

SER PADRES

Interacciones precoces padres-hijos

Reflexiones a propósito de la prevención y detección precoz de los trastornos del desarrollo en el bebé

La prehistoria de la maternidad y paternidad se inscribe en el curso de los diferentes estadios o fases de desarrollo infantil de la futura madre y del futuro padre. Condiciona el desarrollo del deseo de tener un hijo, de ser padres y también, el desarrollo del embarazo y del parto así como de las primeras relaciones madre-hijo y padre-hijo.

Para ser padres, padres responsables, no basta con tener hijos. Ser padres, es un proceso evolutivo dinámico, alimentado por el deseo y necesidad de desarrollar la función parental, fundamental para la supervivencia y desarrollo del hijo. Dicha función parental, tanto materna como paterna, es un proceso de aprendizaje continuo en el que el camino se hace al andar y que, como la vida misma, solo se termina con la muerte.

Los padres “hacen” al hijo con lo que tienen: las identificaciones primarias y secundarias, conscientes e inconscientes hacia lo maternal y femenino así como hacia lo paternal y masculino presentes en el mundo interno de ambos padres. Las circunstancias internas y externas son siempre diferentes con cada hijo. Esto hace que con cada hijo seamos padres diferentes. A su vez, cada hijo es diferente para los padres, no solamente por lo que puede despertar en ellos como personas, como pareja y como padres, sino también por su “capital” bio-psico-social constitucional, el potencial de sus competencias y su vulnerabilidad. “Capital” del bebé que modula la forma de investirlo de los padres y también la relación con ellos. En cierta medida el hijo también “hace” a los padres.

Podemos ver las interacciones precoces padres-bebé como un proceso relacional y comunicacional recíproco y asimétrico que mediante su sincronización y regulación progresivas, crea y desarrolla un área de mutualidad psíquica compartida que puede desembocar en una espiral interactiva de alto potencial evolutivo o en una serie de círculos cerrados generadores de trastornos precoces en la relación padres-hijo y también en el niño. Con el grave riesgo de cronificarse y de constituir núcleos defensivos y patológicos en el niño mayor y en el adulto.

Ser padres forma parte de la identidad del sujeto y de su personalidad. En el proceso de filiación que supone el hecho de ser padres, los hijos también se inscriben en un proceso interactivo similar que les lleva a ser hijos más allá del hecho de tener padres.

Ser padres supone asumir la reactivación de una doble identificación, presente en el mundo interno de todos los padres. Por un lado, reactivación de la identificación latente a la imagen interna del niño que hemos sido, del hijo que somos internamente y del que hubiésemos querido ser. Por otro lado, reactivación de la identificación latente a la imagen interna de nuestros propios padres, los que hemos tenido, los que tenemos internamente y los que nos hubiese gustado tener.

La reactivación de estas identificaciones se efectúa también con respecto a la imagen de la función parental interiorizada (tríada) y de la imagen de la función materna y paterna, también interiorizadas (díada).
Tríada: relación a tres. Díada: relación a dos.

Ser padres es también asumir que nuestro hijo va a desarrollarse como fruto de una serie de proyecciones psíquicas parentales (expectativas, deseos, miedos y fantasías conscientes e inconscientes) que el bebé despierta en ellos por su aspecto y las características iniciales propias de la interacción precoz que se establece con ellos. Proyecciones con las que el bebé se va identificando, interiorizándolas y constituyendo así el núcleo de su identidad primitiva. Proyecciones empáticas y anticipación creadora que posibilita el desarrollo sano del bebé. Pero también proyecciones conflictivas y más o menos patológicas que bloquean y limitan su potencial de desarrollo.

Podemos distinguir cuatro etapas en la génesis de la maternidad:

- 1. Constitución de lo maternal durante las primeras relaciones de la futura madre y del futuro padre con su propia madre.
- 2. La etapa de separación en la que el niño-a aprende a hacerse progresivamente autónomo.
- 3. La etapa de auto-atribución de la función materna y paterna en la que la niña y el niño reproducen con sus juguetes y sus juegos, solos o con sus camaradas, las actitudes de su propia madre y de su padre.
- 4. En el transcurso de su desarrollo, la presencia del padre confirma a la hija la capacidad de ser madre y al hijo en la capacidad de ser padre.

Como vemos, la constitución de lo parental, de lo materno y de lo paterno, es fruto de las identificaciones conscientes e inconscientes de los hijos hacia sus padres. Esas identificaciones, así como las experiencias de amor-odio y también de deseo que se viven y aprenden en el seno de la familia de origen, serían, pues, los elementos fundadores de la futura familia de los hijos.

Incluso si el deseo de ser madre o ser padre se presenta como un proceso consciente y programado, está siempre infiltrado de significados y deseos inconscientes.

El deseo de tener un hijo, nacido de exigencias personales inconscientes y de exigencias sociales a la vez conscientes y relacionales, es ambivalente. Forma parte de la realización de la familia y de la micro-estructura emocional que la constituye. Puede también enmascarar otros deseos; por ejemplo, el de comprobar su fecundidad y para ello quedarse embarazada o provocar un embarazo "no deseado". Puede ser también la expresión del deseo de encontrarse con su propia infancia. El deseo de tener un hijo está ligado a la pulsión de vida, al deseo de inmortalidad y a la transmisión transgeneracional.

En la prevención del embarazo no deseado en la adolescencia sería muy importante tener en cuenta todo esto y evitar caer en la trampa de confundir la información con la formación.

El hijo del deseo es un hijo maravilloso, un niño ideal; pero el hijo de la realidad parece siempre diferente con respecto al que hemos fantaseado consciente o inconscientemente.

Cuando no hay verdaderamente el deseo de tener un hijo, sino solamente el deseo de quedarse embarazada, este deseo se corresponde más bien a una fantasía

de necesidad de plenitud y de verificación del buen funcionamiento del aparato reproductor.

Sería, pues, un deseo de tipo narcisista en el que se buscaría acabar de sentirse mujer o sentirse completa como mujer. Teniendo un hijo, la mujer se encuentra y “toca” a su propia madre, llega a serlo y la prolonga.

En el análisis consciente y sobre todo inconsciente del deseo de quedarse embarazada, de tener un hijo y del origen de la maternidad, se pueden encontrar factores de riesgo y en cierta forma, indicadores predictivos sobre el desarrollo del embarazo, del parto y de las primeras relaciones madre-hijo o padres-hijos.

El embarazo provoca en el plano emocional cambios radicales en la futura madre y en el futuro padre que se corresponderían con una crisis de identidad. Abstracciones como fertilidad, realización de sí mismo y duelo, se hacen nociones más “encarnadas”, más inmediatas y personales.

A pesar del acompañamiento familiar (sobre todo del marido) y de la preparación al parto que se realiza durante el embarazo, la madre suele vivir toda una serie de amenazas sobre su propio cuerpo (deformaciones, sobrepeso, senos deformados, estrías) que la llevan a sentir un profundo miedo de sentirse pesada, estropeada y desvalorizada ante sus propios ojos y los de los demás. Estos miedos se atenúan y compensan por la vivencia de completud narcisista que experimenta la madre y por los cuidados especiales que necesita la regresión transitoria y parcial que la madre suele vivir a través de la identificación que hace con el fruto de su vientre, es decir, con su futuro hijo. El acceso a nuevas funciones y “roles” tanto familiares como sociales valorizan y compensan de todos estos temores a la futura madre y al futuro padre.

La crisis de identidad durante el embarazo, desencadena modificaciones de la personalidad y del carácter, ya que todo el mundo interno de la mujer embarazada cambia. La madre tiene una sensación de vulnerabilidad importante, dejando de tener una idea precisa de los límites de su cuerpo y de su apariencia para los demás, es decir, de su imagen.

El embarazo sería para la madre como una serie de tareas sucesivas de incorporación, diferenciación y separación del feto. Aceptarlo primero en su propio cuerpo, luego darse cuenta de que no forma parte de ella misma y posteriormente separarse de él. A este proceso le correspondería la ambivalencia del primer trimestre, la presencia del otro en su cuerpo muy vivida en el segundo trimestre y el duelo y la separación que serían por anticipación vivencias esenciales del tercer trimestre de la mujer embarazada. Hacia el final del embarazo, aparecen muy frecuentemente miedos a que el hijo no sea normal y a no soportar el dolor del parto. Tras estos miedos subyacen las dificultades de separación de los dos cuerpos y la necesidad intensa de sentirse protegida y segura además de sentirse cuidada por la familia, el marido y el sistema socio-sanitario.

La situación de crisis, por lo que conlleva de sufrimiento, de vulnerabilidad (brecha en el sistema defensivo), de desequilibrio y de necesidad de adaptación a un proceso de cambio, es un momento evolutivo de transición y de riesgo que puede ser fecundo y madurativo, pero también generador de patología (enfermedad). La persona en crisis y en este caso los padres y sobre todo la madre, suelen estar muy receptivos ante la necesidad de cuidados, de ayuda y de cambio.

En este sentido, el apoyo y ayuda de las respectivas familias de origen y en el caso de la futura madre, de su propia madre, es muy importante. El apoyo y ayuda del marido o pareja, todavía lo es más. Con él se establece más claramente la diferenciación entre las familias de origen y la propia. La implicación del marido, proporciona elementos nuevos de cuidados y maternaje que eviten o contengan la repetición de conflictos primitivos entre la futura madre y su propia madre, por ejemplo.

Los futuros padres, como hemos ido viendo a lo largo de esta exposición, se hacen padres con el patrimonio y capital de recursos y competencias que han adquirido en su propia familia y en su relación con los otros a lo largo de su vida. También llevan consigo, en relación con su propia biografía, un mayor o menor grado de vulnerabilidad ante los elementos estresantes (situaciones existenciales de cambio) y un mayor o menor nivel de riesgo en función de las separaciones, pérdidas y duelos que les haya tocado vivir y sobre todo por la forma en que los han vivido o no.

Llamamos **duelo** al proceso de sufrimiento, de trabajo psíquico que realiza el ser humano para adaptarse e integrar el cambio que supone una pérdida psicológicamente valiosa e importante para él. Puede tener las mismas características que una reacción depresiva o estado depresivo tras una separación o pérdida pero sin la hemorragia de autoestima y deterioro de la propia imagen que se dan en las depresiones. Depresiones que por definición son trastornos afectivos que afectan al estado de ánimo y al funcionamiento psíquico del sujeto que las padece.

Como vemos, la forma en que los padres se sienten, se ven y se aprecian a sí mismos, como personas, como futuros padres y como pareja, es otro elemento determinante a la hora de valorar los riesgos de una eventual depresión post-parto.

El duelo (proceso normal) como reacción a la separación y pérdida que supone el parto, o la pérdida de un ser querido, así como la depresión y otras reacciones patológicas tras el parto, tanto en la madre como en el padre, representan una situación difícil y / o de riesgo no solo para la madre, sino también para la relación temprana madre-hijo y para el propio hijo, como veremos más adelante.

En las sociedades primitivas, los rituales de “paso” o de transición, en situaciones de cambio y de crisis, ayudaban socialmente a la persona que los vivía y a su familia, evitando sufrimiento y enfermedades. Hoy día, en nuestra civilización y cultura, apenas contamos con rituales que, por su alto valor simbólico, nos ayuden a superar las pruebas y desafíos que nos supone tanto nuestra propia evolución como la vida misma.

Uno de ellos sería, desde mi punto de vista, el de obtener, mediante examen, el carné de conducir, con lo que ello representa de “prueba” de paso de la adolescencia a la edad adulta.

Referente al tema que nos ocupa, en sociedades primitivas y también antiguamente aquí en Ibiza, se practicaban rituales que hoy día se conocen con el nombre de “Covada”. Estaban destinados a integrar al padre activamente en el proceso de parentalización, desde el embarazo de su pareja, haciéndole someterse, por ejemplo, a ciertos tabúes como el de no comer carne o el de la caza (no ir de caza).

Con ello se conseguía un refuerzo de la identificación a lo maternal, en cuanto a los cuidados que requiere el embarazo y la madre, conteniendo a su vez los sentimientos de hostilidad hacia la pareja y futuro hijo que pueden acompañar vivencias de celos, envidia o rivalidad por parte del padre hacia su hijo.

Tras el parto, se hacía participar activamente al padre en el proceso de “dar vida” a su hijo, por ejemplo, soplando de forma ritual y simbólica sobre los órganos de los sentidos del recién nacido, o también el ritual por parte del padre, de meterse en la cama durante unas horas para recibir las felicitaciones de familiares y amigos. Este último aspecto es válido también para la madre que muchas veces pasa a segundo plano cuando familiares y amigos acuden a ver al hijo recién nacido.

¿Por qué les cuento todo esto? Hoy día, lo que se considera que es la preparación al parto, tanto de las primíparas (1ª vez) como de las múltiparas (más de un parto), podría ser interpretado y practicado tanto en su vertiente informativa como de apoyo psicológico e integración de roles y funciones parentales, como uno de esos rituales de paso, actualizados y adecuados a nuestra cultura y civilización. Como veremos más adelante, la participación activa de los padres en el proceso de preparación al parto que normalmente realizan las enfermeras especializadas, llamadas comadronas, es un recurso preventivo de primer orden en cuanto a la aparición de patología tanto en la madre como en el padre e hijo.

En el padre, que también tiene que vivir su propio proceso de duelo, pueden aparecer reacciones depresivas más o menos durables y a veces camufladas por mecanismos de defensa como la actuación y conductas de evitación. Por ejemplo, padres que en el mejor de los casos se vuelcan en el trabajo, en lugar de estar más presentes en casa, que es lo que verdaderamente necesitan la madre y el hijo.

Tras la salida del hospital, el regreso al hogar es un momento crítico para la madre y el bebé, si no cuentan con el apoyo y ayuda adecuados por parte de la familia y sobre todo del padre.

El padre, si a su vez no tiene el apoyo y ayuda necesarios y adecuados, si se encuentra en situación de crisis, de vulnerabilidad y de riesgo, puede desarrollar trastornos psicósomáticos y psíquicos que pueden ir desde un parto simbólico, como sería la expulsión de cálculos renales, hasta desarrollar una patología adictiva o delirante en los casos más graves.

Tanto en el padre como en la madre, el riesgo de enfermar o descompensarse psíquicamente es mayor tras el parto y en los primeros meses de interacción padres-hijos, que durante el embarazo.

La madre puede también presentar trastornos psico-afectivos que van desde el duelo post-parto, también llamado “blues” o depresión normal, que sigue al alumbramiento, hasta una depresión psicótica, con síntomas confusionales, alucinaciones corporales y exaltación defensiva y maníaca de su estado de ánimo, pasando por la depresión post-parto de la que vamos a hablar más en detalle ahora.

Desde el punto de vista epidemiológico, la depresión post-parto es muy frecuente, ya que abarca desde un 10% a un 15% del conjunto de madres.

La sintomatología es la de una depresión típica. Tristeza, apatía, desinterés, auto-reproches, auto-desvalorización, etc. Aparece frecuentemente alrededor del tercer mes después del nacimiento y puede durar hasta un año e incluso más. Frecuentemente se trata de una depresión enmascarada por sintomatología fóbica (miedos) o desconexión emocional como mecanismo de defensa frente a un sentimiento intenso y con repercusiones sobre su entorno, es decir, sobre la relación madre-hijo. Como vemos, es un problema de salud pública, tanto por su frecuencia como por sus efectos sobre el desarrollo de los niños. Una buena parte de esos

efectos se atenúa considerablemente si el padre no deprimido juega un papel activo de apoyo a la madre y ejerciendo la función materna sustitutiva

Otras veces, la depresión aparece encubierta bajo la forma de un juicio moral que se hacen las propias madres, considerándose "malas madres". En estos casos es frecuente que no pidan ayuda, que más bien se escondan y oculten su sufrimiento. La depresión de estas madres no suele ser tratada y cuando se detecta su problema, suelen ser poco colaboradoras con el terapeuta.

Para ver si estas depresiones post-parto podían ser detectadas y tratadas preventivamente antes, se ha realizado una investigación llevada a cabo por el Servicio Médico-Pedagógico de Ginebra, en Suiza. Publicada recientemente en un libro titulado "Las relaciones precoces entre padres e hijos y sus trastornos", escrito por Juan Manzano y otros autores y editado por NECODISNE (2002) c/ Magallanes 14, 28015. Madrid.

La investigación, realizada sobre un grupo de 570 mujeres elegidas al azar, se efectúa en tres momentos evolutivos:

En el último trimestre del embarazo.

Tres meses después del nacimiento, en la casa, (con observación de la relación madre-hijo).

A los 18 meses después del nacimiento, también en la casa (madres deprimidas y grupo control) con observación de la relación madre-hijo y del estado de desarrollo del niño.

De estas 570 mujeres objeto de la investigación, un 10,2 % presentan depresión post-parto al tercer mes del alumbramiento.

De estas mujeres deprimidas, las 2/3 partes, es decir el 65,5 % de ellas, presentaban una depresión pre-parto que podría ser tratada con psicoterapia breve y buenos resultados.

La tercera parte (un 34,5 %) no presentaban depresión pre-parto. Estas mujeres con embarazo normal y depresión post-parto han vivido mal el parto, han sufrido problemas con el niño después del nacimiento y han sufrido también la separación madre-bebé.

Estas tres variables nos permiten detectar a las madres que no están deprimidas antes, pero lo estarán después del parto. Por otro lado, un 20 % de madres que presentan depresión pre-parto, es decir durante el embarazo, no la tienen más después del parto.

Podemos deducir que el parto y el nacimiento tienen significaciones psicológicamente diferentes para una y otras, en unos casos curándolas y en otros agravándolas en su estado psíquico.

En cuanto a los trastornos precoces de la relación madre-hijo y del desarrollo del niño, la investigación pone de relieve:

Alteraciones precoces y durables en la afectividad y estado de ánimo depresivo del niño.

Trastornos de ansiedad y miedos ligados a la separación madre-hijo, así como posterior problemática de desapego (actitud defensiva) del hijo hacia su madre.

También aparece retraso en la adquisición del concepto de permanencia del objeto, es decir, conseguir desarrollar la representación interna del objeto (objetos, madre u otros) en ausencia de éste. Esto supone un aumento de probabilidades de que el niño presente dificultades en la adquisición y desarrollo del lenguaje así como de su aprendizaje en lo que dicho aprendizaje tiene de simbólico.

Por nuestra parte hemos observado en estos casos un incremento del riesgo de desarrollar relaciones dependientes y adictivas y un aumento importante del riesgo de desarrollo de defensas autistas en el niño-a (vínculo de apego inseguro, con actitudes y conductas de evitación en la interacción).

Relato de dos madres:

-1º Relato de una madre que describe lo que ha vivido durante su depresión post-parto, con palabras que traducen de forma conmovedora su sufrimiento y la repercusión que su estado anímico depresivo tenía sobre su entorno:

“Sentía una angustia interior. Estaba sin aliento, muy ralentizada, como en vacío. Tenía miedo de todo, todo me agredía en la calle, los coches, las personas; me sentía siempre en otro lado; estaba ahí físicamente pero no era yo, ya fuera en una reunión familiar o con personas discutiendo entre ellas a la salida del colegio... siempre tenía un malestar.

No decía nada, no oía nada y luego, cuando me reencontraba conmigo misma, me desesperaba; luego comprendía que había niños y que había que criarlos; no podía quedarme así porque no iba a poder criarlos, ocuparme de ellos estando así y es lo que me daba miedo.

Mis relaciones con mis hijos... conseguía jugar en algún momento con ellos, participar en sus juegos, reírme con ellos, pero en esa época no eran mis hijos, eran hijos de los que me ocupaba. Un día justamente, alguien me ha dicho “sus hijos”... he respondido- pero si no son mis hijos, son los hijos de los que me ocupo, no puedo decir mis hijos, no sabía, no podía decir “mis hijos”.

-2º Relato de una madre que consultó porque su hijo presentaba trastornos muy graves de separación:

“No quiere nunca dormirse solo; llora, llora, entonces con mi marido, nos arreglamos, nos acostumbramos... ya tiene tres años y estoy inquieta, mi marido también. Se duerme en su cama y luego viene a la nuestra. .Dice que tiene miedo pero no sé de qué. Dice que tiene miedo de que mamá se marche. Cuando me voy el fin de semana, por ejemplo, le pregunta por mi y le dice todo el tiempo a mi marido “mamá, ve a buscar a mamá”.

Una vez, estaba en el hospital y mi marido se quedó solo con él una semana en casa; lloraba todo el tiempo y dejó de comer. Lloraba y llamaba todo el tiempo a su mamá.

Cuando juega con otros niños, mira siempre alrededor de él, le da miedo algo, no juega tranquilo como los otros niños. Siempre ha dormido mal, desde que nació.

El embarazo de mi hijo fue muy difícil, estaba muy inquieta, tenía miedo de todo, dormía muy mal por la noche y durante el día estaba muy, muy cansada; he pasado nueve meses muy difíciles. Tenía mucho, mucho miedo pero no sé porqué. Cuando me quedé embarazada de mi hijo pensé muchas cosas, sufría mucho, lloraba todo el tiempo, tomé medicamentos para dormir. Rehusaba hablar con la gente, me sentía bien solamente cuando estaba totalmente sola, mi marido en el trabajo. Cuando me quedé embarazada de mi hijo...tuve ganas de volver a mi casa en Portugal. Tenía ganas de volver a ver a mi familia, a mi madre; sentí que necesitaba a mi madre y he pensado que tenía necesidad de alguien de mi familia; hoy es lo mismo. Mi madre está en Portugal, y mi marido, trabaja todo el día, solo vuelve a casa por la noche, y por eso he sufrido mucho cuando estaba embarazada. Me sentía muy sola. En Portugal me siento bien, eso cambia mi carácter. Cuando llego aquí, es como si un peso dominara mi cabeza...así es la vida.

Mi padre murió hace cinco años; durante el embarazo, pensaba en ello todo el tiempo; sigo pensando mucho en esto; por la noche pienso en muchas cosas, es terrible. Estoy sola, soy una madre que hace todo por sus hijos. Jamás les pego, les hago todo. Pero antes me era difícil separarme de mi hijo, no lo conseguía. Cuando fue hospitalizado, fue terrible, pasé cinco días sin comer, lloraba todo el tiempo. Espero que ahora alguien me ayude, lo necesito.”

Para terminar, señalar una vez más la importancia de los cuidados del sistema terapéutico dirigidos a los padres y en especial a la persona que ejerce la función de madre, incluidas las visitas domiciliarias de apoyo y seguimiento de la evolución de la interacción entorno cuidador-bebé durante los primeros meses de vida del bebé. Visitas efectuadas por comadronas que también les han ayudado en la preparación al parto. Seguimiento evolutivo y cuidados del cuidador familiar en su entorno habitual, de extraordinaria importancia para detectar precozmente y corregir, situaciones de riesgo de carácter repetitivo y acumulativo que pueden derivar como hemos visto en desviaciones psicopatológicas de graves consecuencias para nuestros niños, su futuro y el de sus familias así como para la salud pública.

Quiero poner de relieve lo fundamental que es para la detección y tratamiento precoz de los trastornos mencionados, la colaboración interdisciplinaria y multiprofesional entre obstetras, comadronas, pediatras, psiquiatras y psicólogos infante-juveniles, para evitar que, como hemos ido viendo a lo largo de esta exposición, fallen los cimientos de los padres del mañana.

Esta tarea implica también el desarrollo de una política de apoyo socio-sanitario, dirigida a la familia y en especial a los cuidadores familiares para que puedan desarrollar una vinculación de apego seguro y sano con sus hijos, política no suficientemente desarrollada ni a mi juicio adecuadamente enfocada en nuestro país. Carencia e insuficiencia de la que no solamente son responsables los políticos a nivel estatal, autonómico y municipal, sino también todos nosotros por aceptarlo y consentirlo durante tantos años.

Dr. Juan Larbán Vera
Psiquiatra y Psicoterapeuta
juan.larban@gmail.com

Texto revisado en Febrero de 2007