
Primeros vínculos (en la vida y en las consultas)

J. Burrueco Arjona

Psicóloga. Psicoterapeuta. Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil de Fuenlabrada, Madrid.

Resumen

Este título hace referencia a cómo se establecen esos primeros vínculos entre la madre y su bebé y a su comparación con otro tipo de vinculación que también va a ser muy especial, la del binomio madre-bebé y la consulta de Pediatría, que, generalmente, está compuesta por otro binomio, pediatría-enfermería.

Palabras clave: Vínculo, Apego, Sensorialidad, Interacción.

Abstract

This title describes how the first bonds between the mother and his baby are established and the comparison with other very special tie: the mother–baby and the Paediatrics consulting room, binomial that generally is made up by other binomial, Paediatrics– Infirmary.

Key words: Bond, Attachment, Sensoriality, Interaction.

Un poco de historia

Es a partir de la segunda Guerra Mundial, cuando se empieza a investigar, por parte de diferentes profesionales de la sanidad, educación, psicoanálisis..., la interrelación padres-bebés, sus dificultades y las consecuencias de la separación prematura entre ellos.

En aquella época, Dorothy Burlingham y Anna Freud crearon varias guarderías en Hampstead, para niños evacuados de Londres; durante cuatro años, y 24 horas al día, pudieron observar a niños de 10 días a 5 años. En ese estudio se demostraron las graves con-

secuencias que sufrían los niños ante la separación de sus padres y sus diferentes reacciones ante ese hecho traumático. Al principio, mostraban una actitud de protesta con cierta esperanza, en una segunda etapa mostraron enojo y desesperación crecientes y en una tercera, la más grave, se produjeron regresiones severas, con pérdida o trastorno de funciones corporales y mentales.

En 1945, la Organización Mundial de la Salud patrocinó diversas investigaciones sobre este campo; John Bowlby, psiquiatra y psicoanalista inglés, que había asistido en sus años de prácticas a

un Centro de Ayuda Social a niños carenciados, condujo sus investigaciones a desarrollar su "Teoría del Apego" en un intento de definir "la naturaleza del vínculo que une al niño con su madre, o figura de referencia". El punto clave de su tesis es que: "Existe una intensa relación causal entre las experiencias de un individuo con sus padres y su posterior capacidad para establecer vínculos afectivos", "Todo el que carezca de una base de confianza en un vínculo sólido se sentirá desarraigado e intensamente solo, a lo largo de su vida".

Para Bowlby hay cinco conductas de apego: la succión, el abrazo, la sonrisa, la tendencia a ir hacia y a prenderse de. La teoría del apego proviene de los Etólogos y sus estudios sobre la conducta de los animales, entre ellos: Karl Lorenz, Tinbergen o Harlow, muy conocido éste, por su estudio sobre monitos Rhesus y sus reacciones ante tres variedades de madre –la natural, la artificial con piel y la de alambre–; en ese estudio se comprobó que los monitos alimentados por la mamá de alambre desarrollaron comportamientos que podrían llamarse "esquizofrénicos".

El bebé humano no sólo necesita recibir el alimento que satisface un instinto primario como es el hambre sino que es fundamental todo el correlato de esti-

mulaciones que surgen durante la alimentación: el contacto piel a piel, la mirada, el olor corporal, la voz de la madre..., para poder desarrollarse como ser humano.

La teoría del apego y las consecuencias por la pérdida de la madre, modificaron el concepto sobre cuidados y prevención de la salud mental en niños pequeños. Ante la separación de la madre, el niño siente angustia, después pena y apatía y, por último, desapego afectivo, todo ello se vió en una investigación con vídeos, de James y Joyce Robertson, con los que trabajó J. Bowlby.

En la década de los 50, otro psicoanalista inglés, R. Spitz, demostró cómo los niños hospitalizados o criados en Instituciones caían en una depresión profunda, lo que él llamó "Hospitalismo"; eso hizo que se prolongaran los permisos por maternidad, ya que empezó a considerarse lo que muchos pediatras y psicoanalistas venían diciendo, que para un buen desarrollo físico y mental los niños necesitaban el contacto con su madre.

En 1953, A. Freud explicaba así la película sobre una niña pequeña hospitalizada, a un grupo de pediatras: "La película tiene el propósito de transmitir la idea de que la estancia de un niño pequeño en el hospital, en las condiciones

actuales, está cargada de peligros para su vida emocional. Mientras que el cuerpo recibe una buena atención, su personalidad sufre a causa del shock que implica la separación del hogar. Los niños de ciertas edades no pueden ser hospitalizados, sin impunidad, sin sus madres". La misma autora, en 1959, decía: "Llegará un momento en que la Medicina tenga, al mismo tiempo, una doble orientación, hacia lo físico y lo mental".

En 1976, dos pediatras norteamericanos, Klaus y Kenel, realizaron un estudio sobre los vínculos que se establecían entre la madre y su bebé, en las primeras horas de vida; ésto introdujo la práctica de dejar al bebé con las madres en la misma habitación (*room-in*).

Ellos preconizaron lo que llamaron "contacto intensivo y extensivo" y demostraron que cuando las madres tenían un contacto piel a piel con el bebé, durante las dos primeras horas siguientes al parto y de más de tres horas en los tres días siguientes, se organizaban mejor, posteriormente, que las madre del grupo control, pasaban más tiempo con los bebés, tenían mayor tendencia a la lactancia natural, mejor interacción, el diálogo verbal era más rico y, a los cinco años, los niños tenían un lenguaje más desarrollado. Estos pediatras establecie-

ron que existe un estado psicoafectivo especial en la madre que llamaron "*bonding*" (bond = lazo), en los primeros momentos después del parto, por el que tienden a tocar, acariciar, sostener y cuidar al bebé, y les hace entrar en contacto con él por la mirada, es decir, que la constitución del vínculo madre-recién nacido se establece de forma óptima en este período sensible.

Otro pediatra y psicoanalista, Donald Winnicott, introdujo varios conceptos fundamentales para explicar las relaciones precoces y atribuye ciertas patologías mentales a una deficiencia en los cuidados maternos. Él habla de que una madre "suficientemente buena", tiene una "preocupación maternal primaria", que hará que ofrezca un buen "*holding*" (sujección), y un buen "*handling*" (manipulación) a su bebé.

Proceso de comunicación

Desde la década de los 60, se habla de la interacción madre-lactante como un proceso de comunicación, comprobándose, con múltiples grabaciones y observaciones, cómo el bebé es capaz de influir en el entorno humano; es decir, que la relación no es un camino de dirección única sino bidireccional, los términos de retroalimentación (*feedback*) o de homeostasis, son tomados

de otras teorías que como la etología iban desarrollándose en aquellos años, las teorías de la comunicación, la biología, la informática...

Se comprobó que las diferentes actitudes y conducta parentales variaban en función de las características del bebé y de los mensajes que envía con su forma de mamar, dormir o llorar. El bebé tiene un repertorio de mensajes que una madre "suficientemente buena" es capaz de distinguir y descifrar, dándoles una respuesta adecuada y no intrusiva. De esta forma la interacción se desarrollará de forma armoniosa o, de lo contrario, lo hará de forma tensa o caótica. Cuando los bebés responden favorablemente a los cuidados maternos, es decir, si se acopla en su brazos, se tranquiliza cuando le calman, les sigue con la mirada..., entonces los padres se sienten buenos y verdaderos padres, éso les confirma y asegura su identidad; de otra manera es como si se sintieran criticados como padres, entonces hay dos angustias que calmar, la del bebé y la de ellos mismos.

Entre los descubrimientos más asombrosos se cuentan las investigaciones anglosajonas sobre las capacidades sensoriales e interaccionales del recién nacido: la visión, el olfato, el gusto, la audición y que el bebé viene "programado"

para agarrarse al objeto humano, ya desde el principio, interactúa con el entorno social.

Comprobaron que sostener y hacer mimos al bebé favorecían la apertura de los ojos y el seguimiento visual del estímulo. La mirada del bebé es lo que desarrolla un mayor vínculo afectivo entre él y su madre; muchas madres recuerdan con gran placer el momento en el que su bebé fijó la vista en ella y lo nombran como una de las mejores experiencias de contacto interpersonal.

El recién nacido oye bien desde su nacimiento y parece que tiene una tendencia innata a orientarse hacia un sonido, escoge voces femeninas y a las tres semanas reconoce la de la madre. Así mismo, muestra varios tipos de gritos y llanto, hambre, dolor o cólera, incluso se identifica con el llanto de otro bebé.

Con respecto al olfato, los estudios demostraron que, desde los seis días de vida, los recién nacidos se volvían con preferencia hacia un algodón impregnado de secrecciones lácteas del pecho materno.

Las sensaciones gustativas alcanzan una importancia fundamental por la experiencia alimenticia de este período, el bebé no sigue el mismo patrón de succión con leche artificial o materna y con su mímica demuestra que reconoce la

diferencia entre una solución dulce y otra amarga .

Diferencias individuales

Otras diferencias individuales estudiadas fueron: la irritabilidad, la consolabilidad, la capacidad de autoconsuelo, el nivel de actividad motora y la receptividad a los estímulos externos , la succión y las formas de manifestar el displacer.

La frecuencia y duración de los llantos, la irritabilidad, varía de un bebé a otro, y va en relación a la capacidad para ser consolado que tenga; estos dos factores van a condicionar la confianza de la madre en sí misma, bebés irritables y poco consolables producen efectos desastrosos en la interacción con la madre, ya que éstas se sienten deprimidas o con actitudes de rechazo al bebé que acentúan las dificultades iniciales.

La capacidad de autoconsuelo es variable en cada bebé: la succión en el vacío, con sus dedos o con el chupete, a la espera de la lactancia que calme su displacer, es una experiencia que quedará en sus vivencias como la posibilidad de aceptar ese displacer y la frustración durante un tiempo razonable.

En cuanto a la capacidad motora, se clasifican como: hiperactivos, activos, moderadamente activos, calmos e hipoactivos. Dependerá de la actitud mater-

na y su tipo de actividad para que haya un buen encuentro en los momentos de vigilia y sueño.

Cada recién nacido tiene un ritmo de succión diferente debido a la presión ejercida por la boca y un tiempo para reclamar el alimento. La forma de manifestar el estado de displacer también varía, si no puede manifestarlo claramente, sobre todo con el hambre, se puede decir que es el primer fracaso como individuo en su intención comunicadora.

Podemos entonces decir como Kerner, otro pediatra, que: "las diferencias individuales entre los bebés, en tan diversos campos, deberían liberarnos y liberar a las madres de muchos estereotipos, que definen qué tipo de cuidados del bebé son buenos o malos, porque con ellos no se hace más que eludir la ardua tarea de comprender las necesidades individuales de cada bebé".

El trabajo de ser madre

Pongámonos ahora en el lado de las madres. Superado el parto, con toda la carga de susto y dolor, empieza el proceso de separación física y mental y el reconocimiento del bebé real, respecto al imaginado durante el embarazo; se ha hablado mucho del "trauma del nacimiento", pero habría que añadir el "trauma del parto". Tenemos a la fla-

mante madre con un cuerpo dolorido, fatigada, quiere descansar y recogerse sobre sí misma, pero a la vez desea cuidar al bebé, comprobar que está íntegro, cogerle y mirarle para reconocerle, comienza la "preocupación maternal primaria" de la que hablaba Winnicott. El "bonding" de Klaus y Kenel.

El trabajo psicológico que la madre debe hacer, como puerpera, se podría comparar al de un duelo, aunque parezca una situación opuesta. La depresión puerperal tiene mucho que ver con la separación del bebé dentro de ella y el vacío así creado, eso hace revivir separaciones y carencias vividas anteriormente por la mujer y, muy especialmente, todo lo relacionado con su propia madre.

Todo el mundo mental de la puerpera tiene que recolocarse, reorganizarse, para dar cabida al bebé real y a su nueva condición, es el paso de "hija" a "madre". En ese momento hospitalario, las madres son tremendamente sensibles a cualquier observación del personal sanitario sobre su bebé y conservarán esas palabras en su memoria durante años. Si algo ocurre, en ese momento posterior al parto, se creará una perturbación en el establecimiento del vínculo madre-lactante, sobre todo si hubo una separación prolongada.

Al primer contacto con la punta de los dedos y después con la palma de la mano, sigue un gran deseo de ver los ojos del bebé; cuando se produce ese contacto visual la madre dice sentirse más cerca de ellos; la mirada constituye una experiencia fundamental para el ser humano. Winnicott se pregunta: "¿Pero qué ve el bebé cuando mira a su madre?", la contestación que él daba era que: "el precursor del espejo es el rostro de la madre". Podemos entender qué tipo de vínculos puede establecer un niño que no es realmente "mirado" o que siempre recibe una mirada de fastidio, vacío o recriminación.

Desde el primer momento, la madre utiliza todos los canales de la sensorialidad para comunicarse con su bebé, la mirada, el tacto, la palabra y, fundamentalmente, el amamantamiento.

Durante la lactancia se producen, juntas, diferentes modalidades de comunicación interactiva: la mirada mutua, el diálogo corporal, el *holding*, el contacto táctil, la palabra y vocalizaciones y las diferentes experiencias gustativas y olfativas del bebé. Y todo ello se produce de forma única y diferente entre cada madre-bebé, o podríamos decir entre cada madre y sus diferentes bebés.

Se han estudiado las posturas de la madre en la lactancia que son, en sí mis-

mas, una comunicación, ya que expresan su actitud mental, su posición afectiva, su comodidad, su tensión o su inhibición. Se identificaron tres tipos: las posturas ajustadas que lograban una comida distendida, las posturas ajustadas pero con gran esfuerzo materno y las no ajustadas, ineficaces e imposibles de adaptación recíproca. En este diálogo, la actitud del bebé puede modificar la postura materna y al cabo de varios días difíciles evolucionar favorablemente.

Para comprender la interacción madre-bebé, en esos momentos, es necesario entender los afectos de la madre, que se nutren de la conducta de su bebé, de la situación familiar y social en la que se encuentra y de su propia historia familiar. En 1980, Paulby y Hall realizaron un estudio sobre la interrelación de los bebés con madres que tenían antecedentes familiares perturbados, en el que se comprobó que estas madres dirigían la palabra al bebé con menos frecuencia, le miraban menos, le sostenían en brazos durante menos tiempo y estaban más a menudo fuera del alcance de la vista del bebé respondiendo menos a sus demandas.

Los llantos o gritos de los lactantes desempeñan un papel fundamental en las reacciones maternas; es la forma por

la que el bebé hace saber sus necesidades a los padres, es como un "cordón umbilical acústico" (Sander y Julia), una forma de restaurar el vínculo en la distancia. Esos gritos o llantos nos hacen distinguir a los lactantes de riesgo, que son: chirriantes, penetrantes, lastimosos y generan malestar en cualquier adulto que los escuche. La evolución de los llantos depende de la respuesta de la madre, disminuyen con la regularidad y prontitud de las respuestas maternas y con la utilización de diferentes tipos de comunicación.

La forma de "jugar libremente" con el bebé es otra forma de vinculación que hace que haya un interés de uno en el otro y que se obtenga satisfacción en ese intercambio. El juego constituye la posibilidad de desarrollar los procesos de pensamiento del bebé y más adelante de poder estar a solas consigo mismo sin recurrir a la presencia continua de la madre.

La figura paterna

Aunque hablamos de madre-bebé en los primeros meses, no hay que olvidar que la figura paterna siempre está presente en este binomio madre-bebé. Pichón-Rivière, psicoanalista argentino, decía que: "toda relación bicorpórea, es tripersonal". Cada vez más, el padre se

presenta en los grupos de preparación a la paternidad, entra en el paritorio, participa más activamente en los cuidados del bebé; se le ha devuelto lo expropiado y puede mostrar libremente su profunda afectividad hacia el bebé, terreno vedado para el hombre hasta hace unas décadas. Pero, en estos primeros meses, su papel es ser la figura preferente de apoyo afectivo para la madre y, más adelante, el que consigue que la madre se vuelva hacia él para recuperar, con las relaciones sexuales, la relación de pareja. En ocasiones, los padres, además de sentirse exultantes con su recién estrenada paternidad, tienen también su propio proceso de depresión post-parto. Pero habrá que dejar para otra ocasión todo lo que sucede con las relaciones padres-bebés.

Vinculación con la consulta de Pediatría

¿Qué quería decir al principio cuando hablaba de hacer un paralelismo entre la vinculación madre-bebé y de este binomio con la consulta de pediatría?

Creo que las consultas, a las que la madre acude durante los primeros días y meses con el recién nacido, son unos momentos privilegiados de observación para ver como se desarrollan esos primeros vínculos, detectar y corregir no

sólo enfermedades o trastornos físicos, sino muchas otras dificultades que van a impedir un buen desarrollo físico, mental y social, por ejemplo, trastornos de alimentación, de sueño, llanto..., es decir, dificultades de acoplamiento.

Para una madre recién estrenada el pediatra es una figura con un gran poder, en quien confía para calmar sus angustias ante la gran responsabilidad de criar al bebé; para establecer un buen vínculo con la madre es bueno preguntar por el proceso del parto y post-parto, escuchar dudas o quejas y observar, mientras tanto, como manipula al bebé, qué contactos tiene con él, dónde le coloca o con quien ha venido a la consulta; si está ansiosa, deprimida o enfadada o, en el peor de los casos, si viene algún familiar a contar cosas extrañas, que puedan hacer pensar en un proceso de psicosis puerperal o de grave depresión post-parto. Esta escucha y mirada tranquila en las primeras consultas, con ambos miembros de la diada, proporcionará una base de confianza y seguridad de la madre hacia la consulta de Pediatría, igual que las reacciones adecuadas de la madre ante las necesidades del bebé proporcionan en éste un sentimiento de mayor confiabilidad en el mundo externo. En muchas ocasiones, las dificultades

ante la crianza serán de fácil resolución, en otras, se necesitará de otros profesionales para resolverlas: trabajadora social, psicólogo..., si se ha establecido una relación de confianza con la nueva mamá, todo lo que el pediatra proponga será mejor aceptado.

Al igual que cada bebé provoca una actitud en la madre o la modifica, cada madre y su bebé provocarán en los profesionales unas respuestas diferentes, que variarán según las características

personales de cada pediatra, de sus vivencias afectivas actuales, de su historia familiar y, atravesando todo esto, del momento institucional en el que se encuentre que, en muchas ocasiones, le resta muchas energías. Así es que, parafraseando a Winnicott, confiaremos en ser unos profesionales "suficientemente buenos" y poder ofrecer a nuestras pacientes un buen "holding" para desarrollar, lo mejor posible, la difícil y creativa labor de criar a un ser humano.

Bibliografía

Bowlby J. *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Ed. Morata (1979).

Freud A. *El psicoanálisis y la crianza del niño*. Ed. Paidós.

Freud S. *Inhibición, Síntoma y Angustia*. Ed. Amorrortu.

Lebovici S. *El lactante, su madre y el psicoanalista*. Ed. Amorrortu (1983).

Lebovici S, Diatkine R, et al. *Tratado de Psiquiatría del niño y el adolescente*. Ed. Biblioteca Nueva.

Winnicott D. *El proceso de maduración en el niño*. Ed. Laia.

