrio individual y familiar. Si la envoltura protectora que requiere todo bebé para su desarrollo emocional se encuentra preservada, si los adultos logran “cuidarse” y no dejar de atender a sus propias necesidades ni a las de los otros hijos y al mismo tiempo estar disponibles para el bebé, entonces es posible que en el caso de la discapacidad solo haya que estar atentos a la aparición de signos de alarma del mismo modo que con cualquier otro niño pequeño. Psíquicamente hablando, un bebé con problemas en el desarrollo puede ser un niño sano o no. Esto dependerá en gran medida de la estructura familiar, del sostén profesional que se le pueda dar, y de la trama familiar y comunitaria en que esté inmerso.

cap.3

Signos de alarma

Signos de alarma

¿Sufren los bebés?

Sí, los bebés pueden sufrir y el modo en que muestran este sufrimiento, al igual que sus efectos, es diferente del que encontramos en niños mayores, adolescentes o adultos. Existen diversos signos que muestran el sufrimiento de los bebés cuando surgen dificultades, que se despliegan en los modos de vinculación que establece el niño con los demás. Estos signos se manifiestan de dos maneras diferentes:

- Hay niños que externalizan sus manifestaciones de sufrimiento a través de signos **ruidosos** y “molestos”, de hiperactivación, como la **excesiva** actividad, la impulsividad, la agresión, el desafío hacia los adultos. En los bebés se puede registrar hipertonicidad*, motricidad activa pero desorganizada, dificultades para relajarse y dormir o llantos incesantes que no responden a los intentos de consuelo del adulto.
- Hay niños que manifiestan el sufrimiento de modo más silencioso, a través de síntomas **internalizados**, en los que lo distintivo es la **retracción** física y emocional. Encontramos entonces indicadores de depresión, conexión escasa con el entorno, ansiedad o temores sin una justificación clara, dificultades para separarse del adulto e inhibición frente a estímulos nuevos. Estos indicadores no suelen llamar la atención y en estos casos, se corre el riesgo de que el sufrimiento del niño pase desapercibido y que su desarrollo se encuentre en dificultades sin recibir la debida atención.

¿Qué son los signos de alarma?

Los signos de alarma son alteraciones de lo esperable en la senda del desarrollo, que se ponen de manifiesto en la observación de los bebés. **Son indicadores de sufrimiento subjetivo y vincular, y todo aquel que esté en contacto con un bebé puede observarlos y tratar de comprenderlos en la medida en que los reconozca y se encuentre sensibilizado con ellos.**

En los niños, un signo de alarma es una búsqueda de salida de una problemática, por lo tanto, para poder atenderla debidamente, lo importante es escucharlo, entenderlo y hacer algo al respecto. Son signos de alarma aquellas **dificultades que se presentan regularmente**, que persisten con intensidad fuerte o mediana y que desbordan las capacidades de tolerancia y contención de los cuidadores primarios.

Por otra parte, la observación de un signo de alarma debe funcionar como una alerta y orientar la intervención para prevenir la configuración de algún trastorno. **Nunca un signo de alarma en sí mismo tiene la categoría de un diagnóstico: son orientadores de sentido, indican la posibilidad de desarrollar a futuro una dificultad severa.**

Es importante destacar que cualquier signo de alarma deberá ser pensado en función del momento madurativo del niño y siempre en el contexto específico de cada cultura y cada comunidad. Para ello, y para observar a un niño pequeño, proponemos recorrer **cinco indicadores del desarrollo de un bebé y sus vínculos**, que permiten describir un desarrollo esperable y en armonía o, de lo contrario, advertir señales de sufrimiento temprano¹³. Los indicadores son:

¹³ Crespin, G. (2002): “La clínica temprana, I y II” (manuscritos no publicados). París. ; Crespin, G. (2004) : *Cuadernos de Préaut: Aspects Cliniques et pratiques de la prévention de l'autisme*. París: L'Harmattan/Penta.

Oralidad, mirada, voz, sueño, cuerpo

A la manera de los colores de un semáforo, distinguimos los signos positivos del desarrollo (luz verde), los signos negativos “ruidosos” (luz amarilla) y los signos negativos “silenciosos” (luz roja). Su observación permite decidir cuáles son las estrategias de prevención o de tratamiento.

Signos positivos del desarrollo. Muestran que los procesos psíquicos subyacentes están en funcionamiento y se desarrollan de modo esperable.

Signos negativos de sufrimiento precoz. Manifiestan que los procesos psíquicos no están instalándose como es esperable. Pueden ser de dos tipos:

- 1) **Ruidosos: alarman y alertan** al entorno, y en ese sentido, son ventajosos, ya que conducen a la consulta y permiten la intervención de los agentes de salud y de educación (hiperreactividad-externalización).
- 2) **Silenciosos:** suelen pasar **inadvertidos**; es por eso que es necesario conocerlos, para poder registrarlos y preguntarse por sus causas. Evidencian un padecimiento psíquico muy complejo: se presentan en bebés que parecen no tener ningún deseo ni apetencia por relacionarse con su entorno (retracción-internalización). Muchas veces son confundidos con signos positivos del desarrollo. La pasividad y la no generación de problemas en el cuidado que estos bebés generan frecuentemente es un factor que atenta contra la consulta y detección temprana. Niños “buenísimos”, “que no molestan para nada”, que “donde los ponés se quedan”, son niños que no crean ninguna preocupación cuando en realidad están necesitando una mirada y un acompañamiento específicos.

Primer año de vida

Signos positivos del desarrollo

Oralidad

- La oralidad* no incluye solo el alimento, sino también la presencia de la persona que cumple la función materna y que le ofrece al bebé, además de la leche, caricias, palabras, miradas.
- El bebé muestra placer al alimentarse.
- El bebé se tranquiliza al sentir la presencia del adulto que lo alimenta.
- Si el bebé hablara, diría: “Yo existo para el otro”.

Mirada

- El bebé muestra un marcado interés por el rostro de las personas.
- El bebé “habla” con los ojos. El diálogo que establece con el otro es “ojo a ojo”.
- El bebé se comunica con la mirada (diferente de la vista, que es una función orgánica, la mirada es una función psíquica).

Voz

- El bebé empieza poco a poco a emitir una diversidad de sonidos a los cuales la mamá (o la persona que se ocupa de él) les da sentido.
- Aprende la lengua materna. Un bebé nace con la capacidad de aprender cualquier idioma, pero en un principio, solo hablará el idioma con el que crece.
- Van apareciendo las primeras palabras, que pueden ser comprendidas por los padres y luego por todo el entorno. Es el inicio de la adquisición del lenguaje.

Sueño

- El bebé tranquilo y confiado en su entorno, poco a poco puede aceptar separarse del adulto que lo cuida para dormir.
- Va logrando diferenciar el día de la noche.

Cuerpo

- El bebé se acopla armoniosamente al cuerpo de la mamá o de la persona que lo cría.
- Se siente con placer y sostenido en el contacto piel a piel.

Signos negativos ruidosos del desarrollo

Oralidad

- El niño manifiesta rechazos alimentarios simples, reincidentes, persistentes, que no se encuentran relacionados con una patología orgánica y que son significativos en el vínculo. Por ejemplo, reflujo y vómitos resistentes a todo tratamiento clásico.

Mirada

- Es un niño que evita la mirada, no se comunica “ojo a ojo” con su entorno.

Voz

- Manifiesta gritos inarticulados, llantos inconsolables que la mamá o el cuidador no consiguen comprender ni traducir a la lengua materna.

Sueño

- Es un bebé que no puede separarse de su cuidador, ni puede sustituir al cuidador por un objeto transicional*. No puede establecer aún esa confianza básica que le permite relajarse y entregarse al sueño, entonces se despierta infinidad de veces tanto durante el día como por la noche.

Cuerpo

- Es un bebé que no puede acomodarse al cuerpo de su madre. Este ajuste no se da y el niño puede pasar de estar todo blando (hipotonía) a estar todo tenso (hipertonía).



Signos negativos silenciosos del desarrollo

Oralidad

- Un bebé que se deja alimentar y llenar de comida sin apetito ni placer. No hay saciedad.
- Parece un bebé “fácil”, cuando en realidad lo que está sucediendo es que se está replegando y es indiferente a las personas que se ocupan de él y a lo que le pueden aportar.

Mirada

- Es un niño que no mira, hay ausencia de la mirada hacia el rostro humano. Puede mirar objetos e incluso quedarse como “agarrado” a ellos (por ejemplo, un ventilador o una fuente luminosa). No mira hacia donde mira su cuidador primario (atención conjunta*).

Voz

- El bebé no llama. No pide, no llora.
- Puede ser confundido con un bebé “fácil”, que pasa desapercibido.
- No balbucea, no dice sílabas.
- Raramente emite sonidos, a los que es difícil atribuirles sentido.
- A veces emite leves gemidos.

Sueño

- Es un bebé que está totalmente retraído de su entorno, que puede manifestar un insomnio tranquilo: pasar muchas horas despierto en su cuna sin pedir nada, sin jugar, sin llamar. O puede dormir muchas horas seguidas (más de 10) sin despertarse para comer, para jugar o simplemente para estar con el/los otro/s.

Cuerpo

- Es un niño que tiene dificultad en el contacto cuerpo a cuerpo con el cuidador primario, que se balancea repetitivamente y puede manifestar movimientos persistentes y perseverantes. Estos movimientos, si persisten más allá del año, forman parte de las estereotipias*.

Descripción de un ejemplo

Un padre lleva a un bebé de 10 meses al centro de salud. La secretaria, sensibilizada en la detección de signos de alarma, nota que el bebé “está despegado” del cuerpo del papá formando un arco con su propio cuerpo (opistótono: hipertonia muscular) y con mucha rigidez. Le comunica la observación al pediatra, quien en la consulta pone especial atención al desarrollo del vínculo: descubre que este papá cría solo al bebé porque la madre padece una enfermedad psiquiátrica y no se ocupa de la crianza. El padre, además, perdió el trabajo y vive de la solidaridad de los vecinos en un barrio de bajos recursos.

El siguiente paso consiste en contactar al padre con profesionales del área de asistencia social. Se hace un seguimiento del bebé y su papá, y se busca la colaboración de una vecina, para cumplir con la función materna. A esto, se le suma una estimuladora temprana que supervisa su trabajo por cámara web con un servicio central.

Aun así, el bebé no mejora y después de dos meses, se decide enviarlo al hospital zonal más cercano, para consultar con una psicóloga infantil. Cada 15 días, el niño y su padre trabajan juntos, y el adulto recibe una serie de recomendaciones que mejoran el vínculo. El papá, a su vez, cambia su ánimo y logra conseguir un trabajo. Esto le permite dejar a su bebé en un jardín maternal, que continúa con el plan de estimulación. Más adelante, con un pequeño retraso madurativo, logra ingresar en la escuela.

Atención

La ausencia de mirada y la falta de intencionalidad en los movimientos corporales para dirigirse al otro son dos signos de alerta mayor que indican la posible evolución hacia un trastorno severo de la comunicación y de la interacción con el mundo. Estos dos signos son observables de modo sencillo y directo. Un bebé que en sus primeros meses de vida no mira, no comunica, no busca la interacción con el otro, está manifestando signos graves de sufrimiento precoz.

Segundo año de vida

A partir de los 2 años, el niño pone en evidencia las características de su camino hacia la **autonomía** y la **independencia**, que le permitirán desarrollar sus capacidades y su potencialidad en el mundo de relaciones. Para esto, tiene un cuerpo, que va aprendiendo a dominar, y es capaz de controlar sus impulsos. Empieza a someterse a condicionamientos sociales e ingresa con plenitud a los códigos culturales a los que pertenece. Adquiere el lenguaje con mayor precisión, su juego se hace más sim-

bólico, aumenta su capacidad de elaborar las inevitables situaciones traumáticas o de frustración, y emprende un camino más independiente para transitar las angustias propias de cada edad.

Entre los 2 y los 4 años, un niño necesita poder desafiar con su cuerpo y su psiquismo la aventura de hacerse un lugar en el mundo, oponerse en algunas circunstancias y utilizar cierto dominio muscular con los consecuentes niveles de agresividad esperables y necesarios para la experiencia, que es la que dejará representaciones mentales de sí mismo y de su relación con los distintos contextos. Sin embargo, si este estilo de relación con el mundo persiste, se intensifica, si se transforma en modos de relación permanentes de dominio y de control, estaremos frente a un signo de alarma.

Estos signos pueden manifestarse a través de la **alteración en:**

- la adquisición, construcción y uso del lenguaje;
- las adquisiciones cognitivas (procesos de aprendizaje);
- la capacidad de simbolización (construcción de la realidad, lenguaje y juego);
- los procesos de socialización: dificultades de separación de los cuidadores primarios en el momento de ingreso en el jardín de infantes o dificultades en la relación con los pares;
- La integración del esquema corporal y la regulación de la motricidad: impulsividad, torpeza motora que puede llevar por ejemplo a dificultades con el espacio y accidentes frecuentes (caídas, se lleva las cosas por delante), alteraciones del tono muscular entre la hipotonía e hipertonía.

En esta etapa, y a partir de un desarrollo neurológico y emocional adecuado, se instala el comienzo del control de esfínteres. Puede ocurrir que haya obstáculos o dificultades en la adquisición de estos hábitos de control que no deben ser considerados patológicos sino del propio proceso. Recién a partir de los 4 años podremos hablar de enuresis* (control inadecuado de la micción) y de encopresis* (control inadecuado de la defecación).

También es importante tener en cuenta la variable cultural que puede diferenciar distintos procesos de desarrollo y modalidades de crianza; por ejemplo, pertenecer a una cultura más silenciosa puede incidir en las características del lenguaje del niño.

Si bien el uso de las herramientas diagnósticas debe ser respetado tal como lo proponen los manuales redactados para tal fin, considerando el período de 0 a 3 años, la descripción más minuciosa que hacemos de los signos de sufrimiento precoz corresponde a la evolución de los niños hasta los 2 años. Si a partir de los 3 años estos mismos signos se consolidan y persisten, dejan de ser signos de alerta y son datos clínicos que indican el comienzo de una problemática o cuadro psicopatológico más severo.

Los bebés sufren y las herramientas que nos permiten identificar ese sufrimiento son accesibles al adulto presente, disponible para observar al bebé y sus vínculos y para realizar intervenciones simples. Es esencial y responsable identificar lo más precozmente posible el sufrimiento de un bebé.

cap.4

Dificultades emocionales en niños de 0 a 3 años

Dificultades emocionales en niños de 0 a 3 años

Hemos definido la noción de *problemática* y hemos señalado cuáles serían los signos de *alarma* que expresan en el bebé un grado mayor o menor de sufrimiento psíquico. Es importante aclarar que pensar en un área problemática para poder ubicar los signos de alarma y reflexionar sobre su alcance no equivale a hacer un diagnóstico. Sin embargo, es útil esbozar el modo en que signos y problemáticas se organizan u ordenan; y cuáles son los espectros de dificultad que hay que abordar ayuda a la detección temprana de las problemáticas por parte de cualquier persona que trabaje con las familias. Esto es fundamental para abordar los problemas y reorientar, en la medida de lo posible, el curso del desarrollo. Dicho esto, es necesario tener en cuenta que realizar un diagnóstico de trastorno del desarrollo es una tarea compleja que debe estar a cargo de profesionales especializados en el tema.

Nos parece conveniente incluir y adoptar la noción de **espectro**, diferente de la de “trastorno”, que suele utilizarse para hacer referencia a las dificultades emocionales en desarrollo temprano. La noción de espectro abarca de modo más flexible y menos determinista una amplitud de fenómenos que incluso son diferentes en su modo de presentación y organización en función de su intensidad, su frecuencia y su duración.

Considerar que el desarrollo del niño está comprometido —ubicado en un espectro determinado— permite pensar que existe un modo de expresión del sufrimiento psíquico que es diferente para cada uno.

Esta idea facilita la percepción de las problemáticas en la atención primaria, respetando la particularidad de cada caso en un recorrido que abarca desde la normalidad de lo esperable hasta la patología en el desarrollo. Así se logra una mayor comprensión de lo que ocurre y se habilita el seguimiento del curso de una problemática y los resultados de las intervenciones que se ponen en marcha.

A su vez, en esta temprana edad, una variable siempre presente es el curso cambiante del desarrollo con las importantes variaciones evolutivas y los ritmos diferentes que existen para cada niño. Por esto, toda ubicación de un niño en un área problemática debe ser pensada como provisoria y en movimiento, sin que esto impida la evaluación y la determinación de “áreas de riesgo”, y la intervención en dichos casos¹⁴.

1. Los vínculos

Las dificultades en el entorno, sobre todo en el modo de relación entre el niño y las personas que lo cuidan, deben ser pensadas como un problema en sí mismo y como uno de los primeros focos de atención para atender al desarrollo emocional del bebé.

¿Por qué afirmamos esto? Tal como ya hemos explicado, la subjetividad de un niño y su desarrollo se

¹⁴ Para la elaboración de este capítulo se han tenido en cuenta las siguientes referencias: National Center for Clinical Infant Programs (1998): *Clasificación diagnóstica (de 0-3 años) de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana*. Buenos Aires: Paidós; *Clasificación francesa de los trastornos mentales del niño y del adolescente* (CFTMEA-R-2000). Buenos Aires: Polemos; y Mazet, P. y S. Stoléro (2003): *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. Développement et interactions précoces*. París: Masson.

apoyan en los vínculos que construyen con él las figuras de cuidado primario. Si estos vínculos faltan o son inadecuados, el desarrollo está en riesgo. A su vez, cuidar de un niño pequeño es una tarea esforzada que requiere que exista una **red de sostén** en la que los cuidadores primarios puedan apoyarse. Esta red suele ser familiar, pero bien puede ser comunitaria o institucional. Lo importante es que en general se requiere de más de uno o dos adultos para que un niño reciba todo el “alimento” psicológico que necesita (véanse “función materna” y “función paterna”).

¿Qué dificultades relacionadas con el entorno deben llamar nuestra atención y ser abordadas?

Sea cual fuera su causa, las **carencias** de cuidados en el marco de un vínculo entre el bebé y el adulto llevan a una pobreza de las interacciones, y por lo tanto, de la vida cognitiva del niño pequeño. Por otra parte, las **distorsiones** vinculares perturban el acceso del bebé al conocimiento de sí mismo y del entorno. Por ejemplo, las actitudes adultas reiteradamente inadecuadas, incoherentes e imprevisibles impiden o ponen en crisis la posibilidad del bebé de buscar y encontrar referentes estables y expectativas esperables, y lo pueden llevar a retirarse de los intercambios y replegarse sobre sí mismo. Y esto en detrimento del interés y la vinculación con el pensamiento y la vida cognitiva, del conocimiento del mundo que lo rodea y de sus propios procesos de pensamiento¹⁵.

Al incluir la relación entre un adulto y un bebé en el marco de una clasificación, estamos considerando su tono general, no un momento particular de vinculación. Un vínculo presenta distorsiones cuando una modalidad inadecuada se vuelve prevalente, repetitiva y estereotipada impregnando entonces la relación adulto-niño de tal forma que esta se fija y pierde entonces flexibilidad y libertad en grados importantes. De modo orientativo, se pueden considerar diferentes tipos de relación adulto-niño pequeño que denotan dificultades vinculares que requieren en particular ser tenidas en cuenta para prevenir el establecimiento de dificultades en la constitución psíquica individual del niño.

Tipos de relación adulto-niño pequeño

- La **relación sobreinvolucrada**, en la que el adulto demuestra un compromiso físico y/o psicológico excesivo con el bebé, lo controla en permanencia, obstaculiza sus iniciativas, metas y deseos. Sus exigencias son inadecuadas para el nivel de desarrollo del niño. Frente a esto, el bebé puede desplegar conductas de sometimiento, ser excesivamente obediente o, a la inversa, muy desafiante. La expresión de sus habilidades motrices y/o expresividad lingüística puede verse empobrecida. En este tipo de relación, el tono afectivo del adulto incluye variaciones entre manifestaciones ansiosas, depresivas o agresivas que perjudican la interacción con el bebé, que suele mostrarse enojado o gimotear. En general, no se establece un “diálogo” gestual recíproco entre adulto y bebé que implique la percepción de dos individuos separados que interactúan entre sí. Pareciera que el adulto encuentra dificultades para ver al niño como un sujeto singular con intereses o necesidades diferentes de las suyas. Esto incluye la utilización del bebé para satisfacer las necesidades propias, su uso ilusorio como “confidente” o un tipo de contacto físico de proximidad extrema o erotizado.

- La **relación subinvolucrada**, en la que el bebé y el adulto parecen estar desligados, y en la que la conexión auténtica y espontánea entre ambos es solo esporádica, muy poco frecuente. El adulto se muestra poco sensible o no responde a las señales que ofrece el bebé. Cuando el adulto se refiere a su relación con el bebé, no hay consistencia entre su relato y la cualidad de las interacciones observables. En estas, él ignora al bebé, lo rechaza o bien no lo conforta en situaciones de necesidad. El adulto no logra hacer eco de los estados emocionales internos del bebé. Las interacciones afectivas son mal interpretadas y poco reguladas por el adulto. Dentro de este contexto, el bebé puede parecer tanto atrasado como precoz (autosuficiente) en sus aptitudes motrices y lingüísticas.
- La relación de **estilo ansioso-tenso** se caracteriza por interacciones tensas, restringidas, en las que casi no están presentes los afectos placenteros ni los intercambios mutuos. El adulto suele ser sobreprotector y mostrarse extremadamente sensible y preocupado frente a las señales que brinda el bebé. Su manejo del niño se percibe como torpe o tenso y en las interacciones puede predominar un tono emocional negativo. Adulto y bebé tienen ritmos y estilos diferentes y no logran adecuarse uno a otro. En este tipo de relación, el bebé puede parecer tanto sumiso como ansioso o impaciente.
- La relación **colérica-hostil** se caracteriza por una interacción ruda y abrupta, a menudo carente de reciprocidad emocional. El tono de las interacciones es hostil y agresivo, hay tensión, y falta de afectos placenteros y entusiasmo. El adulto parece insensible a las necesidades del bebé y su dependencia y estado de necesidad parecen enojarlo. El contacto físico hacia él suele ser abrupto e intrusivo. El niño puede parecer asustado, ansioso, inhibido, impulsivo o difusamente agresivo. Puede presentar conductas desafiantes o resistentes hacia el adulto, pero también puede mostrarse temeroso, vigilante y evitativo.

Si cualquiera de estos estilos de relación predomina en el vínculo entre el bebé y sus cuidadores primarios es probable que existan también manifestaciones problemáticas en la organización psíquica incipiente del niño, o al menos que su desarrollo óptimo esté en riesgo. Hasta ahora hemos descrito las problemáticas situadas en los vínculos. A continuación vamos a desarrollar las problemáticas ligadas al desarrollo integral individual del bebé.

2. La ansiedad

No es la presencia o ausencia de angustia, su calidad o incluso su cantidad lo que permite predecir la enfermedad o el equilibrio psíquico ulterior. Lo único significativo es la capacidad del yo para dominar la angustia.

Anna Freud, 1965

Este conjunto de problemáticas, es decir, las **dificultades en el espectro de la ansiedad**, deben ser consideradas cuando el niño muestra niveles excesivos de ansiedad o miedo más allá de las reacciones esperables dadas las situaciones cotidianas que lo rodean en cada momento evolutivo. Se observan miedos múltiples y específicos, o momentos de ansiedad o pánico sin que sea claro qué es lo que los precipita.

La ansiedad o el miedo pueden llevarlo a inhibir su conducta (por ejemplo, no se anima a participar en actividades sociales o manifiesta una timidez excesiva). También, de modo más ruidoso, puede manifestarse a través de llanto o gritos incontrolables, además de perturbaciones en el dormir y el comer, o actos imprudentes e impulsivos.

Ansiedad de separación

Existe un tipo de ansiedad específico, muy importante en los primeros años de vida, que se relaciona con la separación respecto de los cuidadores. Hay niños que muestran un temor excesivo y difícil de calmar ante personas extrañas o al separarse de aquellas de su referencia. En estos casos, encontramos en el bebé o en el niño una negativa persistente frente a la separación de las personas significativas, una preocupación injustificada por la seguridad y el bienestar de estas personas, o el temor de que algo pueda provocar su alejamiento. En general, esta situación se acompaña por el rechazo persistente de ir a dormir sin compañía, temor inadecuado a estar solo y pesadillas reiteradas sobre la separación. Todas estas situaciones son preocupantes cuando persisten en el tiempo, más allá de ciertos momentos particulares que requieren del bebé la adaptación a cambios, como por ejemplo, el ingreso en un jardín maternal.

Reacción prolongada frente a la pérdida de seres queridos

Si bien siempre la pérdida de alguna de las figuras parentales, fraternas o incluso de otras personas significativas genera una situación de difícil elaboración psíquica, existen casos en que las dificultades para superar esta pérdida se transforman en una problemática específica. En los niños pequeños existe un riesgo importante de que esto ocurra, tanto por la falta de recursos emocionales y cognitivos, dado el momento evolutivo en que se encuentran, como por el hecho de que una pérdida así afecta asimismo a quienes rodean al niño que probablemente también estén involucrados en la situación de duelo y presenten menor disponibilidad para asistirlo emocionalmente en un momento en que dicha asistencia y disponibilidad son cruciales.

Pero ¿cuándo podemos considerar que la reacción de un niño a una situación de duelo afecta su equilibrio y su desarrollo? Cuando, más allá de las esperables etapas de protesta, desesperación y desinterés que acompañan al duelo, se detecta que, de manera persistente y prolongada en el tiempo, el niño insiste en llamar y buscar a la persona perdida y rechaza los intentos de consuelo. También debe preocupar el establecimiento de un estado general de menor expresividad emocional, retraimiento, tristeza y falta de interés, si pierde logros evolutivos que ya había alcanzado, o presenta dificultades en las rutinas de sueño y de alimentación.

Otro modo de reacción, que si es prolongado indica dificultades, es que muestre desinterés o indiferencia frente a elementos que recuerdan a la persona perdida; o bien, por el contrario, una extrema sensibilidad y desorganización afectiva frente a cualquier cuestión que la recuerde.

Finalmente, conviene notar que si un niño en esta circunstancia comienza a manifestar actos agresivos hacia el entorno o hacia sí mismo, estos podrían ser consecuencia de un sentimiento de culpa, por sentirse responsable de lo sucedido.

3. La depresión

Los bebés también pueden presentar trastornos en su desarrollo derivados de estados depresivos. Estos estados se encuentran ligados, en general, a carencias tanto cuantitativas como cualitativas en los vínculos con sus cuidadores primarios.

Se puede inferir la existencia de una organización depresiva en un bebé cuando encontramos que falta en él la natural curiosidad e interés tanto hacia las personas y los objetos que lo rodean, como hacia su propio cuerpo (atonía psíquica o falta de tono vital), cuando disminuyen los intercambios sociales en la relación del bebé con las personas que lo rodean y, además, cuando se muestra indiferente respecto de la identidad de las personas con las que se conecta, es decir, actúa de modo similar con diferentes personas, sin mostrar preferencias o rechazos. En este sentido, suele suceder que la angustia del bebé frente a los extraños, que es un hito esperable del desarrollo cercano al octavo mes, no aparece.

Respecto de su motricidad, un bebé o un niño pequeño deprimido puede mostrar movimientos repetitivos o parciales —inicia movimientos y los interrumpe antes de haber terminado la acción—, y este “enlentecimiento” es más notorio respecto de la motricidad gruesa que de la motricidad fina.

También puede suceder que un bebé deprimido presente mayor tendencia a enfermarse o a dormir más tiempo que el esperable, o evidencie trastornos psicossomáticos. Asimismo, hay casos en que el estado depresivo se traduce, más que en quietud y atonía, en estados de agitación e inestabilidad motriz (moverse sin parar) y en insomnio persistente.

4. Dificultades en el espectro de la regulación

En algunos niños podemos encontrar una dificultad particular para regular, procesar y modular los estímulos tanto externos (luz, sonido, estímulos táctiles, orales, etc.) como propioceptivos (internos). Esto los lleva a desarrollar o bien una gran sensibilidad a la estimulación sensorial o bien una necesidad de niveles de estimulación superiores a lo esperable. Cuando esta dificultad predomina por sobre las demás, se puede considerar la posibilidad de que exista una dificultad en el espectro de la regulación.

Este tipo de problemática suele implicar también déficits cualitativos en las aptitudes para la planificación motriz, su modulación tanto en la motricidad gruesa como en la fina, el procesamiento visoespacial, el procesamiento auditivo-verbal o la articulación verbal.

Encontramos también en estos niños dificultades en el establecimiento de capacidades crecientes de concentración y para regular la intensidad, la frecuencia y la duración de las respuestas emocionales, en particular las emociones negativas (enojo, tristeza, frustración). Del mismo modo, los problemas en el área del sueño y la alimentación también están presentes.

Algunas clasificaciones diagnósticas proponen diferenciar, dentro de este espectro, entre los niños que son hipersensibles frente a la estimulación, aquellos hiporreactivos —que requieren de una estimulación superior a la habitual— y aquellos en quienes el centro del problema se encuentra en la desorganización e impulsividad ligadas a la respuesta frente a la estimulación.

Estas dificultades están relacionadas probablemente con diferencias individuales ligadas constitucionalmente a la sensibilidad frente a los estímulos que posee cada niño al nacer. Sin embargo, desde los primeros momentos de vida, el encuentro con el ambiente —es decir, con los adultos en los primeros vínculos, y el modo en que ellos participan para captar empáticamente las necesidades particulares del niño en este plano, ayudándolo a regular o intensificar los estímulos— puede resultar un factor crucial para el establecimiento de un vínculo que equilibre la dificultad inicial y favorezca la salud mental del niño en el futuro.

5. Trastornos del espectro autista

Son aquellos padecimientos crónicos y de comienzo muy precoz que se caracterizan por involucrar dificultades en tres o más aspectos del desarrollo:

- interacción social;
- comunicación y lenguaje;
- conductas restringidas, repetitivas, extrañas;
- sensibilidad (restringida o aumentada) frente a estímulos auditivos, visuales, olfativos y vestibulares.

Se considera que estos constituyen trastornos del espectro de la comunicación y la relación, pero involucran diferentes áreas de la organización psíquica y de la conducta de los niños pequeños, iniciándose en general en los primeros meses de vida.

Este tipo de dificultades implica una perturbación severa, aunque no total, de la capacidad para establecer vínculos emocionales o sociales. Se dan cuando los niños no logran establecer con facilidad circuitos recíprocos de comunicación. Es decir, circuitos que impliquen la atención en el otro como interlocutor, un ritmo de turnos, de ida y vuelta en la comunicación. Además, se da cuando los niños no buscan y no logran establecer con el otro circuitos de atención conjunta hacia un tercer elemento, como por ejemplo, señalar un objeto y atraer la mirada del otro hacia ese objeto en un ida y vuelta de comentarios no verbales (expresivo/gestuales) o verbales. A este estilo de involucramiento con el otro se agrega una docilidad particular, ya que se da junto con una actitud de desapego respecto de las personas.

A esto se suman con frecuencia problemas en la integración del esquema corporal*, en la postura y en la motricidad, dificultades graves en la alimentación, el sueño y la adquisición del control de esfínteres. Del mismo modo, la regulación del nivel de actividad y atención se encuentra comprometida, ya que estos niños suelen manifestar hiperactividad y dispersión en las actividades.

Una característica habitual que podemos encontrar en estos casos son las disfunciones significativas en el modo de tratar diversas informaciones sensoriales; por ejemplo, los niños suelen poseer una resistencia inusual ante estímulos como el frío, el calor y el dolor. Y, a la vez, presentan mucha sensibilidad hacia los olores y los estímulos lumínicos. También pueden buscar estimulaciones vestibulares (ligadas a la percepción interna del cuerpo y su posición) de modo persistente y a veces aparecen conductas autoagresivas.

En general, estos son niños que no se sorprenden y que muestran mucho mayor interés por el mun-

do inanimado que por estímulos que provienen de la relación con otras personas. Su juego no es el habitual, suele ser repetitivo y no posee valor simbólico.

6. Problemas graves de la expresión somática

El cuerpo, su funcionamiento y la regulación de las diferentes funciones como la alimentación, el sueño o el control de esfínteres constituyen un escenario sensible a los trastornos ligados al desarrollo psíquico. Estas disfunciones o compromisos diversos relacionados con la vulnerabilidad frente a las enfermedades somáticas han sido ya mencionados y están presentes en general en la crianza de niños pequeños.

Dentro de este marco, sin embargo, se da la posibilidad de la existencia de afecciones más graves o generalizadas que afectan el desarrollo de manera integral. En particular, ocurre en algunos niños un detenimiento o retraso del crecimiento sin causas orgánicas que se vincula a carencias o distorsiones graves en los vínculos tempranos y el entorno que rodea al niño, y que presenta mejoras cuando estos son abordados o cuando el niño cambia de entorno. Por ejemplo, se trata de niños que dejan de crecer o dejan de aumentar de peso pese a recibir alimentación adecuada. Si bien este cuadro no se limita a la primera infancia y se puede encontrar en la niñez en general y en la adolescencia también, los riesgos que implica son mayores en los primeros años de vida.

Los casos más extremos de este tipo de situación han sido documentados desde la década de 1950, a partir de las observaciones de René Spitz acerca del hospitalismo*, que llega a los estados de marasmo físico grave de bebés que no recibían cuidados personalizados sino compartidos entre muchos niños, con muchos cuidadores en un marco de institucionalización. Esto remarca la necesidad de vinculaciones específicas y estables del bebé en los primeros meses de vida como un alimento invisible, pero de altísima influencia en la posibilidad de crecimiento y desarrollo tanto físico como mental.

7. Trastorno por estrés traumático

Ya se ha hecho referencia al efecto de las situaciones traumáticas y el estrés agudo (un acontecimiento traumático grave y repentino) o crónico (diversidad de acontecimientos menos graves o repetidos en el tiempo), que al no existir factores protectores que los morigeren, tienen efectos nocivos sobre el desarrollo de un niño. Pensemos entonces que cuando estamos frente a ciertos modos de organización de la conducta del bebé o el niño pequeño, y de su relación con el entorno que difieren de los esperables, debemos considerar en primer lugar si esas conductas responden a una reacción frente a este tipo de situaciones.

El **trastorno por estrés traumático** ordena una serie de síntomas que pueden surgir en los niños cuando estuvieron expuestos a una sola situación traumática severa o bien a una serie de sucesos traumáticos relacionados o a un estrés crónico, sostenido. Considerando la importancia del entorno para un niño pequeño, estos sucesos no necesariamente lo implican a él en forma directa, sino que pueden estar ligados a la percepción de riesgos o situaciones traumáticas referidas a las personas más cercanas a él.

Se puede considerar la presencia de un trastorno de este tipo cuando:

- El niño genera juegos repetitivos, recuerdos recurrentes, pesadillas o *flashbacks* que repitan la vivencia traumática.
- Si se observa en él una gama de afectos más restringida (menos variedad) y menor capacidad de modular los afectos.
- Si muestra un menor interés en establecer relaciones sociales, disminuye las actividades de juego habituales, pierde logros evolutivos que ya había adquirido, presenta dificultades para dormir o terrores y despertares nocturnos.
- Si presenta un estado de mayor excitación con vigilancia extrema del medio que lo rodea y reacciones sobresaltadas frente a los estímulos que recibe.

Hemos recorrido los diferentes modos en que se pueden organizar u ordenar los signos de sufrimiento psíquico y las problemáticas en el desarrollo del niño pequeño, con el fin de orientar la detección temprana de dichas problemáticas. En el siguiente capítulo nos ocuparemos de las intervenciones posibles en función de promover la salud mental y del desarrollo de acciones preventivas y de asistencia en esta temprana etapa vital.

cap.5

Intervenciones posibles

1. Promoción de la salud: recomendaciones

Todo niño debe contar con una persona o una comunidad de referencia (cuidador/es primario/s) que garantice su supervivencia física y emocional:

- Que le procure alimento.
- Que le brinde caricias, mimos, presencia, miradas, palabras, amor, tibieza para cargar con energía las experiencias y reproducir estas sensaciones placenteras en cualquier otra situación posterior del crecimiento.
- Que sea un continente efectivo de las sensaciones del lactante.
- Que transforme exitosamente el hambre en satisfacción, el dolor en placer, la soledad en compañía y el desamparo originario* en tranquilidad.

Todas estas situaciones permiten que estos momentos iniciales perduren como recuerdos y ternura toda la vida, que el ser humano recreará todo el tiempo en su psiquismo.

Durante el período que comprende los primeros 18 meses del niño, debe concurrir por lo menos una vez al mes al pediatra o al médico de familia para los controles de salud. Es importante incluir la valoración del desarrollo emocional en estas visitas, además de la atención pediátrica. Los agentes comunitarios, especialmente los médicos y los educadores, son los encargados de detectar lo más precozmente posible las alteraciones del desarrollo, de la comunicación y del vínculo temprano¹⁶.

¿Cómo promover un desarrollo emocional favorable?

1. Acerca del niño pequeño

A continuación, expondremos las propuestas a los responsables de la crianza del niño pequeño para una buena interacción vincular.

De 0 a 6 meses

- Atender y responder a las necesidades y los deseos del bebé para su alimentación, sueño e higiene: **“Un niño crece con amor y proteínas”**.
- Organizar rutinas para las actividades del bebé: la comida, el juego, el sueño.
- Responder a sus vocalizaciones y a sus movimientos.
- Mostrar disponibilidad para consolar o tranquilizar al niño.
- Comunicar afecto y ternura al bebé a través de palabras, besos, caricias, miradas.

16 Vigilancia y promoción del desarrollo integral del niño. Cartillas de promoción. Laboratorio de seguimiento del neurodesarrollo. Instituto Nacional de Pediatría de México, en www.vigilanciaypromocion.es.tl/Cartillas-de-Promoci%F3n.htm.

De 7 a 12 meses

- Jugar a cubrirse la cara con un trapo para que el bebé la destape y luego que se tape él (construcción de la diferencia entre la presencia y la ausencia, entre el yo y el mundo externo).
- Ubicarse con el bebé frente al espejo para que se reconozca.
- Ofrecerle juguetes u objetos de diferentes formas, texturas y colores para que experimente la diferencia entre ellos.
- Hablar con el bebé.
- Poner palabras a lo que le pasa al niño tanto en situaciones positivas (“estás contento”) como en situaciones desfavorables (“estás inquieto”, “estás triste”, “tenés sueño y te pusiste fastidioso”).
- Permitirle tocar la mamadera, la cuchara y los alimentos.
- Cantar canciones moviendo las diferentes partes del cuerpo (marionetas con las manos, etc.).
- Organizar rutinas regulares para la comida, el baño y el sueño, de acuerdo con las necesidades y los deseos del niño.
- Dejarlo en el piso para que se mueva en libertad, cuidando de que no exista ningún peligro para él (objetos pequeños que pueda llevarse a la boca, objetos puntiagudos que puedan lastimarlo).

De 13 a 24 meses

- Organizar tiempos para leer o mirar libros con el niño. Cuando es muy pequeño, se puede imitar sonidos y voces diferentes para ganar su atención.
- Jugar a formar torres con cubos, cajitas o vasitos de plástico como los de yogur. Permitirle que las derribe para armarlas otra vez (ejercitación del dominio muscular con el que se construye el conocimiento del mundo; es un cierto grado de agresividad necesaria y esperable en el desarrollo).
- Usar un lenguaje claro y sencillo para explicarle las cosas.
- Compartir actividades con el niño comentando las cosas que realiza o puede hacer.

De 25 a 36 meses

- Promover todas las actitudes que tiendan a la independencia y la autonomía: estimular el contacto social, comenzar el control de esfínteres, promover cierta autonomía en la higiene personal: alentar al niño a intentar lavarse o vestirse solo, a ir a dormir solo.
- Incitar al niño a cumplir consignas sencillas, a controlar sus impulsos, a esperar su turno, a aceptar consignas de orden.
- Estimular la adquisición de la lengua materna, en palabras o frases cortas, utilizando el “yo” y otro uso adecuado de pronombres (mío, tuyo, etc.). Ampliar el relato sobre los sucesos de su vida. Ayudarlo a reconocer los lugares familiares por su nombre.
- Ayudarlo a adquirir categorías que lo organicen en tiempo y espacio: adentro-afuera, lejos-cerca, noche-día, mucho-poco, más-menos.
- Estimular las habilidades gráficas: tomar el lápiz con destreza, copiar círculos, comenzar a representar gráficamente la figura humana.
- Estimular la captación de imágenes visuales: mirar cuentos ilustrados, ver y comentar imágenes en movimiento, observar con él espacios geográficos de pertenencia y comentar acerca de lo que se ve en el paisaje.

- Estimular la integración corporal: jugar con las distintas partes del cuerpo, usar el cuerpo con distintos ritmos y sonidos, reconocer su cuerpo en una imagen, reconocerse en el espejo, usar el cuerpo para adquirir las nociones espaciales (arriba, abajo, adelante, atrás)
- Estimular actividades corporales de descarga y coordinación: patear la pelota, deslizarse en distintos planos, saltar sobre sus pies, andar en triciclo, abrir y cerrar puertas.
- Estimular el juego: solo, en grupo, eligiendo con quién jugar. En esta etapa son especialmente importantes los juegos dramáticos con ejercicio y cambio de roles que enriquecen la capacidad simbólica.

En todas las etapas, el **juego** es una fuente de placer y es indispensable y fundamental para un buen desarrollo integral del bebé: el niño juega solo, juega con su cuerpo, juega con el/los cuidador/es primario/s. Favorecer el ámbito de juego es favorecer la autonomía y la libertad. Es estimular antes que la palabra se instale, una forma de comunicación y un desarrollo de la imaginación. También es importante permitirle jugar solo estando los adultos presentes, ya que el niño necesita desarrollar la capacidad de estar concentrado en sí mismo en presencia de otros.

2. Acerca de los cuidadores primarios

Como ya se mencionó, los cuidadores primarios son aquellos que llevan adelante las funciones materna, paterna y la función familia.

Para poder ocupar su función adecuadamente, los cuidadores primarios necesitan estar acompañados, contenidos, informados, atentos y sensibilizados hacia las manifestaciones del bebé, y hacia sus propios sentimientos y emociones. Todo esto contribuye a la confianza básica en ellos mismos, necesaria para sostener la satisfacción de las necesidades emocionales de los niños. Para ello, hay que favorecer la concurrencia a los centros de salud y a los grupos de crianza que puedan funcionar en la comunidad a la que pertenecen.

Tanto los cuidadores primarios como los agentes de salud y educación deberían tener un ámbito de sostén y elaboración de sus prácticas para evitar los fenómenos de desgaste y estrés que en la vida diaria produce la crianza y sus problemáticas, por eso, **los grupos de crianza son un buen sostén para los cuidadores primarios.**

3. Acerca de los agentes comunitarios, facilitadores de salud y educación, y referentes comunitarios para las familias

Todos los agentes deberían tener acceso a una capacitación sobre el desarrollo emocional esperable, la detección temprana de las problemáticas del vínculo y del desarrollo emocional, y las primeras medidas asistenciales sobre estas dificultades. Y también contar con un grupo de elaboración y sostenimiento de la tarea para evitar los síndromes de desgaste (*compassion fatigue*).

Todos los agentes de salud y de educación deben estar capacitados para observar a los niños pequeños, y la manera en que se comunican y se relacionan con sus cuidadores primarios. De esta manera, podrán promover los factores protectores y contribuir a disminuir los factores de riesgo que alteran el desarrollo.

Cualquier experiencia emocional que acontece en los vínculos del agente comunitario, de salud o educación con una familia y su bebé, puede estimular nuevas **construcciones vinculares** modeladoras en el aquí y ahora, que favorezcan la modificación de una relación primaria difícil. Esta posición no determinista permite transformar situaciones de riesgo en oportunidades ganadas.

2. Prevención y asistencia

¿Cómo puede intervenir el agente de salud y educación?

Todas las estrategias se proponen en función de una capacitación adecuada y precisa de los agentes de salud y educación, de los facilitadores en salud, de los agentes comunitarios y de los representantes de distintas instituciones con vínculos con la primera infancia (recreativos, religiosos, etc.), quienes decidirán qué pasos seguir para afrontar las problemáticas que se puedan presentar.

Los agentes de salud y educación, como integrantes activos en el proceso de crianza, tienen una oportunidad privilegiada para la detección e intervención de cualquier interferencia en el desarrollo emocional y en el vínculo temprano.

Ante la observación de factores de riesgo y/o señales de alarma (signos de sufrimiento precoz) es importante:

- Hacer un seguimiento más frecuente del niño y su familia.
- Realizar diagnósticos diferenciales: distinguir entre los signos de alerta de sufrimiento precoz y cuadros de patología orgánica (por ejemplo, sordera, ceguera o patología neurológica).
- Mirar, escuchar, darle un lugar a la palabra de la madre o del adulto a cargo del bebé.
- Si hay varios factores de riesgo y/o señales de alarma detectados por agentes comunitarios, el procedimiento a seguir es el indicado más abajo en “etapas en la intervención”.
- Frente a la persistencia de los signos de alarma, consultar con el equipo de salud.
- Frente a los signos de sufrimiento precoz silenciosos, la derivación a los equipos de salud mental es urgente y se impone.

Las etapas que describiremos a continuación tienen como objetivo sensibilizar a los agentes comunitarios en el descubrimiento de los signos de alarma y en las estrategias que están propuestas en función de la capacitación adecuada y precisa.

Etapas en la intervención

1. Mirar y escuchar.
2. Hipótesis y primeras intervenciones.
3. Derivación: preparación de la eventual orientación a una consulta especializada. Interconsultas, interdisciplinas, seguimiento.

1. Mirar y escuchar

- El agente comunitario mira y escucha el vínculo.
- Abre entonces un “espacio para la palabra”, teniendo en cuenta el estado afectivo del cuidador primario (su angustia, por irracional que fuere) y su saber acerca de lo que le preocupa.
- Escucha “la verdad de los cuidadores primarios”. Indaga acerca de lo que el cuidador primario sabe y le preocupa. Esto en sí mismo ya es una intervención.

¿Qué es mirar?

Es la capacidad de observar dando significación a lo que se observa e implicándose subjetivamente con la posibilidad de hacer una intervención sobre lo que se mira. Esto incluye activamente al observador.

¿Qué es escuchar?

Es comprometerse e intentar entender al niño y/o al vínculo, sin anteponer saberes y prejuicios. Es una función indispensable en el rol de los agentes comunitarios.

El profesional, el facilitador o el agente comunitario hacen una lectura del comportamiento del niño, de los cuidadores primarios y de los vínculos como parte de su escucha. Maud Mannoni (1987) señala que cuando el lenguaje se detiene lo que sigue hablando es la conducta¹⁷. De esta manera, intenta poner en palabras, dar sentido a, la situación observada.

Descripción de un ejemplo

Por ejemplo, en un grupo de crianza, una mamá manifiesta estar preocupada porque su hija de 5 meses no la mira. Evita su mirada selectivamente. Es la primera mujer de una serie de 5 hijos. Los cuatro primeros son varones y se desarrollan de manera esperable. Al ser interrogada por un agente de salud acerca de su historia, la madre comenta que en la pubertad vivió un episodio de abuso que estimuló la fantasía de no poder ser una buena madre de una niña y el temor de que su hija pueda vivir la misma situación. Empezar a desplegar con palabras este conflicto permitió que poco a poco, y gracias a la ayuda de los agentes comunitarios y de las otras madres del grupo, ella y su bebé pudieran comunicarse y mirarse.

2. Hipótesis y primeras intervenciones

Ante la sospecha de sufrimiento del bebé o la alteración en el vínculo temprano se sugiere:

¹⁷ Mannoni, M. (1987): *El niño, su “enfermedad” y los otros*. Buenos Aires: Nueva Visión.

- Evaluar la situación con mayor frecuencia: citar a la consulta más asiduamente, observar en el jardín maternal o en el domicilio, en ámbitos recreativos, etc.
- Estar alerta a los síntomas “ruidosos” y sobre todo a los “silenciosos”.
- Mirar y escuchar el vínculo.
- Trabajar con los cuidadores primarios los signos observados y pensar conjuntamente nuevas estrategias en las funciones familiares: investigar las funciones (materna, paterna y familia) y las ideas o fantasías acerca de por qué se manifiestan estos signos. Poner en estado de conciencia lo que tal vez no es detectado por los mismos cuidadores.

3. Derivación

Todas las propuestas estratégicas hechas en este documento tienden a **mejorar** y a resolver en los casos que sea posible, el problema detectado. Cuando los signos detectados corresponden a la serie de los signos de sufrimiento silenciosos (signos de alarma rojos, que pueden pasar desapercibidos), la derivación se impone con urgencia debido a la oportunidad que ofrece la plasticidad biológica y psíquica del niño (plasticidad del yo, neuroplasticidad).

En condiciones ideales, la derivación deberá realizarse a los equipos de salud mental infanto-juvenil. Deberá descartarse cualquier patología orgánica, haciendo hincapié en diagnósticos diferenciales con los trastornos neurológicos. Si no hubiera acceso directo a la derivación antes mencionada, se deberá contactar con cualquier representante de las especialidades clínicas que atienden la primera infancia —estimulación temprana, fonoaudiología, neurolingüística, musicoterapia, terapeutas ocupacionales, psicomotricistas—, quienes serán los mediadores para acceder a un centro especializado. Estos centros pueden oficiar de orientadores y supervisores de las estrategias específicas de cada comunidad.

Si hubiere, como proponemos más adelante, un **observatorio de salud en primera infancia**, la conexión y la orientación de las estrategias se podrían realizar a partir de las informaciones proporcionadas por dicha referencia.

Consulta especializada

Cuando el agente de salud o educación o el agente comunitario han agotado todos sus medios y recursos (primer paso), y necesita una **segunda mirada** y una segunda intervención, solicita una consulta especializada (segundo paso en la estrategia terapéutica).

El especialista podrá entonces proponer distintas estrategias terapéuticas: terapia vincular, terapia familiar, estimulación temprana, psicomotricidad, fonoaudiología, grupo de crianza, entre otras.

Condiciones necesarias para derivar a una consulta especializada

- Es esencial **positivar la derivación**, es decir, poner siempre en primer plano todas las potencialidades del bebé y de sus cuidadores primarios. Es importante que la derivación sea presentada como un recurso para que el bebé y su entorno de crianza puedan “desarrollar todas las capacidades que tienen en potencia para afrontar las vicisitudes de la vida”.
- Que haya una buena relación empática y de confianza con el referente comunitario y **que los cuidadores primarios hayan podido tomar conciencia del sufrimiento del bebé o del propio sufrimiento**.
- Identificar los lugares en los que la consulta puede realizarse utilizando todos los recursos locales y tecnológicos para ello.

- No pronunciar y no cerrar ningún diagnóstico.
- Se recomienda comunicar con una síntesis el motivo del pedido de derivación y, de ser posible, hacerla a un profesional identificado.

03. Propuestas para toda consulta de niño sano

a.

Cuaderno de vida

Es importante que cada niño tenga un **cuaderno de vida** donde figuren los hitos importantes de su desarrollo. Es esencial que en ese cuaderno quede consignada **la observación del vínculo** con sus cuidadores primarios. Allí pueden registrarse también, cuando están presentes, la identificación de alteraciones en el vínculo y los trastornos severos de la comunicación. Son orientadores de alarma: la **ausencia de mirada** y la **falta de intencionalidad**, factores predictivos de riesgo de una evolución hacia dichas alteraciones.

Este **cuaderno de vida** permite estar atentos incluso antes de que los problemas aparezcan y realizar un verdadero trabajo de prevención. Es la herramienta de la singularidad de cada niño en la que los distintos referentes puedan consignar su evolución desde el nacimiento.

Además de todos los datos del desarrollo infantil, en este registro deben quedar consignados los siguientes puntos respecto del desarrollo emocional y la observación del vínculo temprano.

Datos de filiación y vincularidad

Nombre, edad, fecha de la observación	
Datos del desarrollo infantil	Mirada: presencia o ausencia
Familiograma*	Intencionalidad: presencia o ausencia
Cuidadores primarios a cargo del bebé	Vínculo (sobreinvolucrado, subinvolucrado, ansioso, colérico/hostil, apegado, desapegado)

Temas informativos sobre la crianza

Asimismo, el cuaderno de vida podrá tener una parte informativa sobre diferentes aspectos de la crianza, transmitiendo a los cuidadores primarios de forma clara, y si es posible gráfica, aspectos de estimulación de las prácticas de crianzas adaptables a cada contexto (alimentación, masajes, gestualidad, estimulación sensorial, juegos por edades, etc.). Un modelo cercano sería la libreta de vacunación, necesaria para entrar en el sistema educativo. De la misma forma, consideramos necesaria la evaluación vincular.

b.

Propuestas dentro del marco institucional y comunitario

Así como todos los niños deberán tener un cuaderno de vida desde su nacimiento, **todas las comunidades deberán poder ofrecer un espacio de intercambio y observación** como dispositivos de prevención. Estos espacios son:

- Grupos de madres.
- Grupos de crianza mamá-bebé.
- Grupos de padres-madres-bebés.

¿Qué es un grupo de crianza?

Son espacios de encuentro entre madres y padres, facilitados por agentes de salud, educación o comunitarios. Los participantes se reúnen periódicamente a compartir experiencias, plantear dudas y reflexionar en torno a la crianza.

Es una herramienta **necesaria** en toda comunidad demográficamente activa porque permite absorber en una práctica sencilla las demandas de primer orden en la crianza. Es un dispositivo de participación activa comunitaria en la gestión de salud colectiva desde el inicio de la vida.

Los grupos de crianza pueden formarse en espacios comunes de los participantes (por ejemplo, la guardería, el jardín maternal, espacios recreativos, religiosos, etc.). En este caso, los integrantes se pueden conocer con anterioridad. Alternativamente, un grupo de crianza puede formarse con personas que no se conocen, pero que comparten una experiencia en común, por ejemplo, embarazo o hijos en edad preescolar.

El objetivo principal de estos grupos es constituirse en espacios de reflexión y apoyo en torno a la crianza. Que los padres y las madres puedan sentirse acompañados por otros y otras que viven experiencias similares.

Dependiendo del interés de los participantes, los grupos de crianza pueden ser estructurados y tener temas predeterminados, o bien ser abiertos y que el tema de cada sesión surja de las vivencias y experiencias que los papás y las mamás quieran compartir. Los temas pueden ser, por ejemplo: primeros encuentros y desencuentros con el bebé, estrategias para mejorar el acercamiento y la comunicación, recursos y herramientas básicas para la crianza, cómo establecer límites, el control de esfínteres, el sueño, la lactancia, la comida, los celos, cómo estimular adecuadamente al bebé, el lenguaje, la comunicación con el bebé, la organización de rutinas, el uso del chupete, entre otros.

Ya desde el embarazo, surge una gran cantidad de dudas, intranquilidad, miedos; y compartir e intercambiar inquietudes, informaciones o vivencias facilita la crianza. A su vez, el período de posparto y la crianza inicial es un momento vital muy sensible para la madre y el padre, donde se remueven aspectos emocionales y relacionales de la pareja, de las historias propias de cada uno. Estos meses son muy intensos, de adaptación, de conocer al bebé, con muchas dudas, novedades, cansancio, ambivalencias, soledad, incomprensión, cambios de roles y de funciones. Frente a este panorama, el grupo de crianza es un lugar privilegiado para la observación y un dispositivo de intervención

temprana no especializada. Es un espacio de sostén de la crianza que intenta reproducir en cada caso un sostén también individual. Es decir, sostener para que los cuidadores puedan sostener.

Descripción de un ejemplo

Una mamá adolescente llega al grupo de crianza y permanece muy callada. A medida que pasa la hora, su beba de tres meses se le va deslizando de los brazos hasta quedar casi en el piso. Ella permanece con sus brazos y todo su cuerpo reclinado, agobiado. La beba no logra consuelo alguno. Otra mamá del grupo comenta que parece que la niña se le va a caer, como que “la está dejando caer”. La mamá adolescente y un poco deprimida, frente a una pregunta de la coordinación, responde que no quería tener ese bebé, que se lo quería sacar de encima. Ante este signo de alarma vincular, comienza un trabajo con la coordinadora, posterior acompañamiento y revinculación, y sostenimiento de la función materna. También se convoca al padre del bebé y se arma una red de crianza. Después de unos meses de trabajo, la mamá adolescente vuelve al grupo con su hija abrazada y con sensación de alivio.

C.

Observación de bebés

La observación de bebés es una herramienta de trabajo en la consulta pediátrica, en los centros de salud, en los jardines maternos y en todo lugar de vida del bebé o el niño.

La observación en situaciones grupales (sala de espera, grupos de crianza, etc.) de niños de diferentes niveles de desarrollo permite compartir saberes respecto de las modalidades de crianza, proponer algunos cambios considerados beneficiosos para su desarrollo y analizar junto a los padres las posibilidades y las dificultades concretas para su implementación. Con esta modalidad, los padres asisten tranquilos, sin el sentimiento de angustia que puede despertar la consulta individual. En consecuencia, este espacio se transforma en una ocasión esperada y muy valorada, a la que ellos mismos llegan a invitar a otros padres o miembros de su familia. Se muestran disponibles para recibir información, escuchar consejos e implementar algunos cambios sugeridos. Intercambian sus experiencias como padres, manifiestan sus dudas o temores, preguntan, y muchas veces, son ellos quienes proporcionan las respuestas a las preguntas planteadas, pudiendo resolver más ajustadamente las situaciones conflictivas.

La observación de bebés, realizada en forma grupal, demuestra una gran utilidad pues otorga al profesional o agente de salud un tiempo con el que habitualmente no cuenta en la consulta individual. Asimismo, proporciona al profesional un conocimiento derivado de la práctica misma de la observación.

d.

Observatorio de salud

Recomendamos crear un **observatorio de salud en primera infancia** que permita conectar regionalmente todos los recursos profesionales enlazados en una red que pueda responder a las demandas de los niños y sus familias.

Descripción de un ejemplo

Diagrama de evolución de una demanda frente a la observación de indicadores de sufrimiento precoz

Se detecta que “Pancho”, de 15 meses, no fija la mirada en el rostro humano. Está muy inquieto, con movimientos desarticulados. No duerme, se despierta muchas veces por noche. En la plaza juega siempre solo y como si no mirara a nadie, se come la arena, y cuando está cansado se golpea la cabeza contra el piso.

Un agente comunitario, de salud o de educación hace la pesquisa. Esto podría surgir de un comentario de un grupo de crianza o de una casa nido* o de alguien que observa a “Pancho” en diversas situaciones de vida (plaza, mercado, paseos): alguien detecta que algo no está bien. ¿Cómo proceder frente a esta situación?

La primera instancia es saber si “Pancho” y su familia **están incluidos dentro del sistema de salud y educación**, es decir, si es una familia con inclusión social o en situación de derechos vulnerados.

Si hay inclusión social, se citará a los cuidadores primarios (padre/madre/hermanos u otros familiares) en algún ámbito en el que **alguien con la capacitación adecuada, escuche y pueda intervenir para evaluar este contexto familiar y social** (salita de emergencia, centro de salud, jardín maternal, comedor comunitario). Esta es una instancia para darle lugar a la palabra y ayudar a los cuidadores primarios a conectarse con las dificultades o empezar a entenderlas.

Si no hubiera inclusión en el ámbito educativo o de salud, algún miembro del observatorio deberá hacer el relevamiento de los niños con dificultades, responsabilizándose de realizar una difusión de estas dificultades del desarrollo y orientar su resolución, con asesoramiento y aporte de herramientas para mejorar la situación (uso de material gráfico, manuales de estimulación, seguimiento telefónico o por la *web*, formación y capacitación de algún miembro de la comunidad). **Se trata de anudarlos a algún punto de la red asistencial.**

También es importante detectar en ambas situaciones quiénes son los referentes comunitarios para cada familia.

Así, “Pancho” y su familia tendrán un **seguimiento en primera instancia** dentro de ámbitos más generales y **si los signos de alerta no mejoran**, se trabajará con ellos la **derivación a un ámbito profesional adecuado**; o si esto no fuera posible, se sugerirán estrategias realizadas por agentes comunitarios y supervisadas por profesionales del observatorio.

Desde el observatorio (que concentra la red de recursos profesionales, informativos, educativos, asistenciales, institucionales), “Pancho” tiene que contar con un programa terapéutico, con seguimiento a largo plazo, que le permita incluir los recursos necesarios para su progreso y posterior inclusión escolar. Seguramente, y como todos los niños con dificultades severas originadas en los primeros años de vida, “Pancho” y su familia deberán ser asistidos durante muchos años. **Cuanto antes detectemos su padecimiento, menos dificultosa será su evolución.**

conclusiones

A modo de conclusión, queremos abrir el pensamiento, la creatividad, la participación, la invención y el compromiso de todos aquellos que se acerquen a la lectura de este documento.

Y queremos puntualizar algunos aspectos del recorrido que realizamos, para jerarquizarlos, subrayarlos, con el deseo de que fertilicen el lugar y el rol que cada uno tenga para acompañar el desarrollo emocional y vincular de los primeros años de vida, prevenir los padecimientos tempranos y contribuir a una salud integral, pensando en el futuro de cada niño y de cada comunidad.

Remarquemos entonces que:

- La formación sobre lo esperable en el desarrollo emocional del niño permitirá acompañar y estimular el crecimiento integral.
- La formación en la detección temprana de los signos de alarma de sufrimiento precoz permitirá llegar antes que las dificultades se instalen y prevenir alteraciones vinculares de mayor gravedad, generadoras de restricciones en la autonomía y la independencia.
- El trabajo de promoción, prevención y asistencia solo es posible si se realiza en red, con todos los sectores que intervienen en la primera infancia (salud, educación, acción social, comunidad, recreación, etc.), dada la complejidad de los procesos que intervienen en este momento de la vida. No hay lugares hegemónicos y cada intervención requiere de la intersectorialidad y de la interdisciplinidad, de las políticas públicas y las gestiones privadas para que la equidad y el respeto por los derechos de cada sujeto sean una realidad.
- Todos los niños deberían poder quedar incluidos dentro de esta mirada preventiva sobre el desarrollo emocional, de la salud integral, para no dejarlos por fuera de una oportunidad que les permita organizar mejor su futuro. No mirar, no escuchar, no intervenir frente al sufrimiento precoz implica un modo de exclusión y es responsabilidad de todos los actores comunitarios públicos o privados que esto ocurra o no.
- “Cuidar cuidando” es una consigna permanente para el cuidado de todos aquellos responsables e intervinientes en la crianza de un bebé y de un niño. Es fundamental que los cuidadores primarios y los agentes comunitarios reciban el sostén y el acompañamiento en su tarea para no sentirse ni excedidos ni desolados.

Es nuestro deseo, nuestra intención, que este documento genere puentes entre todos los que trabajamos en los temas vinculados al desarrollo integral de la primera infancia. Acordamos con Nelson Mandela cuando dice: *“It takes a village to raise a child”* (Se necesita de un sistema comunitario para criar a un niño), (Salvador Celia, citado por Gorodisch, 2003). Esperamos que este documento sea un aporte para ello porque, como dice el Dr. Bernard Golse (1999): “Invertir en los bebés tal vez sea la última utopía para tener una ciudadanía y una sociedad más sanas, menos violentas”.

glosario

Atención conjunta

Es la habilidad de compartir un enfoque común entre personas. Esto involucra la habilidad de obtener, mantener y cambiar la atención. La atención conjunta sirve como una herramienta de referencia usando una mirada mutua fija (enfocándose visualmente en la misma cosa) y/o gestos de comunicación. Compartir un enfoque ayuda no solamente a individuos a comunicarse, sino también al desarrollo de habilidades sociales importantes como vincularse y comprender el punto de vista de otra persona. La atención conjunta empieza en la infancia, entre el niño y sus cuidadores. Algunas habilidades tempranas incluyen alzar sus brazos hacia su cuidador para que lo levante, apuntar a un peluche o mirar la misma página en un libro.

Capacidad empática

Es la capacidad de percibir en un contexto de comunicación interpersonal aquello que la otra persona puede sentir. Implica un sentimiento de participación afectiva respecto de la realidad emocional que afecta a la otra persona.

Casa nido

Se trata de un proyecto destinado a la atención de los bebés de 0 a 2 años en hogares preparados para ello; incluye la formación y capacitación de algunas madres de la comunidad como “cuidadoras infantiles” para que se ocupen en su propia casa de bebés de otras mamás de la comunidad.

Comunicación no verbal o preverbal

Comunicación entre personas, que transmite emociones, afectos e ideas, sin el uso del lenguaje verbal, a través de sonidos, gestos y movimientos.

Confianza básica

Estado emocional de seguridad y despreocupación que se conforma luego de numerosas experiencias gratificantes entre el niño y sus cuidadores.

Cuidador primario

adulto a cargo que ejerce las funciones básicas de cuidados del niño pequeño en la vida cotidiana, asumiendo la responsabilidad en la atención, el apoyo y los cuidados diarios. El cuidador primario es quien pasa la mayor parte del tiempo con el bebé, es un adulto disponible emocionalmente, de quien el bebé depende. Habitualmente, esta figura suele ser la madre, el padre u otros familiares, como los abuelos o hermanos mayores, pero bien pueden ser allegados o miembros de la comunidad.

Desamparo originario

Estado de dependencia absoluta del lactante como consecuencia de su incapacidad de emprender una acción coordinada y eficaz para la satisfacción de sus necesidades.

Encopresis

Se da cuando el niño realiza sus deposiciones de modo repetido e involuntario en lugares no adecuados, a una edad en la que ya debiera haber adquirido el control de esfínteres, es decir, a partir de los 3-4 años.

Entonamiento afectivo

Captar los afectos de las otras personas no es suficiente. Para sentir que es posible compartir estados interiores, es necesario contar con algún modo de transmisión que confirme que se están compartiendo estados afectivos. El concepto de entonamiento de los afectos permite explicitar

el modo en que esta transmisión es posible. Según Stern (1985), el entonamiento de los afectos consiste en la ejecución de conductas que expresan el carácter del sentimiento de un estado afectivo compartido, sin imitar la expresión conductual exacta del estado interior. Cuando una mamá, jugando con su bebé, canturrea siguiendo el ritmo y la intensidad de los movimientos de su bebé, estará compartiendo con él ese tono vital que el niño experimenta, del mismo modo en que en una orquesta un violín y un clarinete pueden tocar la misma melodía sin confundirse. Así la madre entonará a dúo con su bebé el mismo estado afectivo subyacente pero con una conducta diversa; esto le permitirá al niño sentirse acompañado sin confundirse con la madre. Los dos son miembros de un par que comparten la misma melodía.

Enuresis

Describe la incontinencia urinaria más allá de la edad en que es esperable que se logre el control vesical, a partir de los 3-4 años. La enuresis puede ser diurna, cuando la pérdida involuntaria de orina se da durante el día, o nocturna cuando esto ocurre por la noche, durante el dormir.

Esquema corporal

Es la representación mental que cada uno tiene de su cuerpo. Se construye a lo largo de los primeros años de vida. En esta construcción tienen una importante incidencia las experiencias y las percepciones internas respecto del movimiento corporal pero también el modo en que el bebé ha sido portado y tocado por los adultos.

Estereotipia

Actividad motriz organizada, repetitiva, no propositiva, que se lleva a cabo exactamente de la misma forma en cada repetición y que limita la gama de actividades e intereses del niño. Estos movimientos repetitivos parecen haber perdido toda función de comunicación y no tener destinatario.

Estrés psicosocial

Estado emocional correspondiente a experiencias en las que el individuo se siente amenazado en su integridad física y mental. Aparece angustia intensa con fuerte correlato de manifestaciones físicas.

Factores de riesgo

En relación al desarrollo emocional, son aquellas características del niño, de su entorno inmediato o incluso de su medio comunitario y social que constituyen un riesgo de déficit o de distorsión de las condiciones adecuadas para el despliegue de los recursos y de los cambios evolutivos que implica el desarrollo.

Factores genéticos y epigenéticos

Los factores genéticos hacen referencia a la herencia genética de una persona. La epigenética describe la herencia de patrones de expresión de genes que no vienen determinados por la secuencia genética.

Factores protectores

En el campo de la primera infancia, los factores protectores señalan recursos propios del niño o aspectos y modos del entorno que lo rodea que permiten afrontar de modo más protegido las situaciones adversas que le toque atravesar.

Familiograma

Instrumento que permite valorar la dinámica, la composición, la estructura, el tipo de familia, las relaciones, los roles que asumen y el ciclo evolutivo por el cual está cursando la familia en un

momento determinado. Es un método para almacenar datos de la familia, que dan la oportunidad de hacer una retroinformación básica (nombres, fechas de nacimiento, muerte, matrimonio, entre otros), e información compleja (problemas familiares repetitivos, triangulaciones, herencia, entre otros). El familiograma puede ser elaborado durante una consulta con toda la familia, individualmente o en varias consultas. Nos brinda pautas para la intervención, tanto en el aspecto preventivo como para el tratamiento, si se maneja adecuadamente.

Función familia

Esta noción se refiere a la red de subjetividades que sostienen al niño en desarrollo en el marco de un espacio ramificado de vínculos que no están representados solo por la familia nuclear convencional (Alizade, 2010). Esa red supera el mapa de filiaciones biológicas, incluye la presencia de seres significativos que intervienen en el proceso de desarrollo emocional del niño. Son personas que producen efectos psíquicos relevantes en la mente infantil.

Función materna

También llamada nutricia, es la función que consiste en el sostén físico y emocional del niño. La contención y la nutrición es dada clásicamente por la madre pero es ejercida por todos los cuidadores.

Función paterna

Es la función ordenadora, que va introduciendo al niño dentro del sistema de reglas y valores que corresponden a la sociedad en la que vive. Tradicionalmente, se adjudicaba al padre esta función, pero en realidad es ejercida por todos los cuidadores del niño.

Hiperestimulación

Situaciones en que el niño recibe más estimulación (sensorial o motriz) de la que es capaz de procesar, o cuando la estimulación no respeta los tiempos de procesamiento y las pausas necesarias generadas por la breve capacidad de atención del niño pequeño.

Hipervigilancia

Estado de alerta en el cual el bebé no llega a relajarse y establecer pausas en el estado de atención hacia el ambiente.

Hipertonicidad

Incremento del tono muscular óptimo

Hospitalismo

Término creado por el psiquiatra y psicoanalista R. Spitz, ampliamente difundido a partir de la publicación de su trabajo, así titulado en 1946. Describe un conjunto de alteraciones físicas y psíquicas que aparecen como consecuencia de una prolongada hospitalización del niño de menos de 15 meses de edad. Si la carencia afectiva se prolonga, la indiferencia se acentúa llegando a un estado de atontamiento y estupor que Spitz denominó “depresión anaclítica”. Hay una regresión del desarrollo motor y el estado somático resulta severamente afectado: decaimiento del estado general, pérdida progresiva de peso, debilitamiento de las defensas del organismo frente a las infecciones que se repiten, llegando a un estado de miseria física próximo a la caquexia, que facilita la mortalidad. El único tratamiento curativo del síndrome de frustración precoz es el maternaje: vuelta de la madre o cambio de su actitud o sustitución eficaz por otra persona.

Mamanais / motherese

Forma que toma el lenguaje de las madres. Como se trata de un lenguaje universal, tendrá una denominación y una forma propia en cada lengua.

Motricidad fina

La motricidad puede ser definida como el conjunto de funciones que permiten la movilidad y la coordinación de los miembros, el movimiento y la locomoción. La motricidad fina hace referencia a los movimientos pequeños que implican además coordinación y precisión, en particular ligados a los miembros superiores: muñeca, manos y dedos.

Motricidad gruesa

Se refiere al control de los movimientos generales del cuerpo, como por ejemplo, el control de la cabeza, sentarse, gatear, mantenerse de pie, caminar, saltar.

Neogénesis

El aparato psíquico de un niño es un sistema abierto siempre dispuesto a recibir elementos de la vida real que formarán parte de las nuevas experiencias vinculares. Son oportunidades ganadas, no preformadas.

Neuroplasticidad

Es un reciente descubrimiento de la ciencia que muestra cómo el cerebro, a partir de sus propiedades, tiene la capacidad de moldearse de acuerdo con la experiencia. Esta capacidad está particularmente desarrollada en la niñez, al mismo tiempo que se va constituyendo el yo.

Nicho ecológico

Nos referimos a la “ocupación” o a la función que desempeña cierto individuo dentro de una comunidad.

Objeto transicional

Este término ha sido creado por el psicoanalista Donald Winnicott para definir “la primera posesión no-yo”, aquellos objetos que aparecen en una zona intermedia entre lo subjetivo y lo que se percibe de forma objetiva. No forman parte del cuerpo del niño aunque todavía no se los reconozca del todo como pertenecientes a la realidad exterior. Descriptivamente, es habitual que los bebés sientan especial cariño por un objeto en particular al que se encuentran muy aferrados. Puede ser un muñeco, un peluche, un osito, una mantita. Por lo general, es un objeto de textura suave. El objeto transicional se vuelve tan importante en la vida del niño que lo acompaña durante la mayor parte del día, lo busca cuando necesita consuelo y se vuelve imprescindible a la hora de dormir. Es algo que le brinda seguridad. Representa el apego que el bebé siente hacia sus padres y lo ayuda a controlar la ansiedad de la separación, etapa en la que el bebé comienza a experimentar que es un ser separado de su madre.

Oralidad

Primera fase del desarrollo libidinal relacionada con el placer del bebé en el momento de la alimentación, en la que tanto los labios como la boca tienen un papel preponderante. La satisfacción ligada en un primer momento al acto de comer, adquirirá pronto autonomía, como en el caso del mero chupeteo, y se convertirá a su vez en el prototipo inicial de toda satisfacción. Como el mecanismo de la oralidad es la incorporación y sostiene la supervivencia, cualquier alteración de este mecanismo denuncia una dificultad emocional cuando se hayan descartado las causas orgánicas.

Plasticidad del yo

Es la capacidad de modificación que tiene el yo en su funcionamiento para adaptarse a los distintos acontecimientos del sujeto utilizando sus funciones.

Prematurez

Nacimiento de un bebé entre las semanas 24 y la 37 de gestación, cualquiera sea su peso. Un bebé nacido en estas condiciones requiere, debido a su inmadurez física, de cuidados intensivos neonatológicos, y es separado de sus padres al nacer. Su evolución va a depender de las semanas de gestación, del peso al nacer y de las complicaciones y enfermedades que presente durante su estadía en terapia intensiva.

Primera infancia

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), es el período comprendido entre el nacimiento y los 5 años de edad.

Problemática en el desarrollo emocional temprano

Una problemática constituye un conjunto de dificultades que se pueden presentar impidiendo el logro del desarrollo integral de un niño. Estas pueden implicar deficiencias o inadecuaciones de los procesos y elementos involucrados en diferentes áreas cruciales para el desarrollo: la base constitucional-madurativa del bebé, los vínculos que se establecen entre el bebé y sus cuidadores, y también el medio y las circunstancias comunitarias y sociales que rodean al bebé y a sus cuidadores.

Prosódico

Alude a un aspecto fonético-acústico de la comunicación, más precisamente a la acentuación, duración, intensidad, entonación y melodía de las frases enunciadas.

Protoconversación

Se trata de los intercambios repetidos del adulto que sincroniza sus gestos y vocalizaciones con las conductas innatas del bebé. De esta manera les da un sentido y los introduce en la lengua materna y en la cultura.

Regulación afectiva

Tiene lugar en el contexto de una relación con otro ser humano. El contacto físico y emocional, acunar, hablar, abrazar, tranquilizar, permite al niño establecer la calma en situaciones de necesidad e ir aprendiendo a regular por sí mismo sus emociones.

Resiliencia

Es la capacidad de resolver activamente problemas que amenazan a la persona en distintos niveles, la habilidad de rechazar, rebotar y resistir eventos traumáticos y agresiones del ambiente y sobrellevar vulnerabilidades internas: enfermedades crónicas, sensibilidad inusual. También consiste en la capacidad de avanzar en el desarrollo a pesar de estresores. Los niños se vuelven resilientes cuando incorporan e internalizan sus experiencias tempranas de estabilidad ambiental y la relación gratificante con sus cuidadores. El sujeto construye una salida vital para superar el trauma produciendo una modificación del yo. Es la capacidad de afrontar la adversidad y salir fortalecido.

Signos de alarma

Los signos de alarma son alteraciones de lo esperable en el desarrollo, que se ponen de manifiesto en la observación de los bebés. Son indicadores observables de sufrimiento subjetivo y vincular. Muestran dificultades que se presentan regularmente, que persisten con intensidad fuerte o me-

diana y que desbordan las capacidades de tolerancia y contención de los cuidadores primarios. Son orientadores de sentido e indican en algunos casos la posibilidad de desarrollar a futuro una dificultad severa.

Sincronía

Concepto usado a lo largo de múltiples campos para denotar la relación temporal entre eventos. Puede ser aplicada al estudio de las interacciones padres-hijo; sugiere un modelo de intersubjetividad. En el concepto de sincronía se incluyen la concurrencia, la secuencia y la organización de las interacciones.

Sostén emocional

Es la respuesta adecuada al sentimiento universal de desamparo con la que todo bebé llega al mundo. Este sostén permite que se construya entre el bebé y las personas encargadas de su crianza un vínculo lo suficientemente fuerte como para que se den las condiciones propicias para la satisfacción de todas sus necesidades.

Subjetividad

Es el conjunto de características particulares que hacen del ser humano un sujeto único e irrepetible, una persona autónoma con pensamientos, deseos, intereses y voluntad propios.

Trastornos psicosomáticos

Se refiere, en la mayoría de los casos, a los trastornos que se consideran originados por factores psicológicos. Sin embargo, no existen trastornos físicos que estén originados exclusivamente por factores psicológicos sino más bien una asociación de factores psicológicos y somáticos en interrelación mutua. En la clasificación multiaxial que ofrece el DSM IV (cuarta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders de la American Psychiatric Association*) se consideran como factores que afectan el estado físico, es decir, que tienen expresión somática.

Yo

Dentro de la teoría psicoanalítica, es la instancia del aparato psíquico que intermedia entre el mundo interno (pulsional) y el mundo externo (realidad). El yo tiene tres tipos de funciones: 1) Básicas: memoria, percepción, atención, pensamiento, anticipación, exploración, ejecución y coordinación de la acción. 2) Defensivas: son los medios que utiliza el yo para resolver o reprimir los impulsos del ello que pueden entrar en conflicto con la realidad. La represión actúa no solo sobre afectos e impulsos sino también sobre los recuerdos, percepciones o pensamientos que representen dichos impulsos. Del mismo modo, estos medios defensivos se utilizan para evitar situaciones dolorosas que provienen del medio hacia la persona. 3) Integradoras, sintéticas u organizadoras: permiten mantener una cohesión, una organización de las dos categorías anteriores. “La fuerza de estas funciones integradoras se pone a prueba particularmente cuando frente a cambios en la situación debe el sujeto reorganizar sus relaciones con el mundo, a través de una movilización selectiva de nuevas funciones de adaptación.” Este aspecto del yo es el que nos provee la vivencia de integración, del sí mismo, de poseer una esencia constante a través de los cambios de la vida y aun cuando en distintos ámbitos nos comportemos de manera diferente.

bibliografía

Alizade, M. (2010): *La liberación de la parentalidad en el siglo XXI*, publicado en www.imagoagenda.com/articulo.asp?idarticulo=1323.

Baubet, T., O. Taieb, J. Pradère y M. R. Moro (2004): "Traumatismos psíquicos en la primera infancia. Semiología, diagnóstico y tratamiento", en *Enciclopedia Médico Quirúrgica*. París: EM Eds.

Bowlby, J. (1989): *Una base segura. Aplicaciones clínicas de una teoría de apego*. Buenos Aires: Paidós.

Calmels, D. (2005): *Juegos de crianza, el juego corporal en los primeros años de vida*. Buenos Aires: Biblos.

Clasificación Francesa de los Trastornos Mentales del niño y del adolescente (CFTMEA-R-2000). Buenos Aires: Polemos.

Cramer B. y F. Palacio-Espasa (1993): *La pratique des psychothérapies mères-bébés*. París: PUF, Le Fil Rouge.

Cramer, B. (1999): *Que Deviendront nos bébés?* París: Ed. Odile Jacob.

Crespin, G. (2002): "La clínica temprana, I y II" (trabajos no publicados, comunicación personal). París.

Crespin, G. (2004): *Cuadernos de Préaut: Aspects Cliniques et pratiques de la prévention de l'autisme*. París: L'Harmattan/Penta.

Cyrułnyk, B. (2006): *Una infancia infeliz no determina la vida: la resiliencia*. Barcelona: Gedisa.

Dabas, E. y D. Najmanovich (comps.) (1995): *Redes. El lenguaje de los vínculos*. Buenos Aires: Paidós.

Fivaz-Depeursinge, E. y E. Corboz-Warnery (1999): *The Primary Triangle: A Developmental Systems View of Mothers, Fathers, and Infants*. Nueva York: Basic Books.

Fonagy, P., G. Gergely, E. Jurist y M. Target (2001): *Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self*. Nueva York: Other Press.

Freud, A. (1965): *Normalidad y patología en la niñez*. Buenos Aires: Paidós.

Fried Schnitman, D. (comp.) (1995): *Nuevos paradigmas. Cultura y subjetividad*. Buenos Aires: Paidós.

Golse, B. (1990): *Insister-Exister. De l'être à la personne*. París: PUF, Le Fil Rouge.

Golse, B. (1999): *La vie de l'enfant: 7 pièces faciles*. París: ESF Éditions.

Gorodisch, R. (2003): "Bordando condiciones de más dignidad. Entrevista a Salvador Celia", en *Vertex. Revista Argentina de Psiquiatría*. Buenos Aires: Polemos.

Greenspan, S. (2003): *The clinical interview of the child*. Washington DC: American Psychiatric Publishing.

Klaus, M. y J. Kennell (1978): *La relación madre-hijo*. Buenos Aires: Ed. Panamericana.

Laznik-Penot, M. C. (1995): *Vers la Parole. Trois enfants autistes en psychanalyse*. París: Denoel.

Lebovici, S. (1983): *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste. Les interactions précoces*. París: Paidós, Le Centurion.

Lebovici, S., P. Mazet y J. Visier (1989): *L'évaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires*. París: Eshel. Genève: Médecine et Hygiène.

Mannoni, M. (1987): *El niño, su "enfermedad" y los otros*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Mazet, P. y S. Stoleru (2003): *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. Développement et interactions précoces*. París: Masson.

National Center for Clinical Infant Programs (1998): *Clasificación diagnóstica (0-3 años) de la salud mental y los desórdenes en el desarrollo de la infancia y la niñez temprana*. Buenos Aires: Paidós.

Perry, B. D. (1995): "Childhood trauma, the neurobiology of adaptation and use dependent development of the brain", en *Infant Mental Health Journal*. EE. UU: World Association for Infant Mental Health.

Ruiz, Ana Lía (2004): *El bebé prematuro y sus padres*. España: Miño y Dávila.

Sameroff, A. y R. Emde (eds.) (1989): *Relationship disturbances in early childhood, A developmental approach*. Nueva York: Basic Books.

Schejtman, C. (comp.) (2008): *Primera infancia, psicoanálisis e investigación*. Buenos Aires: Ed. Akadia.

Stern, D. (1985): *El mundo interpersonal del infante*. Buenos Aires: Paidós.

Stern, D. (1995): *La Constelación Materna*. Barcelona: Paidós.

Tronick, E. Z. y J. F. Cohn (1989): "Infant- mother face-to-face interaction: age and gender differences in coordination and the occurrence of miscoordination", en *Child development*. EE.UU.

Tronick, E. Z. y M. K. Weinberg (1997): "Depressed mothers and infants: Failure to form dyadic states of consciousness", en L. Murray y P. Cooper (eds.): *Postpartum Depression and Child Development*. Nueva York: The Guilford Press.

Winnicott, D. W. (1958): *Escritos de pediatría y psicoanálisis*. Barcelona: Paidós.

Zeedyk, M.S. (1998): "Parent-infant interaction: Interpreting meaning in infants' actions", en C. A. Niven y A. Walker (eds.): *Current issues in infancy and parenthood*. Oxford: Butterworth Heynemann.

Páginas web consultadas

www.argentina.gov.ar/argentina/portal/paginas.dhtml?pagina=113
www.buenastareas.com/ensayos/Las-Casas-Nido-Implicaron-Un-Trabajo-Muy/2139712.html
www.kinesiologia.ucm.cl/geriatria/components/com_descargas/Archivos/Intersectorialidad.pdf
www.me.gov.ar/monitor/nro0/pdf/monitor22.pdf
www.semanadobebecanela.com.br
www.atenciontemprana.com/EI/DocumentsAT/ODAT%20Instrucciones.pdf
www.fundacionalas.org
www.captel.com.ar
www.oas.org/udse/dit2
www.oei.es/directorio_proyectosdeDIT
www.vigilanciaypromocion.es.tl/Cartillas-de-Promoci%F3n.htm
www.educacioninicial.com

Desarrollo emocional.
Clave para la primera infancia.

Abril. 2012



Desarrollo emocional.
Clave para la primera infancia.

03