



## TRABAJO FINAL DE GRADO

### ***Intervenciones psicológicas en etapas tempranas del desarrollo***

Estudiante: Patricia Cabrera

C.I.: 4.182.819-8

Montevideo, Julio de 2015

Tutor: Prof. Adj. Verónica Cambón

## *Indice*

<i>Resumen</i> .....	3
<i>Introducción</i> .....	4
<i>Capítulo 1: Fundamentos teóricos</i> .....	6
1.1 Teoría del Apego .....	6
1.1.1 Tipos de apego .....	7
1.1.2. Modelos representacionales .....	8
1.2 Sensibilidad materna .....	11
1.3 Vínculo Temprano .....	12
<i>Capítulo 2: Intervenciones psicológicas</i> .....	16
2.1 El fenómeno de la maternidad y el embarazo .....	16
2.2 Trastornos del vínculo temprano .....	24
2.3 Dispositivos para la intervención .....	27
<i>Reflexiones finales</i> .....	30
<i>Referencias bibliográficas</i> .....	32

---

## Resumen

---

El objetivo del presente trabajo será abordar la importancia de las intervenciones psicológicas en etapas tempranas del desarrollo, entendiendo a dichas etapas no sólo desde el nacimiento del niño sino desde el momento de la gestación hasta las primeras interacciones de la díada. Se entiende que el acompañamiento desde el momento de la concepción y una intervención temprana ante la sospecha de posible patología puede llegar a ser determinante en el futuro desarrollo del vínculo madre-bebé lo que es de capital relevancia para el sano desarrollo psico-afectivo del niño/a.

Se dividirá en dos partes. En la primera, se trabajará sobre los fundamentos teóricos que sostienen una posible intervención, y que concierne a distintos conceptos y teorías que manifiestan la importancia de ciertos factores que se deben dar para un correcto desarrollo del niño, como lo son la Teoría del Apego, el concepto de Sensibilidad Materna y Vínculo Temprano, enmarcados desde una perspectiva de la Psicología del Desarrollo. En la segunda parte, se abordarán las posibles intervenciones diseñadas para tratar las ansiedades características del embarazo y distintas situaciones que se pueden dar en esta etapa así como los trastornos en el vínculo temprano y que tengan por objetivo favorecer la sensibilidad del o los cuidadores; ayudar a reelaborar las representaciones parentales del apego; mejorar las primeras interacciones del bebé con sus cuidadores; dar contención y fomentar el apoyo social y comunitario en los casos de vulnerabilidad y desamparo desde la resiliencia.

**Palabras clave:** *Apego – Intervenciones psicológicas – Sensibilidad Materna – Vínculo Temprano*

---

## Introducción

---

El presente Trabajo Final de Grado se enmarca dentro del requisito para obtener el título de la Licenciatura en Psicología, bajo la tutoría de la docente Verónica Cambón y surge en base a mi creciente interés por el vínculo entre las relaciones tempranas y el futuro desarrollo psíquico del sujeto. A partir de esto, me cuestiono sobre el rol del psicólogo y la importancia de las posibles intervenciones psicológicas tempranas sobre la díada madre-cuidador/bebé así como también en la construcción del maternaje, la gestación y las diversas situaciones que rodean esta etapa tan significativa de la vida.

Tratar de comprender y acompañar desde la psicología esta importante etapa en la vida de una persona que está gestando otra vida, es parte de los objetivos de este trabajo ya que el vínculo madre-bebé no inicia en el momento en que nace el niño sino desde la gestación de la nueva vida e incluso antes, desde el propio deseo y la creación de las representaciones mentales maternas sobre el hijo imaginado (Lebovici, S., 1988). Autores como Klaus y Kennell demostraron que ya desde la gestación se van construyendo las bases del apego mediante “conductas de anidación” como hablarle al bebé, cantarle, leerle, elegirle un nombre, etc. (Bonavita, F., Cerutti, S, y Defey, D., 1994).

Desde hace más de un siglo se estudia dicha relación con numerosas investigaciones que han demostrado la importancia que tienen las primeras interacciones de los cuidadores en el desarrollo psico-afectivo del niño. Con esto no se quiere decir que el bebé sea un sujeto pasivo y que se va forjando a través de las interacciones con la madre. Por el contrario, en esta interacción madre-bebé hay una verdadera bidireccionalidad. Así como no existe un bebé solo (parafraseando a Winnicott), tampoco existe una madre sola. El psiquismo se desarrolla en el vínculo con un otro puesto que no nos viene genéticamente dado. Al respecto, Fonagy (2001) dice:

En este proceso es crucial el involucramiento activo de una mente con la otra, inconcebible sin empatía, sostén y contención. Esto permite que se reorganicen las estructuras representacionales, y que aparezca un rango más amplio de funciones mentales de las cuales el paciente pueda disponer. (Altmann, M., 2014, párr. 8).

Por lo tanto, la figura del cuidador es un elemento clave para el desarrollo integral del niño así como para el establecimiento del apego. Para que puedan cumplir una correcta función y ser una base segura para el infante, es necesario que estén

acompañados y contenidos para poder estar atentos y sensibles a las señales del bebé. Contribuir al fortalecimiento de la confianza y la seguridad en ellos mismos como padres, es fundamental para satisfacer las necesidades de sus hijos. Intervenir para lograr que las primeras interacciones con el bebé sean satisfactorias, así como conseguir el apoyo y sostén suficiente por parte del equipo médico, técnicos y su entorno más cercano pueden estimular nuevas construcciones vinculares que sean reparatorias y gratificantes. (Unicef, 2012).

Es mi objetivo no reducirme a la patología ya que el papel que se puede realizar desde la prevención y promoción de la salud en esta etapa es muy importante y ayuda a complejizar este campo desde las prácticas psicológicas basadas en el concepto de resiliencia. Para esto, es indispensable entender los procesos de desarrollo y la relación de la díada madre-bebé con las complejidades que se entrecruzan para la formación del vínculo en un determinado contexto histórico, político, social y cultural.

---

## Capítulo 1: Fundamentos teóricos

---

### 1.1 Teoría del Apego

La Teoría del Apego es creada por el psicoanalista John Bowlby y junto con los aportes de Mary Ainsworth hacia finales de los años 50 constituyen uno de los constructos teóricos más sólidos del desarrollo socioemocional el cual sigue estando vigente gracias a numerosos estudios actuales que siguen reafirmando y enriqueciendo dicha teoría.

El planteo de Bowlby se diferencia del pensamiento dominante del siglo XX que sostenía que el vínculo que creaba el bebé con su cuidador correspondía a una pulsión secundaria ya que se establecía en base a satisfacer las necesidades orales de alimentación. Bowlby en cambio, demuestra que el niño viene preparado para establecer interacciones sociales afectivas (Fonagy, P., 2004; Lebovici, S., 1983; Oliva Delgado, A., 2004) lo que le otorga al apego un carácter primario de origen adaptativo y que se manifiesta a lo largo de toda la vida. Como dicen Amorín y Schubert (2003): “Los bebés arriban a su contexto dotados biológicamente con una fuerte predisposición a entablar una marcada interacción emocional con quienes están a cargo de sus crianza.” (p.121)

El apego, definido por Bowlby (1989), es “cualquier forma de conducta que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otro individuo claramente identificado al que se considera mejor capacitado para enfrentar al mundo.”(p.40). Estas conductas se ponen en juego ante una situación que el individuo perciba como adversa. En los bebés estas conductas son el llanto, la succión, la sonrisa, la mirada, aferrarse, etc., es decir, son todas aquellas conductas que buscan la proximidad y el contacto con la figura de apego.

El complejo modelo desarrollado por Bowlby se basa en cuatro sistemas de conductas: el sistema de conductas de apego, el sistema de exploración, el miedo a los extraños y el sistema de afiliación. Estos sistemas están relacionados entre sí de forma tal que las conductas del sistema de apego buscan reestablecer la proximidad con el cuidador principal ante una separación del mismo o ante una posible amenaza. El alejamiento de la figura de apego afecta al sistema de exploración, ya que para el niño esta figura funciona como una base segura para poder explorar el mundo. El sistema de miedo a los extraños afecta a los dos anteriores pues frente a esta situación el niño disminuye la exploración y se activan las conductas de apego en busca de seguridad y protección. A su vez, y aunque se contrapone en cierta medida con el anterior, el sistema

de afiliación demuestra el interés de los individuos por interactuar con otros sujetos aunque todavía no se tenga un vínculo afectivo (Oliva Delgado, A. 2004).

El objetivo del sistema de apego es regular la experiencia emocional de las situaciones que va atravesando el infante y que considera estresantes, activando las conductas de apego para obtener así seguridad y protección por parte de su cuidador principal (Fonagy, P., 1999). Para esto, es indispensable contar con un cuidador disponible y como dice Bowlby (1973), "(...) el término "disponible" ha de interpretarse en el sentido de que la figura de apego es accesible para el sujeto y le responde de manera adecuada" (p. 225).

### 1.1.1 Tipos de apego

Mary Ainsworth diseña un dispositivo experimental conocido como la "Situación Extraña" (1978) en el cual observará las conductas de apego que manifiestan los niños con respecto a sus cuidadores principales frente a diferentes situaciones de estrés moderado y cómo repercuten éstas en el sistema de exploración. Aquí, la experiencia que se tenga con el cuidador principal es determinante para el establecimiento del tipo de apego que manifestará el infante y a la formación de lo que Bowlby (1973) denominó "modelos internos de trabajo", concepto que se abordará más adelante.

La *Situación Extraña* consiste en observar en laboratorio a la díada madre-bebé en una habitación con juguetes en la que en un momento entra una persona desconocida que buscará interactuar con el niño/a. Luego la madre abandona la habitación dejándolo/a con la persona extraña, vuelve a ingresar a la habitación luego de unos minutos y a continuación vuelve a salir pero acompañada de la otra persona dejando al bebé completamente solo (Oliva Delgado, 2004).

En base a estas observaciones, se detectaron cuatro tipos de apego. Los niños que mostraban un apego *seguro* usaban a su madre como una base segura a partir de la cual explorar el ambiente. Se mostraban ansiosos ante la presencia del extraño y se angustiaban cuando su madre salía de la habitación. Cuando su madre retornaba se buscaba la proximidad con la misma y se lograba calmar al niño, mostrándose éste dispuesto a seguir explorando el ambiente. Otro tipo de conducta fue la que se denominó como el apego *inseguro-evitativo*. Estos niños se mostraban independientes a la hora de explorar y podían no manifestar gran diferencia entre el extraño y su cuidador. No se mostraban angustiados frente a la ausencia de la madre y tampoco buscaban la proximidad cuando ésta regresaba a la habitación. Ainsworth también detectó a niños

con un tercer patrón de conductas que denominó apego *inseguro-ambivalente/resistente*, que se caracteriza por la poca exploración del ambiente, una intensa angustia frente a la separación con su madre y ante el regreso de la misma se muestran con una postura ambivalente entre el rechazo y el acercamiento presentando dificultad para reponerse de la angustia. Estos tres tipos de apego fueron los descritos por Mary Ainsworth, y más tarde se incorporó un cuarto tipo de apego denominado *desorganizado/desorientado* que corresponde a patrones de comportamiento contradictorios, bizarros y que no parecen tener un objetivo definido (Fonagy, P., 2004; Oliva Delgado, A., 2004).

En los casos estudiados, cada tipo de apego demostrado por los niños correspondía a determinados patrones de conductas de sus cuidadores. En el caso de los niños que presentaban un apego seguro se había observado que sus madres mostraban consistencia en responder a las llamadas de sus hijos, así como sensibilidad y disponibilidad por lo que estos niños se sentían seguros para explorar el ambiente cuando su figura de apego estaba allí. En niños con apego inseguro-avoidante, sus madres se habían mostrado rechazantes y/o insensibles a las llamadas del bebé, por eso se podía ver cierta independencia en ellos. Estos niños habían aprendido a sobregular su afecto y alejarse de las situaciones que le generaran malestar. En las madres con hijos catalogados como con apego inseguro-ambivalente, se habían observado conductas sensibles y cálidas con respecto al infante pero en otras ocasiones se mostraban frías e insensibles, por lo que sus hijos subregulaban su afecto mostrándose muy molestos en un posible intento por recibir la respuesta adecuada por parte de su madre. Hay un bajo umbral para lo que el niño considera amenazante y busca el contacto con su cuidador a la vez que se siente frustrado aún en presencia del mismo. Para los casos de apego desorganizado/desorientado se tratan hipótesis más graves en cuanto a la conducta del cuidador con respecto al infante. Por lo general, el adulto es el que ha generado temor, lo que genera en ese niño intensos conflictos al momento de activar las conductas de apego porque resulta paradójico buscar protección en un cuidador que resulta amenazante. No se descarta en estos casos situaciones de maltrato infantil, abuso sexual, etc. (Fonagy, P., 1999, 2004; Oliva Delgado, A., 2004).

### 1.1.2. Modelos representacionales

Un concepto central de la teoría del apego es lo que Bowlby (1973) denominó como modelos internos de trabajo y que está relacionado con los conceptos psicoanalíticos de representación del self y del objeto interno. Señala que todo individuo

construye sus propios modelos del mundo y de sí mismo en base a la internalización de las experiencias con sus figuras de apego y si estas estuvieron o no disponibles, por lo que realiza una representación mental que servirá como modelo para relacionarse con los demás y consigo mismo a lo largo de su vida.

Siguiendo al autor, éste plantea que se juegan dos variables claves para el pronóstico que hará el sujeto en cuanto a la disponibilidad de sus figuras de apego a partir de los primeros meses de vida en adelante. La primera variable es la presencia o ausencia de esta figura y la segunda variable es la confianza o desconfianza con respecto a la disponibilidad de esta figura. Bowlby (1973), dice que la primera variable es la que más influencia tiene sobre el sujeto cuanto más joven es y que la segunda llega a convertirse en la variable central a partir de la pubertad.

Con respecto al valor pronóstico que tienen las experiencias de apego en el individuo, Grossman y Grossman (1991) dicen que "(...) es alto para el desarrollo social del niño, para su propia autoimagen, su autoestima, su competencia social y sus capacidades cognitivas" (Amorín, D. y Schubert, K., 2003, p. 121).

Este constructo teórico está fuertemente relacionado con la transmisión intergeneracional del apego. Se ha evaluado mediante la *Entrevista de Apego Adulto* (Adult Attachment Inventory (AAI)) (George, Kaplan y Main, 1985) los modelos internos de trabajo que se construyeron en la infancia y cómo fueron reelaborados posteriormente. A través de las narrativas que realiza el sujeto de su propia experiencia de apego durante la infancia, se clasifica a los individuos en cuatro categorías que tienen relación con los patrones de apego que se manifiestan en la niñez. De hecho, estudios demostraron que hay una correspondencia de entre el 68-75% (Hamilton, 1994; Main, 1997; Waters, Merrick, Albersheim, Treboux y Crowell, 1995, citado en Fonagy, P, 1999). Los cuatro tipos de apego que pueden clasificarse en el adulto son: apego seguro, preocupado, rechazado o no resuelto. Hay una alta probabilidad, que ronda el 80%, de que padres con apego seguro tengan hijos con apego seguro, padres preocupados hijos inseguro-ambivalentes y padres rechazantes niños con apego inseguro-evitativo. (Oliva Delgado, A., 2004)

Cabe destacar, que es muy importante la elaboración e interpretación que hace el sujeto de su propia experiencia y no la experiencia real en sí. De hecho, en la indagación que se hace con el AAI se busca evaluar esto mismo a través de la narrativa que hace el sujeto de su propia historia y sus figuras de apego. (Bretherton (1985) citado en Oliva Delgado, A., 2004)

A partir de esto, podemos entender que la experiencia real que tuvo un individuo para con sus cuidadores principales no es cien por ciento determinante de cómo ese sujeto se relacionará en un futuro consigo mismo y los otros, es decir, no es lineal. Ya Bowlby (1973) hablaba de la característica dinámica de los modelos internos de trabajo, aunque mayormente estables pueden sufrir modificaciones que puedan llevar a una reelaboración del mismo, como por ejemplo: la experiencia de la maternidad, una relación de pareja estable, etc. (Oliva Delgado, A., 2004). Además, como dicen Quezada y Santelices (2009): "(...) la relación entre el apego madre-bebé se encuentra inserta en un modelo de desarrollo global en el que median tanto variables de la madre como del contexto más amplio en el cual se desarrolla el bebé" (p. 54).

Otro de los factores que parecen incidir es la capacidad de mentalizar o capacidad reflexiva y que Fonagy (1999) describe como "[la capacidad de] entenderse los unos a los otros en términos de estados mentales: pensamientos y sentimientos, creencias y deseos, con la finalidad de otorgar sentido y, aún de mayor importancia, de anticipar las acciones de los demás." (11). Investigaciones han demostrado que padres que sufrieron situaciones adversas en su infancia con deprivaciones significativas, podían ser capaces de tener hijos con apego seguro si la puntuación de la capacidad reflexiva era alta (Fonagy, Steele, Moran, Steele y Higgitt, 1991, citado en Fonagy, P., 1999), por lo que se observa que la transmisión intergeneracional del apego es algo relevante para tener en cuenta en la clínica, pero sin olvidar que también se entrecruzan otras líneas en la complejidad del vínculo de los padres y su bebé, porque incluso como mantiene este autor, la capacidad reflexiva nunca se alcanza en su totalidad ya que es un logro evolutivo del desarrollo y que se logra en la integración del mundo interno con el externo, es decir, en la interacción con los otros. (Fonagy, P., 1999).

Acerca de la capacidad de reflexionar, Fonagy (1999) establece la importancia que tiene para la predicción de un apego seguro en el niño y para el desarrollo de la capacidad de mentalizar de éste. Dice que es un proceso intersubjetivo ya que: "(...) el niño consigue conocer la mente del cuidador/a de acuerdo a cómo el cuidador/a intenta comprender y contener el estado mental del niño" (18). Por lo que también se vincula con la importancia de contar con un cuidador sensible para una correcta formación del psiquismo del infante.

## 1.2 Sensibilidad materna

Este constructo teórico fue desarrollado por Mary Ainsworth y refiere a la calidad del cuidado el cual es un pilar importantísimo para el desarrollo de un apego seguro y por lo tanto, para un mejor desarrollo del niño.

Citando a Carbonell y Plata (2011), la sensibilidad materna se entiende como: “la capacidad de la madre o cuidador principal de ver las cosas desde el punto de vista del bebé; asimismo, es estar alerta a percibir las señales de éste, interpretarlas adecuadamente y responder apropiada y prontamente” (p.12). Agregan que ayudar al niño en la regulación emocional y en la negociación de metas y necesidades en conflicto de la díada, teniendo presente el momento evolutivo del bebé así como su estado emocional y el contexto, también forman parte de lo que se considera un cuidador sensible. Como bien describen las autoras, este concepto abarca al cuidador principal que puede o no ser la madre, pero no sólo ella exclusivamente sino cualquier adulto familiar o no que colabore con el cuidado del niño.

Según Mary Ainsworth, citado por Carbonell (2013), el comportamiento materno presenta cuatro características polarizadas. La primera característica es la *aceptación-rechazo* que toda madre o cuidador principal experimenta al tener la responsabilidad de cuidar de un bebé y que van desde los sentimientos de amor, ternura, goce, etc., a las emociones negativas como la irritabilidad, el rechazo, etc., frente a las demandas del cuidado. La ambivalencia entre estos sentimientos en el vínculo es lo normal y esperado, el punto estará en el equilibrio de estos sentimientos, especialmente los negativos. La segunda característica es la *cooperación-interferencia*. Con cooperación se entiende concebir al niño como un otro autónomo con sus propios gustos y deseos y que éstos sean respetados por el adulto. En su contraparte, la interferencia apela a desvalorizar y no respetar los deseos del niño, imponiéndose la voluntad y deseos del adulto cuidador. La tercera característica es *accesibilidad-ignorar* y refiere a la disponibilidad o no del cuidador principal. Un cuidador accesible se muestra disponible, tanto física como emocionalmente, para atender las demandas del bebé. El polo opuesto está asociado con madres deprimidas y en los casos más graves de desatenciones se lo vincula con el maltrato infantil. Por último, la cuarta característica comportamental refiere a la *sensibilidad-insensibilidad* del cuidador. Definido anteriormente, un cuidador sensible responderá a las llamadas del niño de forma adecuada y prontamente. En el polo opuesto, un cuidador insensible no responde consistentemente a las comunicaciones del infante, las ignora o no las interpreta correctamente. Carbonell señala que las respuestas de este tipo de cuidador, no necesariamente son hostiles sino que fallan en ayudar a ese niño a regularse emocionalmente dado que él mismo falla en la

interpretación de lo que le sucede al infante por lo que no puede calmarlo (Carbonell, A., 2013). Esto es importante de destacar, ya que un bebé con su psiquismo en desarrollo necesita de un otro que lo interprete y lo regule. La capacidad de la madre de poder entender e interpretar, decodificar y semantizar correctamente a su bebé, es lo que se denomina mentalización y tiene que ver con el concepto de la función alfa de Bion que es indispensable para la regulación emocional del infante y que se da en un contexto de sintonía afectiva entre el bebé y su madre (Altmann, M. & Grill, S., 2000; Altmann, M., 2013; Fonagy, P., 2004; Freire de Garbarino, M. et. al., 1992).

Cabe señalar que ya desde hace cuatro décadas diversos estudios han demostrado la importante conexión que hay entre un cuidador sensible y la seguridad emocional del niño. Por el contrario, un cuidado insensible está relacionado con dificultades severas en todas las áreas de desarrollo del infante. (Carbonell, A., 2013)

### 1.3 Vínculo Temprano

El vínculo madre-bebé se va forjando a través de interacciones recíprocas de la día a día. El comienzo de esta relación se da en la vida intrauterina y conlleva un proceso que va desde la dependencia absoluta a la adquisición progresiva de autonomía por parte del niño.

Desde el embarazo y especialmente a partir del nacimiento del bebé, sus padres proyectan en el niño diversas imágenes que están relacionadas con su propia historia personal y van asumiendo la función parental. La mujer durante el embarazo sufre lo que se denomina regresión de enlace materna (come y duerme más y se encuentra más sensible). Esta retracción del mundo es útil para la identificación con el ser en gestación y la va preparando para desarrollar un vínculo afectivo perdurable cuando éste nazca. (Díaz Rosselló, J. L. et al., 1993).

Winnicott (1956), hablaba de que madre y bebé conforman una unidad dual en la que ésta se conecta con el mundo interno de su hijo a través de la identificación con él y sus estados, desarrollando una hipersensibilidad. Esta capacidad de la madre por centrarse en su bebé excluyendo otros intereses es lo que el autor denominó “preocupación materna primaria” y es esencial para que pueda entender y atender las necesidades del bebé recién nacido. Esta característica se va desarrollando gradualmente durante el embarazo, fundamentalmente en el último mes y dura un mes más aproximadamente luego del nacimiento.

Como se mencionaba anteriormente, se parte de la dependencia absoluta, pasando por una dependencia relativa hacia la independencia, que como dice Winnicott (1963) nunca es absoluta ya que somos seres sociales. La dependencia absoluta está relacionada con la preocupación materna primaria. El autor dice que la adaptación a los procesos de maduración del bebé es una tarea sumamente compleja y de una gran exigencia para los padres y que al ser la madre en sus comienzos quien proporcione al niño un ambiente facilitador para su desarrollo emocional, ella misma necesita respaldo de su pareja, familia y entorno más cercano para poder sostener correctamente a ese bebé. En este momento, ella estará totalmente entregada a las necesidades de éste. Logrará una intensa identificación con su hijo recurriendo a sus propias experiencias de bebé. Al respecto, Winnicott (1963) dice: "Nadie puede sostener a un bebé a menos que se identifique con él" (p. 428). Cuando esta adaptación sensible termine, la madre poco a poco irá retomando su propia vida, lo que da paso a la dependencia relativa en la que el niño pasará por algunos períodos de ausencia de su madre y que coincide con un desarrollo significativo del infante para poder elaborar esas ausencias. En un principio, éste no se percata de la dependencia con su ambiente proveedor, excepto cuando esa madre-ambiente falla. Predomina allí la omnipotencia y el narcisismo primario que le hacen tener un pensamiento mágico, creyendo que las personas colman sus necesidades cuando él las convoca. Para ir logrando la adaptación real al ambiente, son necesarias las ausencias de la madre, las fallas, que le irán permitiendo a ese niño frustrarse e ir asumiendo que existe un mundo exterior distinto del mundo interior. Por esta razón, Winnicott habla de la "madre suficientemente buena" que es:

Aquella que logra ser sensible a las necesidades de su bebé y satisfacerlas pero que no resulta tan saciante que el niño no tiene espacio para percibir, reconocer y aprender a "domesticar" sus propias necesidades, pudiendo así instrumentar las conductas necesarias para lograr el objeto que las colme. (Defey, D., 1994, p. 45).

Para el desarrollo emocional del sujeto en sus primeras etapas es tan necesario entonces, partir de la entrega total de los cuidados maternos hacia un progresivo retiro libidinal de la madre, siempre en un grado en que el bebé pueda tolerarlo ya que si las fallas dominaran el ambiente, el bebé se vería obligado a persistir en el estado de omnipotencia creándose así un cuadro patológico por el cual no podría acceder a la diferenciación yo-no yo, comprometiendo su desarrollo. Por lo tanto, la madre suficientemente buena ejerce como un yo auxiliar al niño con su psiquismo en formación. El holding, handling y la presentación de objetos harán de esta madre una madre que cree un ambiente facilitador para el desarrollo emocional de su hijo

(Winnicott, D., 1964). En un ambiente facilitador, esta diferenciación se irá elaborando a través del objeto transicional (Winnicott, D., 1971). Es esta la primera posesión no-yo del infante y ayuda a elaborar y tolerar la frustración de la ausencia materna. Es importante destacar que este objeto representa a su madre pero no la reemplaza, “representarla implica el reconocimiento de la pérdida y su recuperación en la fantasía. Este es el modelo de lo que serán todos los procesos de simbolización.” (Torres, N., 2006, p. 209). Siguiendo por este camino, si toda va bien, el individuo habrá transitado gradualmente desde la dependencia absoluta hacia la independencia.

También agregar que la sintonía afectiva juega un papel sumamente importante en el vínculo. Stern (1985) la define como: “la realización de comportamientos que expresan la calidad emocional de un estado afectivo compartido, pero sin imitación exacta de su expresión comportamental” (Díaz Rosselló, J. L. et al., 1993, p. 89), ya que la sintonía traduce el carácter del sentimiento que se está compartiendo y ello favorecerá los procesos de diferenciación. Las vocalizaciones maternas, los juegos cara a cara son recursos que utiliza la madre para ayudar a su bebé a representar psíquicamente sus sentimientos y movimientos corporales. Este proceso le permitirá al niño la capacidad de mentalizar. (Díaz Rosselló, J. L. et al., 1993).

Las funciones maternas: holding, handling, presentación objetal, así como los comportamientos maternos específicos (voz añorada, la mirada, el comportamiento especular, los ritmos y sincronías, etc.) y las respuestas afectivas del bebé van construyendo en éstos un vínculo afectivo que es indispensable para el desarrollo emocional y físico del niño. Al respecto, Spitz (1969) dice:

La retroalimentación recíproca, dentro de la diada, entre la madre y el infante y viceversa, es un flujo continuo. Sin embargo, la diada es básicamente asimétrica. Con lo que la madre contribuye a la relación es completamente diferente de aquello con que contribuye el infante. Cada uno de ellos es el complemento del otro, y mientras la madre proporciona lo que el bebé necesita, a su vez, aun cuanto esto sea menos reconocido generalmente, el bebé proporciona lo que necesita la madre. (p. 82).

Mercedes Freire de Garbarino y cols. (1992) prefieren hablar de interacción temprana ya que en la interacción se da la acción recíproca entre dos personas, por lo que cualquier vínculo afectivo implica una interacción entre los sujetos que lo componen. Dirán que la Interacción Temprana configura una estructura vincular que dependiendo de cómo se haya dado determina en gran medida la estructura psíquica del bebé y del funcionamiento de la diada. Por lo tanto, consideran que la Estructura Interaccional

Temprana (EIT) es una estructura estructurante definida como: “un conjunto de elementos solidarios entre sí, cuyas partes son funcionales unas de otras y sufren transformaciones que implican leyes propias. Cada componente de la estructura está relacionado con los demás y con la totalidad” (p. 29). La EIT estaría conformada por tres elementos: la *imagen interna* que la madre tiene de su bebé y que habilita a que la madre cree un su propio psiquismo un espacio para el desarrollo del psiquismo del bebé; encuentro de *ritmos y sincronías*; y la *semantización y decodificación* que realiza la madre de los signos de su bebé.

Las representaciones que la madre hace de su hijo son producto de su historia personal y de la interacción que se dé con el niño, por lo tanto, la forma en cómo semantice y decodifique las señales del bebé así como la manera en que desarrolle su actividad rítmica configuran las representaciones internas de su hijo que definirán el tipo de EIT (Freire de Garbarino, M. et al., 1992).

---

## Capítulo 2: Intervenciones psicológicas

---

Se considera que las intervenciones psicológicas orientadas a las etapas tempranas del desarrollo son fundamentales por la importancia que tienen éstas para la salud del sujeto. Dichas intervenciones tienen por objetivo la prevención y/o el tratamiento en lo que refiere a la salud materno-infantil y que irían desde el embarazo hasta las primeras interacciones del bebé con sus cuidadores principales, en general, la madre.

Tratar con esta población desde lo no fragmentario, es decir, la madre puérpera por un lado, el bebé y la familia por otro, etc., entendiendo los procesos de salud y enfermedad desde la complejidad del vínculo y su contexto psicosocial y poder trabajar desde allí a partir de lo interdisciplinario es y debe ser, un objetivo de la psicología y de los psicólogos como agentes de salud.

En este capítulo me interesa poder hacer un breve recorrido de los procesos psicológicos que rodean el embarazo, el parto, el puerperio y las primeras interacciones mamá-bebé, así como la forma en que se puede intervenir en cada una de estas etapas.

### 2.1 El fenómeno de la maternidad y el embarazo

Una mujer no nace siendo madre, la maternidad se construye. Es un proceso sumamente complejo que abarca dimensiones sociales, culturales, históricas y psicológicas. Algunos autores la consideran una etapa más del desarrollo en la psicología de la mujer (Oiberman, A., 2004).

El amor materno, lejos de lo que postulaba Freud (1967) como el único sentimiento en el mundo que no era ambivalente, es un sentimiento en el que se mezclan el amor y la agresividad, el reconocimiento de un otro y la confusión con él. Alicia Oiberman (2004), propone diferenciar entonces *maternidad* de *maternaje*, entendiendo a la maternidad como un hecho biológico y al maternaje como un proceso psicoafectivo que acontece o no en la maternidad. Según la autora, el maternaje se conforma de cinco características fundamentales:

- 1) Los procesos inconscientes son más ricos y complejos que los conscientes.
- 2) El *instinto maternal* no estaría ligado al amor maternal sino a la aptitud maternal que tiene que ver más con un instinto de supervivencia.

- 3) La forma en que se experimente la maternidad es fundamental para la evolución psíquica inconsciente de su historia personal.
- 4) La relación madre-bebé estará condicionada por las relaciones fantasmáticas (Lebovici, 1988) por lo que se entrelazan el inconsciente, el pasado y el imaginario para enriquecer o comprometer esta relación.
- 5) La identificación con su propia madre juega un rol esencial.

Por lo que se deduce que es un hecho complejo en el que se atraviesan varios factores. En nuestra cultura se ha idealizado la paternidad y ha llevado a los padres a sentir culpa ante la desilusión de esa imagen con la realidad e incluso, altas tasas de depresión. A través de distintos tipos de intervención se pretende lidiar con estos y otras situaciones que rodean al nacimiento de un hijo.

Es justo en esta etapa en que una intervención temprana busca ayudar a transitar mejor por este proceso ya que el asumir la función parental conlleva un duelo evolutivo que lleva a los padres a realizar una redefinición de la identidad, del estilo de vida y en el caso de la madre hasta del esquema corporal con los cambios propios del embarazo y que no siempre son esperados. Una preparación psicoprofiláctica que dote a los padres de información, visión realista de las primeras etapas posteriores al nacimiento y que potencien la capacidad adaptativa de los padres ayuda a lidiar con la carga emocional que trae consigo el posparto y mejora el pronóstico de una posible depresión posparto (baby blues) que en este período es el riesgo más crítico en lo que refiere al vínculo con el bebé. (Bonavita, F. et al., 1994).

Haciendo foco en el embarazo, se puede decir que junto con la gestación biológica de un nuevo ser, la madre también va a transitar por un proceso que se denomina *gestación psíquica* y que contiene las representaciones mentales que va haciendo la madre para con ese ser en desarrollo y que se irán realizando en base a un hijo imaginado (interacción fantasmática), éstas tendrán un peso importante en el vínculo que crearán los padres luego con el hijo real. La calidad y características de este vínculo dependerán de la historia personal de esos padres. Por lo tanto, es muy importante tener en cuenta las representaciones mentales maternas, asimismo también se puede hablar de representaciones mentales paternas visto el protagonismo que está teniendo el padre desde el proceso mismo de gestación. (Defey, D., s.f.)

Dentro de estas representaciones se observan dos tipos: unas que acompañan durante todo el proceso de gestación y otras que son secuenciales. Con respecto a estas últimas, Defey (s.f.) menciona que en el primer trimestre, *el embarazo se vivencia como un estado*, se siente al embrión/feto como parte del propio cuerpo. Recién con la

aparición de los movimientos fetales a partir de segundo trimestre, se comienza a percibir al feto como una persona en sí misma y esto conformaría la *representación de autonomía* que irá progresivamente en aumento hasta el final del embarazo. Es de buen pronóstico ya que permite pensar en ese bebé como un ser con necesidades propias (generalmente aquí se da la construcción del ajuar). A partir del tercer trimestre aparecen las *representaciones vinculares* y se trata de la capacidad de la madre y/o padre de poder imaginar a su hijo en interacción con otras personas significativas de su entorno tales como abuelos/as, tíos/as, etc. Este tipo de representación cobra gran importancia en la prevención de una posible relación simbiótica por el hecho de poder imaginar a su hijo compartiendo actividades con otras personas, lo que enriquece desde ya el mundo vincular de ese bebé. Por otro lado, las representaciones que se mantienen estables a lo largo del período gestacional son, por un lado, la de un *bebé ideal* que tiene como fin una función protectora, ya que visualizar a ese ser como “perfecto” compensa los aspectos negativos del embarazo y por otro lado, las *representaciones múltiples y fugaces* y que consisten en imaginar a ese bebé como niña o varón, regordete o flaco, sano o enfermo, etc. y que cumplen con una función preparatoria para enfrentarse al bebé real.

En relación a esto, Defey invita a realizar una reflexión acerca de los diagnósticos precoces (determinación del sexo del bebé, estudio de la translucencia nual, embarazo gemelar, etc.) y los efectos dramáticos que pueden tener éstos en las representaciones mentales de los padres con las importantes consecuencias para con el vínculo con su hijo. Desde nuestra labor deberíamos transmitirles a los padres cuestionamientos acerca de la total certeza de estos diagnósticos abriéndoles a los padres un abanico de posibilidades y un espacio de reflexión ya que puede llevar a estos a tomar una decisión irreversible (como en el caso de malformaciones).

Por otra parte, en el embarazo se ha observado que hay un aumento de la ansiedad que puede llegar a producir sintomatología física y que según Soifer (1987) se pueden clasificar según el momento por el que transita ese embarazo. En el comienzo del mismo la hipersomnia es uno de los primeros signos de embarazo, revelando el comienzo de la regresión, necesaria para la identificación fantaseada con el feto. También, vale aclarar, favorece la negación que puede ser el resultado de un rechazo al embarazo. Acompañan en esta etapa las náuseas y vómitos y que, inconscientemente, sirven para evidenciar el embarazo y de paso dar salida a la ansiedad por la incertidumbre. La autora señala que esta ansiedad se da por la intensificación de las vivencias persecutorias que se dan naturalmente en la maternidad, nos dice:

La vivencia persecutoria es que alguien pueda arrebatarle al hijo soñado y demostrarle que se trata de una fantasía y no de un embarazo real; o bien que el embarazo tan deseado implique la pérdida de la propia madre, por haberse concretado la fantasía infantil: tener un hijo y que la madre esté destruida. (Soifer, R., 1987, p. 24).

En esta etapa, Soifer considera importante la preparación psicoprofiláctica con la pareja primeriza, labor que puede realizar el obstetra que quien mantiene un primer contacto con los padres, así como también psicólogos y asistentes sociales.

Las ansiedades que se dan en el segundo y tercer mes del embarazo están relacionadas con la formación de la placenta y de la que se ha observado, a través de sueños, que hay un registro inconsciente de este proceso el cual reactiva fantasías persecutorias de robo y vaciamiento. Este período es uno de los más críticos por la posible amenaza de aborto. En este momento la psicohigiene consiste en informar a la embarazada acerca de la formación de la placenta lo que bajaría a niveles más tolerables la ansiedad por temor a un aborto. Asimismo, la autora propone preparar a los papás con hijos para explicarles a éstos sobre la noticia del embarazo de acuerdo a su edad, previniendo sobre las incidencias que tiene para un niño la llegada de un hermanito.

En el cuarto mes aproximadamente, comienzan a percibirse los movimientos fetales y de acuerdo a las proyecciones de la madre se ponen en juego diversos mecanismos de defensa. En los casos en que no se registren a nivel consciente tales movimientos podemos pensar en la *negación* y que se observa sobre todo en mujeres que confunden el embarazo con la amenorrea (trastorno en el que se da la falta de la menstruación). En su contraparte, está la percepción de las patadas como una actividad desmedida del feto (no las deja dormir, trabajar o caminar, etc.) y aquí se juega la *proyección* de imágenes terroríficas sobre el niño como un ser que amenaza con dañar a su madre. Soifer (1987) sostiene que estas imágenes son los impulsos hostiles hacia la propia madre embarazada fantaseada o real. Las ansiedades que movilizan estas distorsiones tienen que ver con el temor al hijo, al que aún no se conoce, y a la responsabilidad que conlleva el traer un nuevo ser al mundo. Asimismo, esto trae aparejado el miedo a morir en el parto y que hasta no hace tantos años constituía una amenaza real, especialmente, antes de la existencia de las pastillas anticonceptivas (Oiberman, A., 2004). Los mecanismos *maníacos* como la fantasía de un hijo hermoso que la llenará de felicidad, lo que anteriormente mencionábamos como la representación mental del bebé ideal y que se dan normalmente en el embarazo, también pueden aparecer en demasía y conllevan trastornos somáticos como: la hipertensión o

hipotensión, várices, insomnio, bulimia, sobrepeso, etc. y reflejan la ansiedad del temor a la malformación fetal. En este período también se da la ansiedad dominante de todo el embarazo y que es la ansiedad culposa y que se debe a esa unión tan especial que se da entre la mamá y el feto y que despierta fantasías inconscientes incestuosas y masturbatorias infantiles. Todas estas ansiedades que despiertan la percepción de los movimientos fetales tienen, según Soifer, su extremo patológico en el aborto del cuarto o quinto mes. Se considera que frente a estas ansiedades resultan adecuadas las clases de ejercitación e información que enseñen a relajarse y a su vez propicien el contacto con otras mamás que sirven como grupo de apoyo, y la terapia individual en los casos más extremos.

A partir del séptimo mes el bebé adopta la posición de cabeza abajo, ubicándose en el canal de parto (versión interna). Esto produce en la madre crisis de ansiedad inconsciente y que se manifiesta en algunos casos con la contractura de los músculos pélvicos lo que podría llevar a que el bebé adopte posturas incorrectas. Este proceso puede acompañarse adecuadamente con una buena relación de la madre con el obstetra y con psicoterapia que ayuden a enseñar a relajarse para favorecer el proceso. La autora señala la relación que hay entre la percepción de la versión y la ansiedad que produce con el parto prematuro. Con respecto a la psicohigiene del parto prematuro, Soifer (1987) sostiene que:

(...) debe abarcar no solamente a la mujer y sus conflictos inconscientes, (...) sino también investigar en la relación matrimonial, familiar y socioeconómica, procurando brindar el apoyo y la ayuda necesarios [y] una vez producido el advenimiento precoz, esa familia debe ser adecuadamente amparada, ya que el hecho en sí muestra que está en crisis y que se trata de una crisis entre una tendencia productiva y otra que lleva a la inercia como única defensa. (p. 42)

Por lo que hay que ayudar a fortalecer a esos padres para que refuercen el vínculo con su hijo y para esto el papel de los técnicos de la salud es indispensable. Investigaciones demuestran que si una madre cree que su hijo sobrevivirá se involucrará afectivamente con el niño por lo que no se debe anticipar el duelo que puede ser inducido por el personal. Desde un abordaje psicosocial, apoyar a los padres durante la internación del bebé, estar alertas al retorno del hogar (con más razón si pueden existir condiciones ambientales inadecuadas o de riesgo para el bebé) y al sobrecalentamiento, tanto ambiental como de la vestimenta, asociado a la idea de fragilidad del bebé y que

es un factor de riesgo para la muerte súbita hacen que estas intervenciones sean de extrema relevancia. (Defey, D., s.f.)

A partir del noveno mes surgen las ansiedades típicas por la proximidad del parto derivadas de la incertidumbre: ¿Cuándo será el parto? ¿Cómo será? ¿Parto o cesárea? ¿Cómo será el/la bebé?, etc. Las crisis de ansiedad pueden manifestarse a través del parto anticipado o con distintas somatizaciones: gripes, insomnio, palpitaciones, hiperactividad, etc. Superadas las crisis vuelve la hipersomnolia que ayuda a tolerar la ansiedad de este momento. (Soifer, R., 1987).

Las intervenciones psicoterapéuticas breves con embarazadas de alto riesgo, es decir, aquellas con malestar psicológico o trastorno previo al embarazo, se caracterizan por ser: focalizadas, de objetivos limitados, de tipo abierto, cara a cara y con énfasis en la realidad. Se busca brindar recursos adaptativos que favorezcan el curso del embarazo con buen ánimo así como trabajar el rol materno, reducir la sintomatología ansiosa, depresiva, eufórica, la adherencia a los controles médicos, fortalecimiento de las funciones yoicas, etc. (Gómez, M. E., 2007).

En casos tan dramáticos como el diagnóstico de algún defecto congénito en el embarazo es indispensable que desde nuestro abordaje, especialmente cuando se maneja la posibilidad de una interrupción del embarazo, se tengan en cuenta las representaciones mentales que tienen los padres de ese bebé: si como un ser indefenso al que se busca proteger de sufrimientos o por el contrario, como algo indeseable que generará molestias a los padres. El ofrecer un espacio de orientación y seguimiento destinado fundamentalmente a prevenir situaciones traumáticas es indispensable para intervenir en estas situaciones. (Defey, D., s.f.)

Cabe destacar la importancia que tiene el brindar información certera pero moderada, en estas etapas en las que se conjugan en los padres todas estas ansiedades en conjunto con la responsabilidad que conlleva asumir el nuevo rol, que logren reducir los estados ansiógenos con los riesgos que conllevan y poder evacuar sus dudas. Existen, a nivel de saber popular, ciertas creencias en torno a la maternidad, especialmente en torno a los estados emocionales o mentales de la madre, que no logran más que fomentar sentimientos de culpabilidad. Tal es el caso de la creencia de la mutualidad psíquica. Esto sería otorgarle al feto la capacidad de percibir los estados mentales de su madre, ser afectado por ellos e incluso replicarlos. No hay datos concluyentes al respecto, sin embargo, forman parte del saber popular. De hecho "(...) según todas las evidencias científicas, no existe una inscripción psíquica en el feto de las experiencias que vive su madre durante la gestación" (Defey, D., s.f., p. 15). Aquí es

importante poder desmitificar estas ideas y lograr fortalecer y empoderar la maternidad, compensando los efectos del entorno, combatiéndolos y previniéndolos.

Otro punto importante, es el parto. Hay casos en lo que la presencia y acompañamientos del psicólogo están recomendados. Cuando el embarazo es producto de una violación y no se ha interrumpido, es una situación sumamente estresante para la mujer, pues cada revisión y el parto mismo conllevan a una re-victimización por lo que se considera adecuado indicar una cesárea por motivos de salud psicológica. Es crucial el acompañamiento en las instancias posteriores tanto en caso de dar en adopción al niño como si ha decidido quedarse junto a ese bebé, intentando separarlo de la dramática historia que le dio origen. También requiere de un acompañamiento psicológico los nacimientos de bebés con defectos congénitos. Es importante para colaborar en caso de querer conocerlo o no así como cuidar el tipo de términos e información que pueden traumatizar más la situación. Se incluyen en esta categoría los niños con Síndrome de Down. En casos en los que los padres no saben, se ha visto que es mejor que se le entregue el niño y se les informe después, de esta forma los sentimientos negativos irán dirigidos a la figura del técnico evitando una proyección masiva sobre el bebé, lo que otorga una mejor oportunidad para el establecimiento de un buen vínculo y que la madre lo sienta suyo. Por último, también se indica la presencia y acompañamiento en los casos de adolescentes muy jóvenes para evitar las posibles agresiones ambientales. (Defey, D., s.f.)

En el puerperio, la madre se encuentra frente a las exigencias de su bebé recién nacido y que en caso de ser primeriza éstas se convierten en una experiencia más estresante por los temores normales de la tarea que tiene por delante. Esto sumado a un entorno que no contenga correctamente a esa madre sino que critique y descalifique, el dolor en los pechos, un cuerpo no reconocido, más las heridas de una posible cesárea o episiotomía constituyen los factores con los que tiene que lidiar una madre y que pueden desembocar en una depresión puerperal normal, también conocida como baby blues, en un 50 a 80% de los casos en el primer mes. La mayoría de las mujeres se recuperan si cuentan con un buen entorno que les brinde un correcto soporte afectivo, pero para otras mamás (entre un 10-15% según la OMS), el primer año será sumamente dificultoso y tiene serias consecuencias para el vínculo con su bebé ya que como afirmaba Winnicott, la madre funciona como un espejo para este. M. Klaus (1994) dice que “hay un vínculo entre lo psicológico y emocional de la madre y la capacidad del bebé de dirigirse al mundo, sentirlo y entenderlo” (p. 76), por lo que detectar estas situaciones a tiempo permitirá intervenir en la depresión materna que es de fácil y generalmente exitoso tratamiento. (Defey, D., s.f.). Cabe señalar también, que investigaciones han

asociado la depresión materna con las dificultades para la regulación del bebé: “La depresión materna tiene un impacto negativo en las emociones del bebé, pues produce llanto excesivo, irritabilidad, trastornos del sueño y dificultades conductuales...” (Bauer, M. et al., 2007, p. 283) sumado a que contribuye a un comportamiento parental negativo con menos interacciones para con el lactante.

Desde el punto de vista de la intervención, es de suma importancia reflexionar acerca del deseo en el embarazo en el sentido de sostener ciertas concepciones en torno a que “todo embarazo es deseado”. Al decir de Defey (s.f.): “el embarazo es muchas veces, (...) un elemento más de un destino que no se elige sino que se soporta” (p. 18). Cuando se trabaja con poblaciones de contextos vulnerables marcadas por la privación tener presente lo reduccionista que puede ser esta afirmación, así como el contrario: el no-deseo, nos ayudará a orientar las intervenciones para que sean “(...) soportativas y afirmativas que se dirijan a construir y tejer lo que ha quedado ausente en su desarrollo psíquico y de construcción de ciudadanía” (p. 18). Por otra parte, en parejas que se han sometido a tratamientos de fertilidad se han observado altos índices de depresión materna así como dificultades en el vínculo con su hijo/a quienes presentan mayor conflictividad emocional relacionada con la autoestima. Se podría hablar de embarazos “demasiado deseados”. Incluso D. Pines (1982), señaló la diferencia entre el deseo del embarazo, relacionado con la fertilidad, y el deseo de un hijo/a. (Defey, D., s.f.).

Esto demuestra lo complejo del embarazo y por qué no se puede reducir a “deseado” o “no deseado” y mucho menos predecir resultados en torno a la calidad del vínculo posterior en la díada. Incluso dentro de un mismo proceso los sentimientos con respecto a la gestación pueden cambiar por causas personales como por ejemplo: el abandono de la pareja; como externas como la pérdida de un empleo, entre otros. “La maternidad es un hecho complejo, cambiante y, en definitiva psicosocial, en el cual la madre no es más que el emergente visible de una compleja situación psicosocial que sostiene (o no) la maternidad” (Defey, D., s.f., p. 20).

Para terminar con este apartado, me parece importante mencionar los dos paradigmas que menciona D. Defey (s.f.) para comprender la patología obstétrica. Por un lado, el Psicoanálisis tradicional que dará una relevancia causal de los factores intrapsíquicos inconscientes, los cuales provienen de los conflictos no resueltos en la propia historia del sujeto. Por lo que el modelo explicativo estará centrado en el conflicto de la ambivalencia afectiva que es inherente al proceso del embarazo. El sólo hecho de que los técnicos de la Salud Mental o quienes controlan el embarazo, expliquen la

naturalidad de estos conflictos es de por sí un elemento protector. Estos elementos que conforman la ambivalencia afectiva (pensamientos, sentimientos) manifiestan la conflictiva, la exteriorizan a través de la mentalización de estos estados y se protege así una posible canalización de esta conflictiva por la vía somática (parto prematuro, hipertensión, etc.). Pero hay que tener en cuenta que estos procesos requieren de ciertas capacidades psíquicas suficientemente desarrolladas como para poder elaborarlas y no es la realidad de toda la población, especialmente las madres que han sufrido deprivaciones significativas a lo largo de su vida. Aquí, este tipo de abordaje es inadecuado e insuficiente y se propone un segundo paradigma proveniente del campo de la Salud Mental Comunitaria y la Epidemiología, el cual privilegia la importancia de los factores ambientales, sub-culturales y socioeconómicos en el que el modelo explicativo de las dificultades del embarazo se centra en el déficit, en la deprivación.

## 2.2 Trastornos del vínculo temprano

En el momento que nace el bebé confluyen en la mujer distintos procesos aparte del fin del embarazo. Se entremezclan pensamientos, deseos y esperanzas para con el recién nacido que inician un vínculo con su bebé y que conlleva el duelo por el hijo imaginado, fantaseado. Cramer (1990) dice:

El encuentro con el bebé en el momento de su nacimiento es un hecho sin igual en la experiencia humana. En el espacio de unos instantes, los padres deben casarse (y para toda la vida) con un desconocido. Ahora bien, lo desconocido, igual que el vacío, es siempre fuente de angustia. Atribuyendo una serie de características y de semejanzas al bebé, los padres llenan el vacío y transforman lo extraño en familiar, inscribiéndolo en una filiación conocida. (Bonavita, F. et al., 1994, p. 28)

Por esta razón, es muy importante que los técnicos que están en contacto en los primeros momentos permitan el contacto mamá-papá-bebé para conocerse mutuamente. Como afirma M. Klaus (1994), es un error dar por hecho el vínculo, un 40% de las madres no se sienten emocionalmente involucradas con sus hijos hasta la primera semana. Esto es fundamental para el establecimiento del apego entre el niño y su cuidador y muy significativo para su desarrollo emocional que va a estar condicionando en gran medida, a partir de las vivencias afectivas con sus primeros vínculos, la forma en que vivirá el mundo y sus posteriores relaciones sociales. F. Bonavita y cols. (1994), sostienen que: “Las situaciones traumáticas o las deprivaciones constituyen en este

período fundante, una falla poco visible pero de consecuencias de gravedad para el resto de la vida.” (p. 88).

Los trastornos en el vínculo ocasionan en el bebé trastornos psicossomáticos que dan cuenta de esta situación. El bebé no tiene la capacidad para angustiarse ya que no puede comprender ni elaborar estos conflictos por lo que el cuerpo se constituye en el lugar privilegiado para expresar su malestar. También se denominan trastornos psicofuncionales y que Sauvage y Gault-Mareuil (1975) definen como una “Serie de síndromes que comportan una sintomatología somática en ausencia de un soporte orgánico detectable y a los que se atribuye un determinismo psicológico” (Bauer, M. et al., 2007, p. 281). V. Belzarena (1994), sostiene que el pediatra puede ejercer una buena acción profiláctica sobre el niño y su familia modificando ciertas conductas familiares que estén afectando al bebé. Cuando no se puede resolver se hace necesario un abordaje psicoterapéutico.

D. Defey (1994), resalta las intervenciones que se pueden dar en un contexto hospitalario. En primer lugar, proteger el primer encuentro preparando a la madre para el mismo. En segundo lugar, aumentar la sensibilidad materna observando el temperamento del bebé y las respuestas de la madre así como también ayudar a la madre a que pueda expresarse si se siente irritada. Otro aspecto de suma importancia para una psicohigiene del vínculo temprano es asumir una postura no crítica de la conducta parental. Por el contrario, poder identificarnos con ellos para no sumarnos al bebé en una demanda sin fin para esos padres. La autora menciona también generar condiciones para la permeabilización del vínculo, jerarquizar en la madre los aspectos reparatorios para con su hijo (aunque no sean los más adecuados) para aumentar la confianza en el rol (narcisización), así como oficiar de adulto maternante para esos padres brindándole sostén a través de lo verbal como de lo gestual. Con estas intervenciones se busca aumentar la autoestima parental, hacerles ganar confianza, lo que aumenta la capacidad de percibir los estados del bebé y disminuir los contenidos proyectados en él. Esto a su vez, hace que el bebé esté menos irritable al sentir un ambiente continente y estimula a los padres a seguir adelante aumentando la sincronía, favoreciendo un correcto desarrollo emocional del bebé. La autora lo denomina “efecto estructural” ya que la intervención se da en el inicio del vínculo en que tanto el psiquismo del niño como el self parental se hallan en período fundante, por lo que lograrían consolidarse en la personalidad e identidad globales tanto de los padres como del bebé. Como dice G. Zito de Castillo (1994): “La intervención del psicólogo tiene como finalidad reducir el posible efecto patógeno de los factores intervinientes.” (p. 125), por lo que adquiere un importante papel en la prevención precoz de posibles trastornos patológicos.

Con respecto a la intervención psicológica clínica, M. Freire de Garbarino y cols. (1992), nos hablan de dos escuelas técnicas: la comportamental y la psicoanalítica. La primera, postulada por Brazelton y Field, se utiliza en forma preventiva cuando el vínculo instalado implique un riesgo para el futuro del niño y por lo tanto, busca modificar la interacción de la díada en forma directa. La escuela psicoanalítica tiene como principales exponentes a Cramer, Lebovici y Palacio Espasa, entre otros. A partir de estos autores, se trabaja sobre los conflictos de la historia materna y cómo estos influyen en la imagen que crea de su hijo, los duelos mal elaborados y cómo inciden en el bebé, así como la interacción del lactante con su entorno en los aspectos comportamentales, afectivos y fantasmáticos en relación con la transmisión intergeneracional y como esto influye en el “lugar” que se le da al bebé.

En el abordaje de la Estructura Interaccional Temprana se parte de la base de que mamá y bebé conforman una unidad psicósomática por lo que el síntoma se busca en la interacción de la díada. Durante los primeros meses de vida del niño no se trabaja con el padre a no ser que exista alguna patología que esté incidiendo en el vínculo madre-bebé. (Freire de Garbarino, M., et al., 1992). Otros autores en cambio involucran al padre entendiéndolo como una figura fundamental en el sostén de la díada así como competente para las tareas de cuidado, seguridad y protección del bebé. (Defey, D., 1994). Por otro lado, se toma una postura intermedia en cuanto a la historia personal de la madre: no se deja de lado pero se privilegia la interacción con su bebé en el presente. Es decir, interesa sobretodo la forma en que mamá y bebé hacen contacto, cómo se vinculan y cómo repercute en el maternaje entendiéndolo a éste último como condicionado por el sistema de apoyo con el que cuenta la madre o no. También se busca, a través de señalamientos e interpretaciones, modificar la imagen interna que tiene el niño de su madre lo que llevó a modificar igualmente el elemento patógeno que motivaba el síntoma. Se busca a través de esta técnica la narcisización del rol materno, favorecer la capacidad de simbolización de la madre para semantizar y decodificar a su bebé, trabajar sobre las representaciones que tiene sobre sí misma y su hijo así como los ritmos y sincronías. Para esto se valen de instrumentos como la verbalización de las experiencias afectivas acerca del embarazo, el parto, destete, etc., intervenciones del terapeuta a través de señalamientos para resaltar conceptos distorsionados por las proyecciones maternas, e interpretaciones que buscan relacionar conductas de la madre para son su bebé vinculadas con su historia personal. Muchas veces se realizan como hablando a través tanto de la madre como del bebé, asimismo se recurre a la utilización del cuerpo en momentos significativos de la consulta. Con esto se busca reestablecer el vínculo. Las intervenciones que realiza el terapeuta están dirigidas a la

díada en su conjunto y no a uno u otro en particular ya que se parte de que el síntoma es vincular. (Freire de Garbarino, M., et al., 1992; Zito de Castillo, G., 1994).

Este tipo de intervenciones busca aliviar a los padres, lo que concluye en contrarrestar las proyecciones masivas depositadas en el bebé así como también permite a la madre salirse de la repetición, pudiendo reintegrar lo proyectado a su propio espacio psíquico para atender de mejor manera a las necesidades psicofísicas de su bebé en los distintos momentos del desarrollo. (Zito de Castillo, G., 1994).

Por otra parte, M. Bauer y cols. (2007) traen a consideración también la importancia de promover los recursos naturales con los que cuentan los padres tales como: las canciones de cuna, los arrullos, juegos, etc. que son provenientes de la cultura y que se transmiten de generación en generación y que contribuyen al desarrollo psicofísico y social en la primera infancia. Esta promoción de la salud comunitaria busca beneficiar especialmente a las familias en contexto de vulnerabilidad social que presentan el mayor factor de riesgo dadas las carencias y condiciones desfavorables de esta población y que no se restringe sólo a las carencias materiales. Esto se observa en las limitaciones en el desarrollo que presentan muchos niños que provienen de contextos familiares marginados, en situación de calle, que sufren violencia doméstica, con consumo problemático de sustancias, etc.

En contextos en los cuales las carencias económicas son un factor de riesgo importante se ha comprobado que si en la familia se fomenta un clima de armonía, cuidados y atención al bebé éstos funcionan como factores protectores del desarrollo infantil. (Bauer, M. et al., 2007).

Por lo tanto, apelar a una intervención basada en la resiliencia<sup>1</sup> nos posiciona como agentes de prevención y promoción de la salud, ya que se busca detectar posibles factores de riesgo y desde allí trabajar con los recursos positivos de las personas para salir adelante teniendo en cuenta el contexto social, económico y político en el que están inmersos.

### 2.3 Dispositivos para la intervención

Ya se han mencionado algunos, pero para finalizar el capítulo quisiera agregar información sobre otros dispositivos que han ayudado a los psicólogos en sus prácticas

---

<sup>1</sup> La resiliencia se entiende como la capacidad que tenemos los seres humanos de afrontar las adversidades, superarlas y fortalecernos de la experiencia.

y que se implementaron en el proyecto “Fortaleciendo los vínculos: intervenciones en etapas precoces del desarrollo”, llevado a cabo en el 2004 por la ONG ATI<sup>2</sup>. (Bauer, M. et al., 2007).

#### Escala de Massie-Campbell

A través de la observación de la interacción de la díada madre-bebé mide los siguientes comportamientos: el sostén, la mirada, vocalizaciones, el tacto iniciado tanto por la mamá como por el infante, el afecto mediante las expresiones faciales y la proximidad en tanto contacto físico como visual. De acuerdo a la intensidad y frecuencia de estos comportamientos, la escala indica la adecuación o no de la respuesta de ambos.

Por lo tanto permite: registrar la adecuación de las respuestas entre mamá y bebé; documentar la necesidad de cuidados psicológicos y del desarrollo para evitar patología en el vínculo; documentar la eficacia de las intervenciones registrando los avances en los medidores clínicos de apego; utilización con fines didácticos de los parámetros de interacción; y contribuir con intervenciones tempranas a la prevención del establecimiento de conductas patológicas y trastornos en el desarrollo del niño.

#### Escala de Depresión del Centro de Estudios Epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos

Consta de 16 preguntas diseñadas para captar posibles síntomas de depresión durante la semana anterior a su aplicación.

#### Cuestionario Symptom Check List

Este cuestionario evalúa la presencia, frecuencia, intensidad y duración de los trastornos psicofuncionales del bebé. Son 85 preguntas que busca indagar sobre las circunstancias en que aparecen dichos trastornos, las reacciones y tentativas de solucionarlos de los padres así como el lugar que tiene el síntoma en la organización vincular. Además muestra cómo percibe al bebé quien llene el cuestionario. Explora diversas áreas en torno al sueño, alimentación, digestión, redes de apoyo, etc., así como cambios estresantes en el ambiente del entorno familiar y social.

#### Entrevista clínica

A través de un encuadre semidirigido se apunta a: observar el vínculo del bebé con su/s cuidador/es; profundizar en las dificultades que se detectaron en el análisis de

---

<sup>2</sup> Atención en la Temprana Infancia.

los datos obtenidos a través de los instrumentos antes mencionados; y obtener información de situaciones que puedan influir en el desarrollo del bebé como: la historia familiar, pérdidas, separaciones, depresión materna, función reflexiva, estilos de crianza, datos del desarrollo del niño, etc.

#### Detección de díadas en riesgo

Se realiza a partir del análisis de los resultados obtenidos por la Escala de Massie-Campbell, el Symptom Check List y de los datos obtenidos de la entrevista.

#### Modelo de intervención psicoterapéutico

Se trata de psicoterapia focalizada y breve (de 5 a 8 sesiones) para díadas en riesgo, desde un enfoque vincular madre-cuidador-bebé y terapeuta. Se trabaja desde una “visión binocular”, desarrollado por M. Altmann. Esta doble mirada se basa en los aspectos dinámicos de la relación, es decir, aquellos conflictos, fantasías, duelos y abandonos no elaborados y que se proyectan ahora en la figura del hijo y que forman parte de la historia transgeneracional; así como también en la observación de los comportamientos del bebé y sus padres.

Se busca: intervenir para ayudar y fomentar la sensibilidad de los cuidadores con respecto a las necesidades del bebé; promover la capacidad reflexiva de los padres; resaltar las iniciativas del bebé y otorgarles significado; habilitar el self parental a través de las competencias y autoestima de los padres así como promover el uso de sus recursos naturales; y ayudar en la autonomía y discriminación entre padres e hijo.

Todas estas intervenciones basadas en la capacidad de resiliencia buscan promover las potencialidades del vínculo del bebé con su cuidador principal en una etapa fundamental para lograr un desarrollo integral en el individuo, ya que: “No se nace resiliente, ni se adquiere ‘naturalmente’ en el desarrollo: depende de ciertas cualidades del proceso interactivo del sujeto con los otros seres humanos, responsable de la construcción del sistema psíquico.” (Melillo, Estamatti y Cuestas, citado en Bauer, M., 2007, p. 291).

---

## *Reflexiones finales*

---

En este trabajo, se intentó hacer un breve recorrido sobre los aspectos teóricos que sustentan las prácticas psicológicas en torno a las etapas tempranas del desarrollo, llegando a concluir en que todos los autores consultados concuerdan con la importancia que tienen los vínculos afectivos para el desarrollo del individuo y que la necesidad de construir dichos vínculos es tan primaria como el hambre y la búsqueda de protección y seguridad.

A su vez, se destaca la importancia de los primeros vínculos como bases para la constitución de los vínculos posteriores que formará el sujeto y que estará marcado por cómo vivió los primeros, así como la manera en que vivirá el mundo tanto como un lugar satisfactorio o angustiante.

Por supuesto, se debe tener en cuenta que si bien las primeras interacciones del bebé con sus cuidadores establecerán en gran medida su desarrollo posterior, éstas no lo determinan en su totalidad. Apuntar desde nuestra intervención a aumentar la capacidad reflexiva del individuo es un objetivo que no se nos debe escapar en nuestro rol.

Como profesionales de la salud formados en torno a la patología debemos cuidar de no jerarquizar las diferentes crisis o conflictos que se van dando, apurándonos en intervenir, obviando la otra dimensión que involucra la reparación de conflictos pretéritos llevando esto a un crecimiento personal de las personas.

Por lo tanto, es fundamental que actuemos como agentes de promoción y prevención de la salud mental de los individuos, actuando en momentos claves, que alcancen el objetivo de fomentar buenas prácticas de crianza que fomenten un saludable desarrollo integral y respeten los derechos de todos los niños y niñas, tanto desde una práctica clínica focalizada como desde una intervención psicosocial.

La importancia de intervenir desde etapas tempranas del desarrollo, en el cual el psiquismo está en plena formación, se basa en que es un momento sumamente significativo en el que los profesionales de la salud todos, debemos actuar para fomentar vínculos de apego seguro.

Nuestro papel como psicólogos debe ser promover y procurar las herramientas necesarias para que dicho vínculo se dé en las mejores condiciones, así como también tener presente que podemos cumplir un papel fundamental en la preparación de los

equipos de salud que tienen un contacto privilegiado con el bebé y su entorno, así como también en la planificación en lo que a salud mental concierne tanto para la prevención, promoción e intervención en salud mental.

Para terminar este trabajo, cerramos con una cita que invita a la reflexión:

“Invertir en los bebés tal vez sea la última utopía para tener una ciudadanía y una sociedad más sanas, menos violentas”. (Bernard Golse, 1999)

---

## Referencias bibliográficas

---

- Altmann, M. (1996) Correlato entre el bebé reconstruido y el observado. En: *Revista Uruguaya de Psicoanálisis (84-85)*. Recuperado de:  
<http://www.apuruguay.org/apurevista/1990/168872471996848512.pdf>
- Altmann, M. y Gril, S. (2000) *Investigación del proceso terapéutico en interacción temprana*. Recuperado de:  
[www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720009111.pdf](http://www.apuruguay.org/apurevista/2000/1688724720009111.pdf)
- Altmann, M. (2014) Diferentes caminos hacia la mentalización: exploración de los estados pre reflexivos y su relación con el sí mismo. En: *Mentalización. Revista de Psicoanálisis y Psicoterapia. Año 1, Nº2*. Recuperado de:  
[http://revistamentalizacion.com/ultimonumero/diferentes\\_caminos\\_hacia\\_la\\_mentalizacion.pdf](http://revistamentalizacion.com/ultimonumero/diferentes_caminos_hacia_la_mentalizacion.pdf)
- Amorín, D. y Schubert, K. (2003) *Afecto y Cognición*. Montevideo: Psicolibros-Waslala
- Bauer, M., González, E., Sassón, E., Weigensberg, A., Corti, A. y Altmann, M. (2007) Vínculo temprano y promoción de resiliencia. En: Bauer, M., González, E., Sassón, E., Weigensberg, A., Corti, A. y Altmann, M. (comps) (2007) *Resiliencia y vida cotidiana*. (pp. 269-294). Montevideo: Psicolibros.
- Belzarena, V. (1994). La vulnerabilidad psicosomática del bebé: su relación con el vínculo temprano. En: Defey, D. (comp). *Mujer y Maternidad: los bebés, sus padres y el hospital*. (pp. 98-100). Montevideo: Roca Viva.
- Bonavita, F., Cerutti, S. y Defey, D. (1994) El nacimiento de un hijo como crisis evolutiva, personal y familiar. En: Defey, D. (comp). *Mujer y Maternidad: los bebés, sus padres y el hospital*. (pp. 25-39). Montevideo: Roca Viva.
- Bonavita, F., Cerutti, S. y Defey, D. (1994) Las primeras etapas del vínculo; los diferentes lenguajes. En: Defey, D. (comp). *Mujer y Maternidad: los bebés, sus padres y el hospital*. (pp. 87-93). Montevideo: Roca Viva.
- Bowlby, J. (1973). *La separación afectiva*. Barcelona: Paidós, 1998.
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: aplicaciones de una teoría del apego*. Barcelona: Paidós.

- Carbonell, A. y Plata, S. (2011) Los vínculos afectivos a lo largo de la vida. ¿Qué sabemos de ellos? En *Cuadernos de Psicología. Vol. 7, núm. 1*. Memoria lectio inaugurali. Pontificia Universidad Javeriana de Colombia, Bogotá.
- Carbonell, A. (2013) La sensibilidad del cuidador y su importancia para promover un cuidado de calidad en la primera infancia. En: *Ciencias Psicológicas VII (2)*: 201-207
- Defey, D. (1994). ¿Buena madre? ¿Mala madre? La madre suficientemente buena. En: Defey, D. (comp). *Mujer y Maternidad: los bebés, sus padres y el hospital*. (pp. 42-45). Montevideo: Roca Viva.
- Defey, D. (1994). Y... ¿el padre? En: Defey, D. (comp). *Mujer y Maternidad: los bebés, sus padres y el hospital*. (pp. 46-52). Montevideo: Roca Viva.
- Defey, D. (1994). Una comprensión situacional de los trastornos en el vínculo. En: Defey, D. (comp). *Mujer y Maternidad: los bebés, sus padres y el hospital*. (pp. 116-122). Montevideo: Roca Viva.
- Defey, D. (s.f.) *El trabajo psicológico y social con mujeres embarazadas y sus familias en los centros de salud*. Recuperado de: <http://caif.org.uy/el-trabajo-psicologico-y-social-con-mujeres-embarazadas-y-sus-familias-en-los-centros-de-salud/>
- Díaz Rossello, J. L., Guerra, V., Strauch, M. y Rodríguez, C. (s.f.) *La relación madre-hijo en las primeras semanas de vida*. Montevideo: Centro Latinoamericano de Perinatología y Desarrollo Humano (CLAP)
- Díaz Rosselló, J. L., Guerra, V., Strauch, M., Rodríguez, C. y Bernardi, R. (1993) *La madre y su bebé: Primeras interacciones*. Montevideo: Roca Viva.
- Freire de Garbarino, M., et al. (1992) *Interacción temprana. Investigación y terapéutica breve*. Montevideo: Roca Viva.
- Fonagy, P. (1999) Persistencias transgeneracionales del apego: una nueva teoría. En: Revista "*Aperturas Psicoanalíticas*" N°3. Recuperado de: <http://www.aperturas.org/articulos.php?id=0000086&a=Persistencias-transgeneracionales-del-apego-una-nueva-teoria>
- Fonagy, P. (2004) *Teoría del Apego y Psicoanálisis*. Barcelona: Expaxs. Publicaciones médicas.

- Gómez, M. E. (2007). Guía de intervención psicológica para pacientes con embarazo de alto riesgo. En: *Perinatología y Reproducción Humana*, Vol. 21, Nº 2. (pp. 111-121).
- Klaus, M. (1994). Las sorprendentes capacidades del recién nacido. En: Defey, D. (comp). *Mujer y Maternidad: los bebés, sus padres y el hospital*. (pp. 66-76). Montevideo: Roca Viva.
- Lebovici, S. (1988) *El lactante, su madre y el psicoanalista: las interacciones precoces*. Buenos Aires: Amorrortu editores.
- Oiberman, A. (2004) Historia de las madres en occidente: repensar la maternidad. En: *Psicodebate 5 Psicología, Cultura y Sociedad. Experiencias del ciclo de vida*. (pp. 115-130). Facultad de Ciencias Sociales. Universidad de Palermo.
- Oliva Delgado, A. (2004) Estado actual de la teoría del apego. En: *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente*, 4(1); 65-81.
- Quezada, V. y Santelices, M. P. (2010) Apego y psicopatología materna: relación con el estilo de apego del bebé al año de vida. En: *Revista Latinoamericana de Psicología*. Vol 42, Nº1. (pp. 53-61)
- Repetur, K. y Quezada, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. En: *Revista Digital Universitaria*. Vol. 6, Num. 11. Disponible en: [http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov\\_art105.pdf](http://www.revista.unam.mx/vol.6/num11/art105/nov_art105.pdf)
- Soifer, R. (1987) *Psicología del embarazo, parto y puerperio*. Buenos Aires: Ediciones Kargieman.
- Spitz, R. (1969). *El primer año de vida del niño*. Buenos Aires; México: Fondo de Cultura Económica.
- Torres, N. (2006). Reflexiones acerca del desarrollo emocional de la madre, a partir de la obra de Winnicott. En: *Persona*, (9) 203-215. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=147112814009>
- UNICEF, Fundación Kaleidos. (2012) *Desarrollo emocional: clave para la primera infancia*. Recuperado de: [http://www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo\\_emocional\\_0a3\\_simple.pdf](http://www.unicef.org/argentina/spanish/Desarrollo_emocional_0a3_simple.pdf)
- Winnicott, D. (1956). Preocupación maternal primaria. En: *Obras Completas*, (pp. 1364-1368). Versión Digital.

- Winnicott, D. (1963). De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo. En: *Obras Completas*. (pp. 426-432). Versión Digital.
- Winnicott, D. (1964). El recién nacido y su madre. En: *Obras Completas*. (pp. 1472-1486). Versión Digital.
- Winnicott, D. (1971). *Realidad y juego*. Barcelona: Gedisa, 1999.
- Zito de Castillo, G. (1994). Abordajes psicoterapéuticos y preventivos; las terapias breves madre-bebé. En: Defey, D. (comp). *Mujer y Maternidad: los bebés, sus padres y el hospital*. (pp. 123-136). Montevideo: Roca Viva.