

Del embarazo a los 18 meses. Cuatro momentos clave en el desarrollo emocional del bebé

MERCEDES BECERRA GORDO¹

RESUMEN

Del embarazo a los 18 meses. Cuatro momentos clave en el desarrollo emocional del bebé. El presente trabajo centra su interés en aquellos aspectos del periodo perinatal que permiten poner en marcha la prevención primaria y secundaria en un intento de reducir al máximo la aparición de psicopatología temprana, tanto en el bebé (problemas en el acceso a la intersubjetividad, en la adquisición de la capacidad de autorregulación, y en el desarrollo del sistema de apego) como en sus padres (1) (establecimiento del vínculo, fragilidad narcisista, depresión perinatal, dificultades en la crianza; en resumen, conflictos relacionados con el acceso a la parentalidad). Señalaremos cuatro momentos clave tomados desde la experiencia de la consulta perinatal, que van a poder ayudar a detectar riesgos en el camino del desarrollo emocional del bebé. **Palabras clave:** desarrollo emocional, interacciones tempranas, bebé, madre, padre, riesgo, detección precoz.

ABSTRACT

From pregnancy to 18 months. Four key moments in the baby's emotional development. This paper focuses on those aspects of the perinatal period that allow the implementation of primary and secondary prevention trying to minimize the appearance of early psychopathology, both in the baby (problems in accessing intersubjectivity, in acquiring the capacity for self-regulation, and in the development of the bonding system) and in the parents (1) (bonding, narcissistic fragility, perinatal depression, parenting difficulties; in short, conflicts related to the access to parenthood). We will point out four key moments taken from the experience of the perinatal consultation, which will help to detect risks in the baby's emotional development. **Keywords:** emotional development, early interactions, baby, mother, father, risk, early detection.

RESUM

De l'embaràs als 18 mesos. Quatre moments clau en el desenvolupament emocional del nadó. El present treball centra l'interès en aquells aspectes del període perinatal que permeten posar en marxa la prevenció primària i secundària en un intent de reduir al màxim l'aparició de psicopatologia primerenca, tant en el nadó (problemes d'accés a la intersubjectivitat, en l'adquisició de la capacitat d'autoregulació, i en el desenvolupament del sistema d'aferament) així com en els seus pares (establiment del vincle, fragilitat narcisista, depressió perinatal, dificultats en la criança; en resum, conflictes relacionats amb l'accés a la parentalitat). Assenyalarem quatre moments clau presos des de l'experiència de la consulta perinatal que podran ajudar a detectar riscos en el camí del desenvolupament emocional del nadó. **Paraules clau:** desenvolupament emocional, interaccions primerenques, mare, pare, risc, detecció precoç.

Introducción

Las diferentes iniciativas que se han sucedido en España en los últimos años (Ibáñez Fanés, Riverola y Agut, 2010; León Allué, 2014; Llauro y Gomà, 2017; Olza y Fernández del Castillo, 2018; Palau Subiela y Benach Prefaci, 2005), muchas de ellas recogidas en la publicación colectiva

Psiquiatría perinatal y del niño de 0 - 3 años (Alcamí Pertejo et al., 2015), así como la labor desarrollada alrededor del grupo de perinatalidad de la Sociedad Española de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente (SEYPNA; Báez López, 2015) que publica anualmente el *Panorama perinatal*, donde recopila las actividades y experiencias relacionadas con la salud

¹Psicóloga y psicoterapeuta. Consulta de psicología de perinatalidad y primera infancia.
Contacto: atelier@cop.es

Recibido: 12/5/20 - Aceptado: 19/10/20

mental perinatal, son resultado de la creciente sensibilización de los profesionales de la salud mental infantil hacia la detección precoz, tanto en el bebé y en el niño pequeño como en sus padres, de las repercusiones que tiene la interacción cuidador principal-bebé sobre la aparición de dificultades en el desarrollo emocional y psíquico saludables, así como sobre los cambios psíquicos experimentados por los progenitores cuando acceden a la parentalidad, desde el momento mismo en que comienzan a fantasear con dicha posibilidad como una parte del desarrollo propio de la edad adulta.

Pero este inusitado interés también es consecuencia de la serie de cambios sociales, económicos, tecnológicos y de investigación acontecidos desde la segunda mitad del siglo XX, que han dado lugar a lo que algunos sociólogos denominan *modernidad líquida* (Baumann, 2000) y las implicaciones que lleva aparejadas en torno a la configuración de la identidad (Giddens, 1995). Es lo que expresa Knauer (Nanzer et al., 2017), a propósito de las demandas de una sociedad hipercompleja que, paradójicamente, hace responsable al individuo de su propio destino: “la vida privada, conyugal o paterno-filial se convierte en un refugio esencial y la relación paterno-filial, un lugar de realización personal totalmente primordial. [...] Convertirse en padre constituye un nuevo trabajo, que a su vez será confrontado con las influencias de los ideales en curso. ¿Cómo ser reconocido como buen padre? ¿Cómo hacer frente al enjuiciamiento de su propio hijo? ¿Cómo no fallar en esta tarea tan esencial?”.

Como resultado de esta mayor toma de conciencia y preocupación por las cuestiones que acabamos de enumerar, asistimos al consiguiente incremento de la demanda de atención relacionada con los problemas de desarrollo, siendo su máximo exponente el incremento de diagnósticos de trastornos del espectro autista (TEA) en la primera infancia o la carga derivada de la atención a los trastornos por hiperactividad con déficit de la atención (TDA/H) con sus distintas variantes (Dualde, 2018).

Sin embargo, no resulta tan evidente toda la serie de consultas por cuestiones aparentemente “menores” que forman parte del grueso de las consultas profesionales, consistentes en

problemas del sueño, de la alimentación, de la psicomotricidad, de la adquisición y desarrollo del lenguaje, del control de esfínteres, del comportamiento, etc.; consultas que recaen, en su mayoría, en los servicios de pediatría o en los profesionales de las escuelas infantiles.

Estas cuestiones que acabamos de calificar de forma deliberadamente equívoca como “menores” son, en realidad, el testigo que nos alertará de las dificultades en el establecimiento y consolidación tanto del vínculo parento-filial como del desarrollo de la intersubjetividad primaria y secundaria, de los problemas en la adquisición de mecanismos de autorregulación en el bebé y en el niño pequeño y, en última instancia, de la fragilidad en el proceso de construcción del psiquismo del niño, con las consiguientes repercusiones en su desarrollo evolutivo; dificultades que, detectadas y tratadas a tiempo, además de hacer remitir la psicopatología, pueden prevenir en unos casos y amortiguar en otros la aparición de nueva psicopatología a medida que el niño transita por las sucesivas etapas de su desarrollo.

Tenemos herramientas con las que podemos valorar al niño alrededor de sus 18 meses. El patrón de apego lo podemos evaluar mediante la aplicación de la “Situación del extraño” (Ainsworth y Bell, 1970) y el M-CHAT™ (Robins, Fein y Barton, 2009), que nos permite detectar factores de riesgo que alertan de la posible existencia de un TEA. Además, disponemos de múltiples escalas para valorar el desarrollo evolutivo especificando las diferentes áreas de desarrollo. Y, ¿qué ha ocurrido hasta estos 18 meses?

A lo largo del presente trabajo vamos a intentar hacer un recorrido por los puntos clave que, a nuestro parecer, influyen significativamente en el desarrollo psíquico saludable del niño en la franja desde nacimiento hasta sus 18 meses. Somos conscientes de que no vamos a considerar muchos aspectos, tanto intrasubjetivos como intersubjetivos, del desarrollo individual, ya que exceden el contenido de este artículo. Pero, a lo largo de los años de trabajo en la franja perinatal, hemos visto que durante la valoración inicial y las primeras entrevistas la mirada se detenía en estos puntos clave que vamos a desarrollar aquí y que nos sirven para clarificar los riesgos, los desajustes y los puntos de intervención del trabajo psicoterapéutico.

Presupuestos teóricos

El *corpus* teórico que sustenta las cuestiones expuestas en el apartado anterior es amplio y tiene un largo recorrido, en la medida en que los diferentes intentos de explicar el desarrollo psíquico infantil desde los comienzos de la vida extrauterina han tenido que enfrentarse inevitablemente con los avatares que atraviesa la relación parento-filial.

Los requerimientos emocionales de la madre gestante se ven comprometidos por las exigencias que parten de las otras áreas de su funcionamiento: siendo mujer puede ser, además de hija, pareja, madre del hijo que está por venir o de los que ya tiene, profesional, etc. Todas estas facetas de su existencia pueden complementarse al servicio de nutrir el narcisismo secundario (2) de la (futura) mamá, o competir entre ellas provocando una disminución de la libido con la que el bebé necesita ser investido. En esta situación, ejercen su influencia la combinación de las circunstancias externas de la situación de crianza, la estructura psíquica de la gestante, las características propias del bebé –temperamento, reactividad, tono muscular, etc.–, así como la estructura psíquica y la calidad de relación con la pareja, cuando la hay, o, en su defecto, con el mundo exterior, que cumple la función del tercero; toda una compleja y variada gama de combinaciones que remiten al concepto de las series complementarias (3).

Primer momento. La complejidad emocional del periodo de gestación: el camino de convertirse en padres

Nunca está de más recordar que el embarazo es un periodo altamente emocional debido a los numerosos cambios que acontecen en la gestante, entre los que destacan los cambios corporales, el nuevo lugar como mujer y ahora también madre, y la articulación de todo ello en la relación de pareja.

Durante la gestación, la mujer experimenta el fenómeno de la “transparencia psíquica”, término acuñado por Bydlowski (2007) para expresar el estado psíquico que se desarrolla gradualmente en la gestante, en especial hacia

el final del embarazo, mediante el cual adquiere una alta sensibilidad emocional que le va a permitir vincularse con su bebé. Aparece en la madre una necesidad de revisar, comprender y recolectar vínculos primarios a lo largo de toda la gestación, que durante el tercer trimestre se torna más intensa, aflorando del inconsciente a la consciencia. Dicha transparencia contribuye a que la embarazada pueda pasar mucho tiempo fantaseando con el niño que va a nacer y recordando su propia niñez. Estos pensamientos, fantasías, sueños, etc., que emergen en la mujer embarazada van a formar parte de las llamadas *representaciones maternas*. Una parte de ellas estará dirigida a tramitar el proceso que culminará con este nuevo lugar de madre; otra estará reservada para el hijo que viene en camino.

Algunas madres presentan una dificultad para acceder a estos pensamientos, a estas representaciones de cómo se ven como tales y cómo imaginan al bebé. En unas ocasiones, aparecen sin un registro emocional ni un contenido para imaginar. En otras, por el contrario, este registro está impregnado de emociones, miedos, dudas, etc., de una gran intensidad, que necesitará ser elaborado. Así, si su infancia fue grata, los recuerdos que afloren le permitirán imaginarse cómo será su bebé. Pero si la infancia fue traumática, incluyendo como tal el tipo de relación que tuvo con sus propios padres, pueden reactivarse determinadas angustias que interferirán con el acceso a su nueva condición de parentalidad. En otras ocasiones, en fin, las tensiones provendrán de las dificultades para engendrar, de otras vivencias altamente traumatógenas acontecidas en el entorno próximo, de la presencia de pérdidas y duelos anteriores no resueltos, etc.

El tipo de representación que surge en la madre se asociará directamente, a su vez, con su capacidad para leer y regular los estados de estrés del bebé (hambre, sueño, temperatura y otras sensaciones corporales), función necesaria durante el primer tiempo del desarrollo psíquico del bebé. Además, estos modelos de representación interna que aporta la madre contribuirán a la construcción de la propia imagen, que le acompañará en los cambios de rol como futura madre, como pareja y, en última instancia, como mujer. Reescribirá la relación con su

propia madre y abrirá la oportunidad de reparar sus relaciones tempranas en el proceso de duelo propio que conlleva en su acceso a la parentalidad (Manzano, Palacio-Espasa y Zilkha, 1999).

Estas representaciones maternas, estas imágenes internas que la madre va construyendo acerca de su hijo a través de la relación con él, también son la base del *apego prenatal* y están ligadas con los futuros patrones de este, evaluable desde los 18 meses de vida (Grimalt y Heresi, 2012) con la aplicación de la situación del extraño. El estilo de apego tendrá una influencia directa sobre el desarrollo cognitivo, emocional y social, así como sobre la adquisición de mecanismos de autorregulación, tan importantes a la hora de desarrollar, entre otros, la futura capacidad de gestión de la frustración (Becerra, 2018).

Podemos concluir, por tanto, que el periodo de gestación es un tiempo altamente sensible para el futuro establecimiento de los primeros pilares de la construcción del Yo del bebé. Para que el bebé se sienta como ser pensante tendrá que llegar al momento del parto lo más emocionalmente estable posible para que la labor de los primeros días y meses sea lo más adecuada. Al fin y al cabo, van a ser los cuidadores principales quienes, compartiendo su aparato psíquico, contribuyan a que el bebé inicie este camino y serán fundamentales a la hora de filtrar sensaciones externas e identificar las internas.

Segundo momento. El intenso camino de acompañar: la construcción de los primeros pilares del desarrollo psíquico del bebé

Volvamos a la situación de los primeros momentos de la relación madre-bebé. La llegada del bebé da forma y pone en evidencia el acceso a la parentalidad. Como se dice, la familia ahora tiene uno más y hay que hacerle un lugar no solo físico sino psíquico. Una vez nace, cuando su presencia física ya es *real*, el sistema familiar sufre un reajuste tal que, en ocasiones, genera patología en alguno de los miembros o en el sistema al completo, que se resiente.

El reajuste aparece tanto en la familia nuclear como en la extensa y también los padres de los nuevos padres se tendrán que recolocar. Los abuelos tendrán que permitir que los hijos pasen a ser padres y los nuevos padres tendrán

que dejar de ser solo hijos. Este reajuste amplio y complejo se va a dar sobre todo en el cuidador principal, que en la mayoría de los casos es la madre. La dependencia del bebé hacia ella, los primeros tiempos donde la demanda de cuidados es continua, y la renuncia a *la vida que llevaba antes* hace que se recuerde este periodo como emocionalmente intenso.

Estos estados emocionales que estamos considerando, vividos como altamente intensos, no son situaciones puntuales: se trata de una vivencia mantenida en el tiempo, en unas ocasiones referida como *depresión postparto / perinatal*, y en otras como la conflictiva que subyace en el paso de ser hijo para convertirse en madre o padre con todos los movimientos intersíquicos puestos en juego tanto por los futuros padres como por los que ahora pasarán a ser abuelos. Son las frases que escuchamos en consulta cuando nos dicen “ahora entiendo a mi madre”, “jamás pensé que me escucharía diciendo las mismas cosas que tanto le escuché y que tanto aborrecía”, “quiero hacer las cosas totalmente diferente a como mi padre lo hizo conmigo”. Todos ellos representan un intento de identificación tanto con los aspectos positivos de su propia infancia como con los negativos. Algunos de estos aspectos emocionales mantenidos en el tiempo podrán ser resueltos en su vertiente clínica más evidente, pero otros permanecerán a modo de conflicto intrapsíquico, pendiente de ser resuelto por cada progenitor con su particular estructura de personalidad.

Una vez nace y podemos tener en nuestros brazos a ese bebé real, nos parece de especial significación y consideramos un foco de nuestra atención en el discurso libre de la madre el paso de las preocupaciones habituales por la “crianza”; es decir, su competencia como *ente maternante* –y, por tanto, preocupada por un aspecto de sí misma– hacia las preocupaciones por el “desarrollo” del hijo –mostrando así su capacidad para ocuparse del otro–, de modo que aquellas preocupaciones le atrapen en una simbiosis con el bebé que impida verlo en sus aspectos originales. En la medida en que pueda ir separando lo que son aspectos de ella de los de su bebé permitirá el proceso de creación de un yo rudimentario y de un si-mismo emergente (Stern, 1991).

El bebé cuenta, en sus inicios, con una capacidad propia para la interacción. Tiene los recursos, si todo va bien, para interesarse por lo que viene de fuera –el rostro del cuidador, el pecho materno, los brazos que le acunan– mucho antes de que pueda discriminar lo que viene de dentro –sus sensaciones propioceptivas–. Es esta capacidad la que contribuirá a iniciar las primeras interacciones que permitirán un intercambio relacional con otro, intercambio que podrá ser más o menos acertado con las necesidades del bebé. La serie de ajustes – desajustes – reajustes que son propios de la relación diádica cuidador-bebé es el asiento de la intersubjetividad primaria, esa relación que inician la mamá y su bebé y que es la base de una sincronía afectiva que permitirá intercambiar y ajustar estados emocionales y expresivos. Se trata de patrones intersubjetivos entre los bebés y sus madres, opuestos y complementarios –de apertura uno, y de cierre y evitación afectiva, comunicacional y mental, el otro– “completamente organizados neuralmente” (Lecannelier, 2006). En el caso de las madres, se ha descubierto que dicho patrón preestablecido, de conductas afectivas / expresivas, bastante coordinadas, queda fuera de su conciencia y opera en un nivel absolutamente procedural, confirmando las ya clásicas aportaciones de Spitz (1972). La madre envuelve a su bebé con una musicalidad verbal más allá de las palabras y de su contenido semántico. Este envoltorio sonoro y afectivo constituye un auténtico *holding* afectivo para el bebé: “Es muy probable que el bebé no “oiga” la voz materna solamente por las orejas” (Golse, 2005). Este *maternage*, esta manera de hablar a los bebés es similar en la mayoría de las culturas con independencia del idioma materno. El tono, el timbre y la musicalidad ayudarán al bebé a estar atento a la interacción y a conectar con el estado emocional de la madre (Piazza, Iordan y Lew-Williams, 2017).

Todos estos intercambios psicoafectivos, este inicio de las interacciones tempranas que conducen al establecimiento de una intersubjetividad primaria saludable, darán como resultado, alrededor de los tres meses de vida, a la aparición de la sonrisa social en el bebé, primer organizador psíquico descrito por Spitz (1972). El bebé da muestras, de manera activa, de la presencia

de un otro, con lo que se dan los primeros pasos que indican la salida de un estado más fusionado con la madre para iniciar lo que más tarde será una individuación y una conciencia de sí mismo. Si en los siguientes meses no aparece esa sonrisa social en el bebé, esa mirada dirigida a un otro, nos encontraremos ante un signo de alarma que nos tiene que hacer pensar en un riesgo grave en el desarrollo.

Tercer momento. Intersubjetividad secundaria: del uso del objeto de relación al uso del objeto de juego compartido

Nos detendremos ahora en otro de los momentos clave del que marcará la salida o el estancamiento en otro riesgo grave en el desarrollo. Se trata de la intersubjetividad secundaria, donde la relación, ahora triádica, se hace más compleja para incluir los objetos en esta relación bebé-adulto.

Alrededor de los 10 meses, el bebé pone en marcha una nueva manera de interrelación. En una fase anterior, entre los seis y los nueve meses, había ido desarrollando la capacidad para relacionarse bien con el adulto, bien con los objetos de juego. Pero es alrededor de esta edad cuando es capaz de integrar estos dos focos, dando lugar a una relación triádica que le permitirá entrar la denominada intersubjetividad secundaria.

El bebé se encuentra en un momento de desarrollo psíquico en que empieza a tener una mayor conciencia de un otro diferenciado de sí mismo, cuando el cuidador principal adquiere una imagen más integrada. Como describió Spitz, el niño se encuentra organizando la ausencia de la madre, atravesando lo que describiría como el segundo organizador, la angustia del extraño; en realidad, la angustia ante la toma de conciencia de la ausencia de la figura materna. Sin embargo, el bebé dispone de recursos propios de comunicación tanto verbal –balbuceos dirigidos– como no verbal, altamente eficaces, que provocan la interacción. Iniciar esta intersubjetividad secundaria le abre una puerta en su desarrollo psíquico suficientemente compleja como para empezar a compartir experiencias con el adulto de manera activa y placentera. La atención conjunta, esa deliberada motivación por

compartir el objeto con un otro, será la apertura para la puesta en marcha de competencias lingüísticas, cognitivas y relacionales mucho más ricas. Su máximo representante lo vemos en la capacidad del bebé para señalar. La aparición de dicha conducta de señalar o *pointing* refleja el papel activo del bebé para compartir de manera activa un interés con el adulto. Cuántas veces hemos escuchado en la anamnesis realizada a padres de niños TEA que no señalaban o no mostraban interés por compartir con el adulto.

Por lo tanto, si no se observa en el bebé la intersubjetividad secundaria de calidad y como digo, placentera, con una atención conjunta activa, podemos sospechar que nos encontramos ante otro punto clave en el desarrollo psíquico del bebé que podría indicar la aparición de dificultades en la comunicación y en la relación. Otro momento, pues, para tener en cuenta en la prevención y detección de posibles dificultades graves en el desarrollo del bebé.

Cuarto momento. La adquisición de la marcha libre: más allá de un hito motor

Al adquirir la marcha libre, el bebé se confronta con dos emociones inicialmente antagónicas: el placer de sentir la potencia que proporciona la bipedestación y la motricidad gruesa, ya en pleno auge, que le ayuda a tener todo accesible para él y, por tanto, una sensación de autonomía en la exploración; y la vulnerabilidad y el contacto con su propia fragilidad. Lo inquietante de la exploración y lo angustiante de la autonomía.

Las figuras de cuidado pasan a ocupar un estatus diferente. Ahora el bebé puede bien reclamarlos, bien prescindir de ellos, y esto dependerá del momento y de su grado de angustia. Es en esta ida y vuelta donde se pone en juego una nueva interacción con el cuidador que lo recibe. Este puede hacerlo de una manera contenedora. Pero también puede que ya no esté tan disponible emocionalmente como en la fase previa porque necesita que su hijo salga de la dependencia emocional ahora que ya es más autónomo. O también puede que el cuidador tenga tanta angustia ante la exploración del mundo que lleva a cabo su hijo y ante la futura autonomía física y emocional que invada con sus miedos esos momentos de reencuentro. Tres posibles

encuentros ante el bebé que no dependerán de él sino de cómo sea recibido por su figura de referencia.

El proceso de separación – individuación del bebé respecto de sus cuidadores, magistralmente descrito por Mahler y colaboradores (Mahler, 1990; Mahler, Pine y Bergman, 2002) muestra el camino que recorre desde su fusión más simbiótica con la madre / cuidador principal hasta culminar en la vivencia como sujeto separado y diferenciado de las figuras de referencia, como individuo. Nos parece de especial importancia la transición por una fase clave de este: la crisis de *reacercamiento* (4), cómo mamá y bebé se encuentran tras una exploración de este. Y es en esta fase donde todo esto se va a poner en juego.

Si todo va bien, este equilibrio entre potencia y vulnerabilidad reasegurará emocionalmente a este bebé ya casi niño. Con la angustia calmada por la disponibilidad del cuidador, la exploración se pondrá al servicio de los procesos cognitivos y presimbólicos. El niño va aprendiendo por un motor interno que le hace tener curiosidad por conocer el mundo, los objetos y las relaciones con los otros. Se está preparando también para abrir así un nuevo interés: las nuevas relaciones, diferentes modos de interacción y curiosidad por los iguales. El bebé ya ha pasado por la etapa de la angustia ante el extraño, que le permitirá depositar en el cuidador, en la madre, todo un sistema relacional que empleará para regular el estrés generado ante una situación displacentera. Ese momento de su proceso de separación e individuación lleva al niño a experimentar el mundo desde el inicio de la marcha libre, a reencontrarse con el cuidador, a gestionar las angustias y a regular el estrés ante las nuevas vivencias, y culminará con el establecimiento de un determinado patrón de apego: seguro, inseguro evitativo, inseguro ambivalente o, en el peor de los casos, un patrón desorganizado.

Por su parte, los mecanismos de autorregulación que el niño ha ido desarrollando desde sus primeros meses con ayuda de unos cuidadores coherentes, continuos y simultáneos (Becerra, 2018) contribuyen al desarrollo de la capacidad de contención de las distintas angustias, así como de la gestión de las experiencias de separación y pérdida. La aparición de síntomas –trastornos en las funciones somáticas, retrasos

en la maduración de un factor específico, dificultades en las relaciones, trastornos de conducta, cuadros de apariencia neurótica, etc.- representa, en última instancia, la manifestación de ese fracaso en la ligazón de experiencias molestas, esa ineficacia para dominar la angustia, tanto desde el punto de vista económico como dinámico: “Son niños con un aparente contacto con la realidad, sin una sintomatología psicótica manifiesta, pero que por el contrario no parecen capaces de establecer una organización psíquica susceptible de conferirles dominio y distanciamiento respecto de una angustia siempre perceptible”, nos recuerdan Marcelli y Aju-riaguerra (1988), a propósito de aquellos casos que están “en las fronteras de la nosografía”. Esta angustia se transforma enseguida en agresividad mal contenida, dando lugar a pasos al acto o, en caso de ser inhibida, a un retraimiento importante. Nos encontramos aquí con unos cuadros sintomáticos de riesgo que tienen en común una mala gestión de las angustias y las emociones.

Este momento del desarrollo psíquico del niño, además, teje un nuevo entramado que le capacita para dar un salto más en el desarrollo de las capacidades del yo -cognición, emoción, relación- al servicio de la configuración de la autoestima. Pensemos en estos niños frágiles, emocionalmente dependientes, retraídos, insatisfechos, tiranos, con dificultad para transitar por sus etapas evolutivas y para llevar a cabo su desarrollo psíquico de manera estable, en quienes siempre aparecen pequeños o grandes desajustes que hacen percibirlos con una dificultad en la integración de su yo.

Cuando realizamos la anamnesis y recorremos las etapas tempranas, los padres comentan pequeñas dificultades que se van resolviendo, para aparecer otras posteriormente: la irritabilidad de bebé, los pequeños desajustes somáticos en el sueño o la alimentación, la dificultad de gestión emocional con baja tolerancia a la frustración. Se trata de esos niños que fracasan en la elaboración de su propia vulnerabilidad y dependencia del cuidador, que no toleran apenas conectar con un yo frágil, desarrollando en su lugar un yo que no acepta perder; con necesidad de ser siempre los primeros, que presentarán en última instancia una dificultad para ser

enseñados, al no tolerar la corrección porque representa un signo de no saber. Niños, pues, con un trastorno en el desarrollo del narcisismo (Kohut, 1989).

Estamos, pues, ante otro momento en el desarrollo psíquico altamente sensible. La coincidencia, en un mismo momento psíquico, de una mayor inseguridad ante la toma de conciencia de la separación de la figura maternante, de la diferencia anatómica sexual que desencadena la angustia de castración, y de la reacción de la figura de apego. Ante ese repliegue hacia ella cuando ya había comenzado a separarse, generan un conflicto de cuya resolución dependerá la salida satisfactoria de la simbiosis, así como, por parte del cuidador, la regulación emocional de miedos y angustias que le provoque el hecho de ver los momentos iniciales de autonomía del hijo.

Si contemplamos este momento psíquico desde la psicología del yo, el desarrollo del lenguaje pasa a llenar el espacio transicional que queda entre el niño y su figura de cuidado. Se trata de un espacio no solo físico, sino emocional, que servirá de motor para la puesta en marcha de recursos comunicativos verbales sin abandonar los no verbales, funcionales hasta ese momento.

Llegados a este punto, quisiera destacar la aparición del “sí” como hito máximo de esta etapa. La observación nos ha permitido apreciar que, sobre los 14 y 15 meses, un bebé es capaz de expresar mediante su asentimiento o con una emisión vocal cercana al “sí” (“ti, i”) que quiere aquello que se le ofrece. Hay que otorgar a este “sí”, expresado tanto verbal como gestualmente la importancia que se merece. A lo largo de estos años, hemos comprobado que los niños que presentan cualquier alteración en el desarrollo en esta etapa no dicen “sí”. El bebé, inmerso en este proceso de separación e individuación del cuidador, percibe que hay cosas que están fuera de su deseo y que pertenecen al deseo de otro. El cuidador le ofrece compartir algo con él: “¿quieres natilla?, ¿quieres salir?, ¿nos bañamos?”. Y el bebé ya está en disposición de comunicar con un elemento simbólico el lenguaje expresivo, que desea compartir aquello que se le ofrece.

Como sabemos, el “no” se pone en marcha muy tempranamente como mecanismo para expulsar lo que le invade. No voy a entrar en

el magnífico desarrollo que realizó Spitz sobre el “no”, al que consideró tercer organizador psíquico, “origen de intercambios recíprocos de comunicaciones, intencionales y dirigidas, por medio de símbolos semánticos” (Spitz, 1972).

La complejidad del “sí” sólo aparece una vez que el bebé percibe que hay un otro diferente de sí mismo. Si enfrentamos a un niño con problemas de desarrollo, como los niños diagnosticados de TEA, a la situación de ofrecerles un objeto, una acción o una propuesta que sabemos que quiere, observaremos que su tendencia es aceptarlo sin mayor intercambio comunicativo, tanto verbal como no verbal. La aparición del “sí” puede emplearse como otro signo que permite detectar tempranamente dificultades en el desarrollo.

Rondando el momento de la marcha libre, vemos una complejidad de posibles dificultades en el desarrollo que nos llevará desde problemas conductuales y de gestión emocional, problemas en el establecimiento de competentes funciones del yo, así como, en el peor de los casos, nuevamente dificultades graves en la estructuración de su psiquismo.

Cada avance en la trayectoria del desarrollo progresivo representa la superación de un momento de riesgo, aunque, en ocasiones, los pasos no se dan con la calidad necesaria, por lo que el bebé se va fragilizando psíquicamente. En ocasiones, cuando vemos bebés con patología más grave, el tránsito “de puntillas” por la etapa de establecimiento de la intersubjetividad secundaria hace que, una vez se ponga en marcha el desplazamiento autónomo, los recursos emocionales se vean desbordados y se detenga en su desarrollo psíquico. El bebé se protegerá con la aparición de conductas más regresivas, que le defienden de aquello que no puede gestionar. El desplazamiento autónomo coloca al bebé en la posición de tener que gestionar de forma activa situaciones, encuentros y conflictos. Esto provoca, si no está bien establecida, la dependencia con adulto cuidador, la aparición de signos clínicos mucho más evidentes que indican una detención o un retroceso en la adquisición del lenguaje oral. Comprobaremos la ausencia del establecimiento de la atención conjunta con el *pointing* con intención comunicativa. No aparecerá, por tanto, el “sí” como recurso

para incorporar lo que viene de afuera, mostrará inexpresividad facial y transmitirá esa sensación de no necesitar al otro.

A modo de conclusión

Hagamos un breve y, quizás, reduccionista paso por los cuatro momentos antes descritos. Consideramos el embarazo como un tiempo intenso que nos lleva a velar por el estado emocional tanto de la gestante como de su entorno más cercano. Proyecciones, conflictos transgeneracionales y la instalación de estados depresivos durante y después del embarazo, tanto de la madre como de su pareja, nos lleva a situar nuestro primer punto en la prevención, con la atención hacia el establecimiento de un vínculo afectivo suficientemente adecuado que permita a la madre y a su bebé el desarrollo de unas interacciones tempranas garantes de la construcción de los primeros pilares emocionales que le permitan a este último un desarrollo psíquico saludable.

El segundo momento que requiere prestar atención en la prevención del buen desarrollo del bebé gira alrededor de la aparición del primer organizador psíquico, aquel que va a permitir al bebé el proceso activo de las primeras interacciones con un otro. La ausencia de sonrisa social sobre el tercer mes junto con la mirada hacia el interlocutor (Klin y Jones, 2013) se consideran uno de los primeros signos de alarma en el bebé que nos indica que algo en su capacidad para la interacción no se está dando con la calidad que requiere.

Un tercer momento se encuentra en el complejo entramado de procesos que culminan con que el bebé desarrolle una intencionalidad con el otro que le permita incorporar el uso del objeto en la interacción con el adulto, al tiempo que pone en marcha los precursores de lenguaje al servicio de la interacción y de la comunicación. Si no se instala en el bebé lo que se ha llamado intersubjetividad secundaria, si no podemos evaluar la atención conjunta, tendremos otro punto clave que nos indique un riesgo grave en su desarrollo.

Por último, el cuarto momento clave estará marcado por toda una serie de competencias que se están poniendo en funcionamiento o se

están consolidando en el bebé: la marcha libre, el proceso de separación e individuación, el establecimiento del patrón de apego, la aparición del lenguaje expresivo con el “sí” como máximo representante, el desarrollo de nuevas competencias cognitivas, y la aparición de mecanismos autorregulatorios, entre otros, que permitirán el desarrollo de herramientas de gestión emocional. En este periodo, el acento del riesgo será la evolución hacia un desarrollo insuficiente de las funciones del yo, manifestado a través de un registro comportamental inadecuado y de un manejo de las angustias poco eficaz, así como por el establecimiento de una futura imagen de sí mismo frágil. Y, en el peor de los casos, se producirá la consolidación de fallos en la estructuración de su psiquismo que impedirá un desarrollo armónico.

En resumen, el periodo comprendido entre la gestación y el nacimiento y los 18 meses de vida del bebé constituyen la época donde se asentarán los pilares sobre los que se construirá la estructura psíquica del niño. Atravesará por momentos clave, algunos de ellos especialmente críticos, de los que dependerá el desarrollo emocional posterior más o menos saludable en función de cómo se transite por ellos. Debido a la alta sensibilidad de esta franja, señalamos la importancia en el acompañamiento, tanto del bebé como de su familia, a lo largo de esta etapa, y de esta manera detectar, atender e intentar revertir posibles desajustes tempranos.

Agradecimientos

Agradezco al Dr. Fernando Dualde Beltrán sus acertadas aportaciones y correcciones, así como estar siempre disponible a escuchar y animar mi desarrollo profesional en el campo de la perinatalidad.

Notas

(1) A lo largo del texto empleamos la convención de utilizar el sustantivo “padre(s)” para referirnos tanto a la figura materna como a la paterna, conscientes de que los cambios sociales acontecidos hacen recomendable el empleo del término “cuidador”, que no conlleva una connotación de género ni de origen. Del mismo modo

el uso de “niño(s)” e “hijo(s)” remiten a los dos (o más) géneros.

(2) Entendido en este contexto como esa “estructura permanente del sujeto [en la que] existe un verdadero equilibrio energético entre las catexis de objeto y las catexis del yo”, de forma que la madre emerge de ese periodo de fusión por el hijo y se reorganiza, conectando de nuevo con el ideal del yo (Laplanche, Pontalis y Lagache, 2004).

(3) Desde sus inicios, el psicoanálisis ha sostenido que todo fenómeno psíquico obedece a las leyes de las *series complementarias*, que determinan que el origen de todo fenómeno psíquico es el resultado de la interacción entre la dotación biológica de cada ser humano y sus vivencias tempranas. Freud denominó *factor genético* a esa combinación, en coincidencia con lo que luego ha sostenido la más moderna genética.

(4) Señalar aquí la disparidad entre las traducciones al español de la obra de Mahler. Así, mientras que en *Separación – individuación* (Mahler, 1990) el término original “*rapprochement*” se traduce como “reacercamiento”, en *El nacimiento psicológico del infante humano. Simbiosis e individuación* (Mahler et al., 2002), se traduce por “acercamiento”, con lo que se pierde esa connotación que recoge el *Oxford Advanced Learner’s Dictionary* de restablecimiento de relaciones entre dos facciones que previamente estaban enfrentadas, más acorde al contexto en que lo describen Mahler y colaboradores.

Bibliografía

- Ainsworth, M. D. S. y Bell, S. M. V. (1970). Attachment, exploration, and separation: illustrated by the behavior of one-year-olds in a strange situation. *Child development*, 41(1), 49-67.
<https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.1970.tb00975.x>
- Alcamí Pertejo, M., Béjar Trancón, A., González Serrano, F., León Allué, L., Mollejo Aparicio, E. y Prego Dorca, R. (2015). *Psiquiatría perinatal y del niño de 0-3 años*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría - SEPYPNA.
- Báez López, M. (2015). La perinatalidad: el estado de la cuestión. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 59, 83-91.

- Baumann, Z. (2000). *Modernidad líquida*. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica.
- Becerra Gordo, M. (2018). Mecanismos autorregulatorios en el bebé y sus interacciones tempranas. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, 65(1), 105-109.
- Bydlowski, M. (2007). *La deuda de vida. Itinerario psicoanalítico de la maternidad*. Madrid: Biblioteca Nueva.
- Dualde Beltrán, F. (2018). El niño que sufre emocionalmente. El aumento de la psicopatología en la infancia del siglo XXI. *Revista de psicopatología y salud mental del niño y del adolescente*, 32, 43-55.
- Giddens, A. (1995). *Modernidad e identidad del yo. El yo y la sociedad en la época contemporánea*. Barcelona: Ediciones Península.
- Golse, B. (2005). El bebé, el niño y la violencia de acceso al lenguaje. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del niño y del adolescente*, (5), 67-81.
- Grimalt O. L. y Heresi, M. E. (2012). Estilos de apego y representaciones maternas durante el embarazo. *Revista Chilena de Pediatría*, 83(3), 239-246.
- Ibáñez Fanés, M., Riverola, A. y Agut, T. (2010). Travailler pour un avenir de santé du grand prématuré: un parcours de vingt ans. En *Dans Que sont parents et bébés devenus?* (pp. 155-174).
- Klin, A. y Jones, W. (2013). Attention to eyes is present but in decline in 2-6-month-old infants later diagnosed with autism. *Nature*, 19, 504 (7480), 427-31.
- Kohut, H. (1989). *Análisis del self. El tratamiento psicoanalítico de los trastornos narcisistas de la personalidad*. Buenos Aires: Amorrortu.
- Laplanche, J., Pontalis, J. y Lagache, D. (2004). *Diccionario de psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.
- Lecannelier Acevedo, Felipe. (2006). *Apego e intersubjetividad*. Santiago (Chile): Ed. LOM.
- León Allué, L. (2014). Programa de Salud mental materno-infantil del complejo hospitalario «Mancha Centro» en los ámbitos intrahospitalario y comunitario. En *XVI World Congress of Psychiatry. Focusing on access, quality and human care, Volume 2*, 689-690. Madrid: World Psychiatric Association.
- Llairó, A. y Gomà, M. (2017). Representaciones maternas y observación madre - bebé. *Cuadernos de psiquiatría y psicoterapia del niño y del adolescente*, (64), 23-28.
- Mahler, M. S. (1990). *Estudio 2. Separación - individuación*. Buenos Aires: Paidós.
- Mahler, M. S., Pine, F. y Bergman, A. (2002). *El nacimiento psicológico del infante humano. Simbiosis e individuación*. México: Enlace Editorial.
- Manzano, J., Palacio-Espasa, F. y Zilkha, N. (1999). *Los escenarios narcisistas de la personalidad*. Madrid: SEPYPNA.
- Marcelli, D. y Ajuriaguerra, J. (1988). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.
- Nanzer, N., Knauer, D., Palacio Espasa, F., Qayoom-boulvain, Z., Hentsch, F., Clinton, P., ... Scouezec, I. L. E. (2017). *Manual de psicoterapia centrado sobre la parentalidad* (pp. 1-22). Barcelona: Ediciones Octaedro.
- Olza, I. y Fernández del Castillo, I. (2018). *Instituto Europeo de Salud Mental Perinatal*. (en línea). Recuperado 16 de noviembre de 2019, de <https://saludmentalperinatal.es/quienes-somos/>
- Palau Subiela, P. y Benach Prefaci, M. (2005). *Presentación pro-Fundación Valenciana para la Salud Mental Infantil desde la Gestación*. Valencia.
- Piazza, E. A., Iordan, M. C. y Lew-Williams, C. (2017). Mothers Consistently Alter Their Unique Vocal Fingerprints When Communicating with Infants. *Current Biology*, 27(20), 3162-3167.e3. <https://doi.org/10.1016/j.cub.2017.08.074>
- Robins, D., Fein, D. y Barton, M. (2009). *Cuestionario M-CHAT Revisado de Detección del Autismo en Niños Pequeños con Entrevista de Seguimiento (M-CHAT-R/F)™*. España: Grupo Estudio MCHAT España
- Spitz, R. (1972). *El primer año de la vida del niño. Génesis de las primeras relaciones objetales*. Madrid: Aguilar S.A. de Ediciones.
- Stern, D. N. (1991). *El mundo interpersonal del infante: una perspectiva desde el psicoanálisis y la psicología evolutiva*. Buenos Aires: Paidós.