

El pediatra y su relación con hitos importantes del desarrollo psíquico "Del entete al destete"

Dr. Hugo Campos Castañeda
Pediatra-psicoterapeuta
Hospital Naval

En los últimos años, las investigaciones realizadas en las diferentes disciplinas que se abocan al complejo estudio sobre el desarrollo del psiquismo humano, nos han brindado útiles herramientas -a unos y a otros- para progresar en la comprensión de las hipótesis acerca de la forma en que se desenvuelven y articulan los mecanismos neurofisiológicos con los eventos psíquicos, y cuales son los factores externos e internos que los determinan.

Psicoanalistas, psicoterapeutas, y psicólogos clínicos han reconstruido "un bebé" a través del trabajo clínico con miles de pacientes, lo que les ha permitido elaborar un constructo metapsicológico con diversas hipótesis acerca del desarrollo psíquico.

Pediatras clínicos y de investigación constatan día a día, a través de su cotidiano trabajo; la repetición y significación clínica de diversos eventos, con respecto al aumento o disminución de la morbimortalidad.

Psiquiatras de orientación dinámica, utilizan los constructos metapsicológicos para hacer intervenciones psicoterapéuticas como una herramienta clínica exitosa, articulada con la farmacoterapia.

Psicólogos y neurólogos dedicados a la investigación experimental, nos evidencian -a través de la observación directa y del uso de la moderna tecnología- la existencia de eventos cruciales en el desarrollo psíquico así como, en algunos casos; el sustrato neurofisiológico donde se asientan.

La información es cada vez más "abundante y generosa". Sin embargo, es necesario que toda ella sea analizada, integrada, articulada, condensada, separada, etc. y; creo que no existe mejor territorio para esa tarea de elaboración, que el "lugar de la clínica". Sitio de privilegio donde todas estas investigaciones y especulaciones adquieren un sentido humano; sentido que se tiñe de la esperanza y la ilusión en la cura. Además es el lugar donde con sentido común, se separa más rápidamente el trigo de la paja. Sentido común que más de una vez, nos reclaman nuestros pacientes.

Freud planteó en su escrito: "Esquema del psicoanálisis" (1938-40), lo siguiente: "De lo que hemos dado en llamar nuestro psiquismo (o vida mental) son dos las cosas que conocemos; por un lado, su órgano somático y teatro de acción (el encéfalo o sistema nervioso); por otro, nuestros actos de conciencia que se nos dan en forma inmediata y cuya intuición no podría tornarse más directa mediante ninguna descripción. Ignoramos cuanto existe entre estos dos términos finales de nuestro conocimiento; no se da entre ellos ninguna relación directa. Si la hubiera, nos proporcionaría a lo sumo una localización exacta de los procesos de conciencia, sin contribuir en lo mínimo a su mejor comprensión."

Creo que esta sentencia dada hace 65 años sigue vigente; y debe ser aquilatada en su justo peso para evitar confusiones.

De este enunciado podemos deducir que existen 2 territorios clínicos que -indisolublemente ligados entre sí- no se mezclan, sólo se articulan.

Por un lado el de la psicoterapia; que se nutre -según la técnica de las principales escuelas psicológicas- de observaciones de conductas, interrelaciones de los elementos de un sistema y constructos metapsicológicos que dan sentido a las representaciones mentales (entre las más importantes) para implementar técnicas de abordaje clínico, siempre muy rigurosas y organizadas.

Por otro lado, el territorio fármaco..., quimio..., físico..., quirúrgico..., . terapias..., lugar más familiar para nosotros los médicos pediatras, porque hemos sido entrenados en su uso; nutriéndonos de conocimientos provenientes de la fisiología, anatomía, farmacología, etc. Es decir lo que conocemos como ciencias positivistas.

Lo paradójico frente al hecho clínico -parados frente al ser humano que lo sufre- es que el mismo, nunca es únicamente tributario de un solo territorio ya que el ser humano es una unidad psicosomática.

Frente a esta división, la cautela y la humildad, deben

guiar a cada cual en su abordaje, no perdiendo de vista nunca el otro territorio que articulado al propio, nos puede dar mejores resultados terapéuticos.

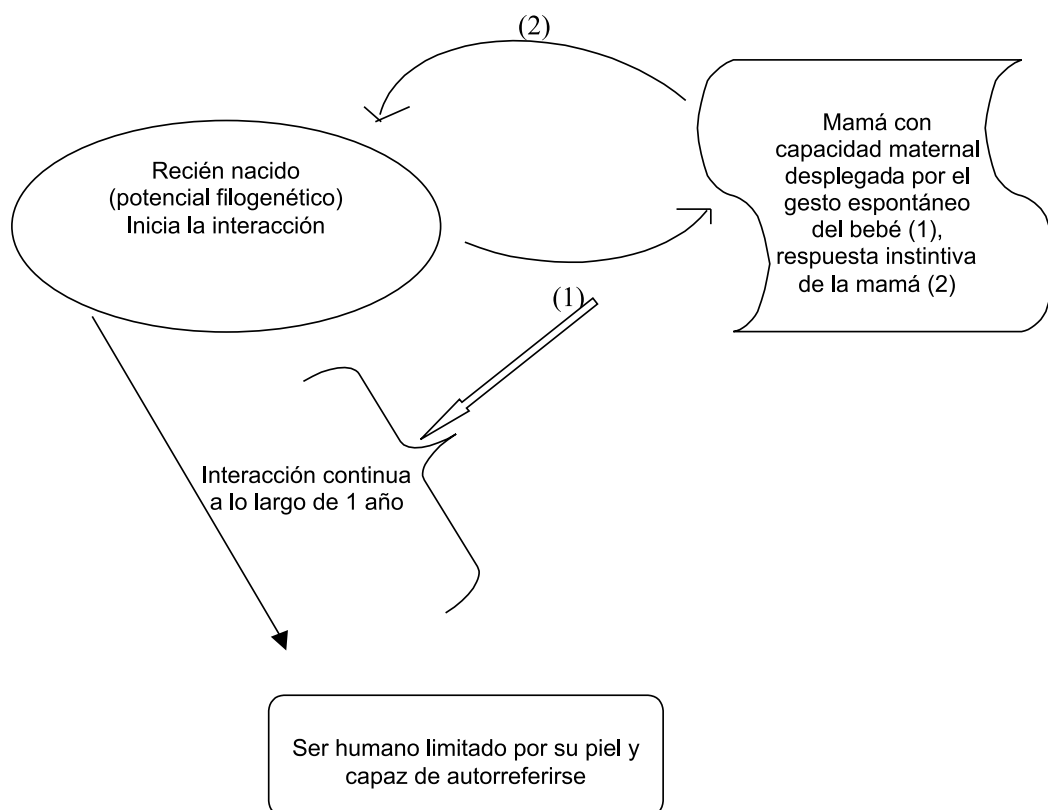
Si la soberbia no nos deja mirar podemos en vez de tratar un paciente, tratar sólo a su corazón o a su hígado sin saber a veces, ni siquiera su nombre. O viceversa tratar sólo la psiquis sin percatarnos de la agonía psicósomática al borde de la muerte: la depresión.

Los pediatras tenemos el privilegio de presenciar, como ningún otro profesional -en el día a día de nuestro quehacer- los eventos más significativos del desarrollo psíquico.

Acerca de ellos me voy a referir sucintamente privilegiando los hechos consensuados en los distintos enfoques, evidenciables en la clínica, si miramos queriendo ver más allá.

1. Hay consenso en la mayoría de investigadores, en que el desarrollo psíquico se da o no en los primeros 5 años de vida, de los cuales los dos primeros son los más trascendentes.
2. El desarrollo psíquico va a depender de la interacción entre el bebé y sus cuidadores, siendo el rol central (entre los cuidadores) en los primeros estadios, el de la madre.

3. En la interacción mamá/bebé por un lado, tenemos básicamente un potencial heredado: la filogenia del bebé, y por el otro, una capacidad maternal también filogenéticamente dada; que aparece catalizada por la pronta y continua interacción y que generalmente se impone a la cognición, incluso a la misma ontogenia de la mamá. Esta capacidad que es un estado emocional inherente a la hembra humana (y a los mamíferos en general) fue descrita por primera vez por D.W. Winnicott allá por los años 40, y la denominó "capacidad maternal primaria." Si es favorecida por la pronta y continua interacción; es desfavorecida por la tardía y discontinua interacción.
4. Producto de esta interacción se producirán o no rápidamente cambios importantes en la psiquis del bebé que pasará al cabo de aproximadamente un año, de un estado de no integración y de absoluta dependencia, a un estado de integración con capacidad de autopercepción y sentido de realidad suficiente para poder decir que ya estamos ante "todo un personaje". Miles de metros cúbicos han pasado bajo el puente de la interacción y éstos han sido manejados y canalizados por la presencia de esta capacidad maternal. "No perdamos de vista que por instinto, de lejos, la experta en la crianza es la mamá" y que nuestra función en el más alto porcentaje, es de apoyo a esa capacidad. Podríamos esquematizar lo dicho así:



- Existen hitos filogenéticamente predeterminados en la interacción (mamá/bebé y mamá/papá/bebé, esencialmente). El rasgo más saltante de estos hitos es la reacción de angustia clínicamente evidenciable. Llamaremos a estas angustias: "angustias universales".

El manejo de estas angustias -que aparecen en sucesión y también se superponen- consiste en su adecuada mitigación dentro de la interacción. Siendo determinante el adecuado manejo o no de las primeras en aparecer para el manejo de las subsiguientes, quedando hacia los cinco años, todas interrelacionadas y predeterminadas entre sí. Su correlato somatomotor de desarrollo cefalocaudal y conductual; las hace evidentes en la clínica pediátrica.

El rol en la interacción que desempeña la mamá/papá es crucial en el desarrollo de patología psíquica, en general. En particular, existen algunos bebés filogenéticamente vulnerables que no irán a la salud por más recursos y capacidades que tengan los papás para interactuar saludablemente.

Estas "angustias universales" se correlacionan en "la interacción" con dos eventos del desarrollo somatoconductual que nos son extremadamente familiares: el "entete" y el "destete". Antes de hablar de ellos los esquematizamos someramente.



Acerca de las angustias universales

Las angustias inenarrables del nacimiento, sólo pueden evidenciarse, con más nitidez en los pacientes que realizan regresiones muy profundas en sus psicoanálisis y/o verse a flor de piel en pacientes muy perturbados, los catalogados como psicóticos.

El "contacto precoz" amortigua y atenúa estas angustias al servir como el más importante catalizador de la capacidad maternal primaria.

Es la madre quien inicia el "entete" con todo el sostén físico y emocional que su capacidad le da; no somos nosotros los que la debemos obligar a ello. Por eso pienso que en el contacto precoz se debe entregar el bebé a la mamá y, esperar en la "expresión facial de la madre" si advino o no la capacidad maternal primaria.

El alojamiento conjunto constituye un "área de cuidados intensivos maternales". Debemos apoyar a la experta en la interacción; no ordenarla, asustarla y mucho menos devaluarla. Nadie mejor que ella conoce a su bebé. Ella sería incapaz de atormentar a su cría buscando el reflejo de "la marcha" o "el de moro". Ni creo que a nadie se le deba ocurrir como rutina, ordeñar los pezones de las madres en busca de leche. El objetivo va más allá y trasciende lo puramente alimenticio.

En este contexto, un riguroso conocimiento acerca de cómo apoyar sin entrometerse en la instalación de la lactancia natural; así de cómo resolver las dificultades y dudas respecto a este punto y otros, es nuestra tarea fundamental.

El bebé rápidamente se va integrando: "sostenido en los brazos, se sostiene alrededor de su boca".

Recomendar -en esa edad- que no se le cargue porque se acostumbra a brazos es realmente catastrófico en términos mentales. Los brazos son esenciales en el entete.

Entre el tercer y el cuarto mes se evidencia nítidamente la interacción mirada del bebé / mirada del otro acompañadas de sonrisas y expresiones de goce con intenso salibeeo y chupeteo de manos. Estas características se acentúan hacia el 4to y 5to mes junto con la plena capacidad para dormir por la noche y estar alerta de día.

Se podría decir que el bebé es una "enorme boca gozosa". Algo hacia el sexto o séptimo mes de vida viene a interferir ese goce. Junto con las expresiones de disconfort y de angustia ante la ausencia de la madre (o sustituta) aparece una suspicacia generalizada con todo lo que significa la presencia de un extraño (tercero), concomitantemente, el bebé da muestras de reconocerse frente al espejo. Estamos

pues hacia aproximadamente los 6 meses, frente a la angustia persecutoria (paranoide), la angustia de separación y el esbozo de una autopercepción que se irá incrementando paulatinamente paralela a la percepción del otro. Las angustias primitivas estarán -en la salud- bastante atenuadas. La continuidad en el cuidado de la mamá es básica para que estas angustias primitivas se mitiguen y las otras aparezcan.

Si interrumpimos la continuidad del cuidado luego de los 6 meses; con una hospitalización por ejemplo, podemos evidenciar en toda su magnitud las angustias de persecución y de separación (lo que Spitz denominó síndrome de hospitalismo). Sin embargo interrumpir la continuidad del cuidado (interacción) en etapas precoces puede parecer "inocuo" y no lo es. Abundantes hechos clínicos lo demuestran. La aparente independencia de muchos bebés que no han pasado por la dependencia del "entete" resulta siendo caldo de cultivo de futuras patologías conocidas como narcisistas.

Avanzamos cerca de los 8 meses de vida. Dos cosas son cada vez más evidentes. Un estallido de angustia frente a los extraños o a la soledad (entre los 3 a 5 meses el estallido es solo ante la soledad) y el carácter más significativo de dependencia de la presencia de la madre. El correlato físico biológico de esta dependencia se expresa en manifestaciones de cercanía oral (lactancia natural o no) y de fenómenos transicionales donde es posible evidenciar cierta capacidad de simbolización en el uso de objetos (chupones, trapitos, etc.) para actividades orales que calman angustia (la evidencia es que la producen si tratamos de evitarlas). En los próximos meses, a medida que el desarrollo se va dando en la interacción, las angustias de separación y persecución se van atenuando en la salud. Recomendaciones como la de "no lo saques porque se enferma" son catastróficas, la angustia que provoca esta recomendación en la mamá, junto con el confinamiento, multiplican exponencialmente la angustia persecutoria y los bebés a duras penas pueden lidiar con el entorno.

Entre el año y los 3 años. Se producen hechos de enorme significación. El bebé camina y puede separarse físicamente de la madre; concomitantemente, inicia esfuerzos por separarse mentalmente de la madre (juega a tirar las cosas lejos, da la contra en todo, etc.) es la época en que la interacción pasa gradualmente del intenso "entete" con una angustia de separación inmanejable, a la atenuación de esta

angustia y el consiguiente "destete"...

Como se deduce no me estoy refiriendo solo específicamente al pecho biológico. Sino a todo lo que -en referencia a la madre- alrededor de él se organiza en términos psíquicos (el olor, los brazos, la voz, etc.), incluso en su eventual reemplazo por un biberón. Por lo tanto puede haber un destete físico sin producirse el destete psíquico, aun hasta la adultez.

Desde ese punto de vista el destete constituye -a mi modo de ver- el evento más importante en el curso normal del desarrollo psíquico porque viene a ser, la primera gran pérdida que tiene el ser humano como sujeto que se autorrefiere, o sea que es conciente de sí mismo. Por ese motivo, se trata también del primer duelo que hay que elaborar. "Prototipos de todas las demás pérdidas y duelos que sobrevendrán".

Requisitos para un destete psicossomático saludable son:

1. Que el bebé esté en capacidad de alimentarse en su totalidad por alimentos distintos a la leche materna.
2. Que la omnipotencia mágica inicial (ver "desarrollo psicológico" Rev. Per. de Pediatría mayo-agosto 2003), "aquella con la cual maneja a su antojo a sus cuidadores"- haya declinado gradualmente en forma significativa.
3. Que dé señales de necesidad de separación (en los juegos, en el vínculo con su madre, etc).
4. Que la mamá se repliegue gradualmente de ese estado de sana perturbación que constituye la capacidad maternal primaria, para volver a ser la mujer interesada en ella misma que era antes de la gestación (capacidad de estar sola en presencia de su hijo).
5. Que se evidencie ya cierta excitación genital, si bien todavía el bebé es esencialmente oral.
6. Que al momento de destetar, la mamá este siempre presente con su incipiente capacidad de estar sola frente a su hijo. Sin trucos ni engaños (nada de irse de viaje, ni de echarse ají o asepsil rojo a los senos). La presencia de la mamá en esa nueva posición es indispensable para que el bebé tramite el duelo y adquiera la capacidad de estar sólo en presencia de su madre. Si las cosas suceden más o menos de ese modo aproximadamente, entre el 1er y 2do año, el bebé estará en inmejorables condiciones para mitigar la angustia de separación y enfrentarse a la última gran angustia que la filogenia nos tiene programada: la angustia de castración y el complejo de Edipo, motivo de una próxima comunicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lebovici, S. El lactante, su madre y el psicoanalista 1983.
2. Winnicott, W.D. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador.
3. Stern, D.N. La constelación maternal, 1998.