

PREVENCIÓN EN LA INFANCIA DE LOS TRASTORNOS MENTALES SEVEROS, DE LOS TRASTORNOS GENERALIZADOS DEL DESARROLLO, Y DE LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO AUTISTA.

“Vínculo afectivo y prematuridad: Prevención de Trastornos de personalidad”.

Dra. Remei Tarragó Riverola

En el marco del título de la mesa, os hablaré de lo que representa el vínculo afectivo en la prematuridad, del riesgo que supone la ruptura del vínculo y de cómo ayudar a favorecerlo como elemento esencial en la prevención de trastornos del desarrollo por dificultades en la relación.

La prematuridad es una de las circunstancias neonatales con mayor incremento en los últimos años. Sabemos que actualmente entre un 10 y un 12% de los nacimientos se requiere la atención en una unidad de cuidados intensivos neonatales (UCIN). La mayoría son bebés de menos de 37 semanas de gestación o de un peso inferior a 2000 grs.

En Cataluña, dónde sabemos que existe uno de los índices de natalidad más bajo de Europa, nos encontramos ante un incremento muy importante de prematuridad así como de nacimientos de bebés con bajo peso para la edad gestacional. Sabemos que las principales causas de este incremento son:

- los tratamientos de reproducción asistida,
- el incremento de partos múltiples, que lógicamente tiene que ver con el punto anterior,

- y la edad de las madres, cuya media en nuestra experiencia es de 34 años en el momento del parto, lo que indica que el número de madres de más de 35 años es del 31,6%.

La inmadurez fisiológica de estos bebés hace necesaria, en la mayoría de los casos, una larga hospitalización y por tanto una intervención de alta tecnología médica que hará sentir a sus madres especialmente incapaces, especialmente culpables.

También es importante señalar que un gran número de niños que han sido hospitalizados desde el nacimiento y, algunos durante mucho tiempo, evolucionan psicológicamente sin problemas. No podemos asociar las dificultades y el dolor sufrido por un niño a un desarrollo patológico. El peligro de tal suposición es etiquetar al prematuro y a su entorno de población de riesgo. Sabemos que la mayoría de los niños prematuros no tendrán problemas, principalmente si se realiza un trabajo desde la Unidad de Neonatología que contemple la globalidad del niño y la atención muy próxima a la familia.

La sensibilidad y el esfuerzo de las personas que trabajan en la unidad hacen posibles respuestas y actitudes muy a favor del crecimiento tanto por parte de los niños como de los padres en un medio tan inhóspito como es una UCIN. Este es un aspecto fundamental a tener en cuenta, a cuidar y potenciar. La influencia y la higiene mental del personal y del equipo, pueden ser determinantes en la evolución de la “prematuro” Unidad Originaria.

En las etapas iniciales la falta de integración del bebé hace que las partes del psiquismo no se encuentren bien diferenciadas de las partes del cuerpo, es así como podemos descubrir la importancia de la experiencia del bebé con su propia piel, la cual es vivida como receptáculo que le hará de límite periférico. La formación de esta piel será posible si puede interiorizar experiencias suficientemente gratificadoras y protectoras con los padres.

La visión Aristotélica del lactante como un ser desprovisto de cualquier conocimiento al que describía como “la pizarra virgen”, la tenemos que reemplazar en la actualidad por la visión de este niño capaz de entrar en relación, de reconocer su lengua materna, la voz de su madre o de su padre, el olor de la madre, el tono corporal, su estado anímico, un niño que nos muestra sus preferencias, su capacidad de atención...

Se han descrito, a lo largo de las últimas décadas del siglo XX desde la neurología y la psicología evolutiva, las competencias del bebé que nos muestran la existencia de una capacidad yoica descrita ya por Klein en el ámbito del psicoanálisis en las primeras décadas del siglo XX.

Cramer, desde un modelo biológico, relacionado con la teoría de la evolución, describe al niño con unas capacidades comunicativas a través de sus vocalizaciones expresión facial etc., favorecedoras de la vinculación con los objetos primarios y la posibilidad de reconocimiento afectivo. Para Cramer, la teoría biológica-evolucionista ha desarrollado evidencias que ilustran, en su conjunto, una preadaptación del niño a la interacción con un entorno humano, tales como la reciprocidad, la sincronía, la preferencia por una gestalt visual de la cara, la voz femenina y el olor materno, datos que ilustran la existencia de una predisposición biológica innata dirigida hacia la vinculación humana al servicio de la supervivencia.

Cuando hablamos de niños prematuros sabemos que los receptores sensoriales y las vías de conducción aparecen muy tempranamente (desde la 7ª semana de gestación), luego se activan, sucesivamente, los sistemas olfativo, gustativo, auditivo y visual. Durante el 6º mes de gestación, todos estos sistemas operan normalmente. El crecimiento de las neuronas llega a su

máximo desarrollo al final del embarazo. Las sinapsis entre ellas se multiplican en el momento del nacimiento.

También es conocido que la organización del cerebro humano está vinculada con la utilización que el bebé haga de sus experiencias en relación con los aportes del mundo exterior.

Su potencial genético humano, presente desde el nacimiento será “moldeado” por su experiencia de vida y por las respuestas que obtenga de quienes lo rodean a su llegada al mundo.

Durante la vida fetal Marie Claire Busnel demostró, a través de experiencias rigurosas, que el bebé es sensible a la palabra, a la voz y al afecto que el lenguaje vehiculiza.

Masakowski, en su tesis demostró que a los dos días de vida se constatan respuestas distintas si la madre les habla en tono triste, alegre o enfadado.

Desde el punto de vista psicoanalítico Bion teorizó la existencia de pre-concepciones innatas.

En la observación del recién nacido en contacto con el cuerpo de la madre vemos como se ponen en marcha esquemas de acción y reflejos posturales arcaicos, que pueden llevar al recién nacido a la implantación al pezón, hecho que desencadenará la actividad de succión.

La necesidad de contacto humano y más específicamente la necesidad que genera el hambre desencadenarán la actividad de succión. La pulsión no se dirige a cualquier objeto. Implica una preconcepción en el sentido de la preparación conductual, en forma de esquemas de acción sensorio-motriz, hacia un objeto específico que dará la respuesta funcional adecuada a la necesidad.

La madre y el niño constituyen un sistema de comunicación afectiva desde el momento mismo del nacimiento (Bowlby, Brazelton, Stern, Trevarthen, Tronick entre otros autores), nos dan constancia de ello en sus observaciones y estudios.

Las madres son muy buenas lectoras del estado emocional de sus hijos y muestran una buena capacidad de sintonizar su propio estado afectivo con el del recién nacido.

Los recientes descubrimientos sorprenden a la comunidad científica. Sin embargo, hace ya mucho tiempo, antes de las experiencias, observaciones y registros, se consideraba al bebé depositario de un saber inmenso y, a veces, inquietante. Algunas tribus africanas siguen considerando, hoy, al recién nacido como un ser venerable, poseedor del alma de un ancestro y, por ende, depositario de un saber infinito.

En nuestro mundo occidental, con la llegada de las civilizaciones científicas, el recién nacido fue relegado al nivel de un “contenido vacío”. Debía aprender todo. Se le consideraba sordo, ciego, incapaz de distinguir, de establecer índices correlativos, de sentir el dolor, del menor discernimiento. El empirismo inglés, atribuyó al recién nacido una imagen de especial incompetencia.

A finales de los años 70, los científicos se interesaron por el recién nacido. Realizaron numerosas experiencias dando al bebé una visión extraordinaria con un cerebro complejo.

También se han realizado estudios con prematuros demostrando sus capacidades para oír, ver, oler...Es interesante señalar que ninguna de estas experiencias ha mencionado, por ejemplo, que la posibilidad de acomodación

les permite ver nítidamente el rostro de sus madres cuando los amamantan o les dan la alimentación en brazos. La distancia que se establece entre su rostro y el de sus madres les permite mirar sin inconvenientes.

Algunos minutos después del nacimiento, los bebés dirigen su mirada hacia imágenes de rostros humanos. No se interesa en cambio por rostros deformados ni por dibujos de óvalos blancos. Este reconocimiento es innato al igual que el esquema corporal no sería el mero fruto de la experiencia.

El recién nacido no debe aprender qué es el rostro humano, sino que por el contrario, es como si ya lo supiera de antemano pues parece provisto desde el nacimiento de un esquema que corresponde al prototipo de sus congéneres. Ya he comentado sus preferencias respecto a la voz materna y al olor de la madre.

En cuanto al tacto, la sensibilidad táctil está presente ya en el período fetal. Todos los receptores cutáneos están ya presentes en las primeras semanas de vida fetal.

Catherine Mathelin, cuenta una anécdota de su experiencia en neonatología que me permitiré comentar.

Explica que una enfermera le decía a una madre africana “Háblele, reconoce su voz, está demostrado; conoce su olor, introduzca las manos en la incubadora, la reconocerá. Las experiencias son rotundas, está demostrado científicamente”.

Esta mamá escuchaba sin decir nada, sonreía dócil ante la enfermera. Algunos minutos después, la encontré en la antesala después de la visita que había hecho a su bebé. Se vestía para irse. Le dije bromeando: “¡Ahora está al tanto de los últimos avances científicos!”

Ella me sonrió y me dijo: “¡Yo me pregunto realmente porqué los científicos se hacen tanto problema para demostrar lo que nuestras abuelas siempre supieron!”

Tenía razón en afirmar que este saber sobre los bebés, que se transmite normalmente de madres a hijas, es un saber vinculado con la investidura libidinal de la madre hacia su hijo. No se requieren investigaciones experimentales para estas madres que piensan, de todos modos, que su hijo es maravilloso.

Freud, les da la razón cuando define el lugar que el bebé ocupa para sus progenitores: “El niño debe tener mejor suerte que sus padres, no debe ser sometido a esas necesidades objetivas cuyo imperio en la vida hubo de reconocerse. Enfermedad, muerte, renuncia al goce, restricción de la voluntad propia no han de tener vigencia para el niño, las leyes de la naturaleza y de la sociedad han de cesar ante él, y realmente debe ser de nuevo, el centro y el núcleo de la creación. El conmovedor amor parental, tan infantil en el fondo, no es otra cosa que el narcisismo revivido de los padres. (S.Freud, “introducción del narcisismo”, Tomo XIV en Obras completas,)

Este narcisismo se ve sometido a una dura prueba cuando los padres de un prematuro descubren en una incubadora ese cuerpo pequeño, atado a la vida por hilos de una máquina extraña. Las leyes de la naturaleza no se han detenido para él.

Los padres preguntan ¿sufre? El bebe que nace prematuro no es un ser insensible, o inmaduro al que su sistema sensorial no le permite sentir el mundo circundante. Ya no es posible pensar que el recién nacido no sufre. Incluso se piensa que sufre mucho. Se le supone hipersensible ya que la

inmadurez de su equipamiento neurobioquímico no le permitiría aún la puesta en marcha de sistemas inhibidores del dolor.

Los médicos deben adaptar sistemas analgésicos al peso y fragilidad de estos bebés prematuros. Era más fácil hace algunos años, cuando se hacían intervenciones sin anestesia en recién nacidos en la convicción de su total insensibilidad al dolor. Evidentemente, ése era el discurso de los médicos, no de las madres.

Hoy sabemos que el desarrollo fisiológico y neurosensorial tiene lugar en relación con el desarrollo psicológico del bebé.

Estos conocimientos han llevado a la creación de las unidades intensivas específicas y la formulación de infinidad de preguntas. ¿Cabe el riesgo de que el bebé sufra?, ¿estará sobre, o subestimulado?, ¿los padres deberían de permanecer dentro de la Unidad?, ¿es conveniente que los niños estén en colchones de agua, hacerles masaje, cambiarlos de posición, establecer protocolos de succión no nutritiva, para estudiar sus reacciones?.

La idea de reproducir en la incubadora, el medio intrauterino, es decir, hacer como si no hubiese nacido ¿es la más adecuada para la evolución y madurez del recién nacido, o, por el contrario, debemos enfrentarnos a la realidad que supone la prematuridad?

Es interesante subrayar que el fantasma de los científicos coincide con el de las madres: “hacer todo como si este bebé no hubiese nacido aún”. Es evidente que esta actitud corresponde a una negación defensiva frente al sufrimiento que supone la duda, la fragilidad y la impotencia.

El bebé ya no está en el vientre de su madre, y no es posible hacer como si nada hubiese sucedido. Está allí, evidentemente más vulnerable, hipersensible

a los estímulos dolorosos y sin posibilidad de poner en marcha un sistema de protección antiestímulo. El niño está suspendido entre la vida y la muerte pudiendo perder el equilibrio en cualquier momento. No podremos ayudarlo simulando “como si no hubiese nacido”.

En el momento del nacimiento nos encontramos con la mayoría de las madres con una fuerte culpabilidad, se creen malas, incapaces de dar a su hijo una vida saludable. El hijo, a veces, se les vuelve un perseguidor. Es un hijo que ha producido una gran herida narcisista, un hijo que hace sentir el fracaso.

Las madres pueden sentir que su hijo está vivo gracias a los profesionales que lo han ayudado mejor que ellas.

Nos encontramos ante un bebé que no ha podido adquirir un equipamiento de base, que según Julián de Ajuriaguerra es un equipamiento de carácter innato e inconsciente que prepara a los dos protagonistas del encuentro postnatal, la madre y el hijo, hacia un encuentro favorecedor del desarrollo emocional y cognitivo.

¿Que pasa cuando el impulso vital hacia la relación, la simbolización y la concienciación se rompe?

Sabemos que si se dan determinadas lesiones neurológicas, vulnerabilidad genética, un traumatismo físico o psicológico inicial, una madre deprimida o que rechaza a su bebé por la herida narcisista que le supone pueden suponer un fracaso importante de la capacidad de contención materna en las ansiedades más arcaicas, provocando en el bebé una psicopatología de carácter más o menos visible.

Cual es nuestra función en una unidad de neonatos. A lo largo del tiempo vamos descubriendo, desde distintas experiencias, la importancia de crear un

espacio donde la palabra y la escucha sean posibles, un espacio flexible, en función de quien sea el interlocutor y en las circunstancias en las que se encuentra.

A pesar de ser parte integrante del equipo, también debe de saberse distanciar para brindar a los padres o a los profesionales una escucha distanciada.

En otros momentos podemos realizar una entrevista conjunta (a menudo cuando hay que dar malas noticias), o estar junto a la incubadora cuando los monitores empiezan a sonar. Es importante ser el interlocutor del niño, expresando, a través de nuestras observaciones, cual nos parece que es su situación en aquel momento.

Sabemos que esto ayuda a los padres a reafirmar sus intuiciones, sus propias observaciones e interpretaciones sobre el estado de su bebé, les ayudará a recuperar su función parental a “ser sus padres”, pesar de todo.

En “las Leyes” de Platón éste nos dice.

“ Cuando las madres desean hacer dormir a los niños que sufren de insomnio, ellas no les ofrecen reposo, sino más bien movimiento, los balancean sin cesar en sus brazos; ellas tampoco les ofrecen silencio, sino al contrario una melodía que los encante”.