

ATENCIÓN PRECOZ DE BASE PSICODINÁMICA

XI Reunión interdisciplinar sobre poblaciones de alto riesgo de deficiencia
Madrid 30 de noviembre de 2001
Núria Beà- Fátima Pegenaute

Antes que nada deseo agradecer a la organización de estas Jornadas su invitación a participar en esta mesa redonda tan interesante. Pienso que poner en común la forma de trabajar de cada uno nos ayudará a todos a revisarlas, lo cual siempre resulta enriquecedor.

Según el Libro Blanco se entiende por Atención Precoz el conjunto de intervenciones dirigidas a la población infantil de 0 a 6 años, a la familia y al entorno, que tienen como objetivo dar respuesta lo antes posible a las necesidades, transitorias o permanentes, que presentan los niños con trastornos en el desarrollo o que corren el riesgo de sufrirlo.

A los Centros de Desarrollo Infantil y Atención Precoz (CDIAP) nos llegan consultas de bebés y niños menores de 4 años, en situaciones muy diversas:

1. Niños a los que, en el momento de la consulta no se les aprecia dificultades evolutivas, pero que tienen riesgo de padecerlas; este riesgo puede ser debido a alteraciones biológicas (prematuridad extrema, ingresos repetidos por enfermedad, etc) o social (entorno gravemente deficitario, adicciones de padre o madre, patología mental de los padres, etc)
2. Niños con trastornos de tipo emocional y que pueden expresarse por ejemplo a través de dificultades en el dormir, de alimentación, retrasos del habla, etc.
3. Niños con un trastorno de personalidad de mayor o menor gravedad
4. Niños con afectaciones neurobiológicas de cualquier orden: Sd. de Down, Parálisis Cerebral, etc.

El objetivo que persigue la intervención desde el CDIAP en todos los casos es impulsar el mejor desarrollo posible de cada niño, tanto desde el punto de vista de sus

capacidades cognitivas como emocionales y relacionales a fin de que pueda alcanzar una personalidad equilibrada. Para ello es necesario conocer y entender al máximo los recursos del niño y los de sus padres, las ansiedades que se generan en la relación entre ellos, las defensas que se ponen en marcha, los aspectos negativos y los aspectos positivos de estas defensas, las dinámicas positivas y los círculos viciosos empobrecedores que obstaculizan la evolución y cronifican los problemas, para así poder introducir elementos que ayuden al progreso.

El equipo es pluridisciplinar y formado por pediatra, psicólogos, logopeda-psicólogo, fisioterapeuta y asistente social. Todos con una formación dinámica para poder escuchar y observar los factores que antes nombraba, de modo de tenerlos siempre presentes y saber como atenderlos e ir introduciendo elementos que puedan mejorar la situación, sea cual sea la disciplina específica de cada profesional.

Basamos nuestro trabajo en una visión psicodinámica de la relación y, especialmente, en la corriente psicoanalítica que ha desarrollado la observación de bebés, de las interacciones de éstos con el entorno y que ha investigado el papel de estas interacciones en la evolución. Sobre ello han trabajado autores como Brazelton, Stern, Golse, Cramer, Corominas, Palacio-Espasa y tantos otros antes como Mahler, Spitz, Lebovici, etc. etc.

Sabemos que el hecho de que los bebés y los niños evolucionen se debe tanto a sus capacidades biológicas innatas, como al estímulo que reciben de su entorno. Entendemos que la capacidad de aprender, así como la evolución social y el equilibrio emocional se desarrollan en la interacción del niño con su entorno (padres). Es en esta relación que se generan los estímulos imprescindibles para que el bebé (el niño) pueda organizar su mente. Desde el inicio, lo esencial para que la relación entre la madre y su bebé sea enriquecedora es la capacidad de ambos actores de estar en sintonía: la madre

observa e interpreta las conductas de su hijo y gradúa sus respuestas para mantenerse en un diálogo estimulante con él. El significado que ella intuitivamente da a estas conductas viene mediatizado por su propia situación interna respecto a aquel hijo, lo que conocemos como *representantes internos del hijo en la madre* y que se configuran por: el impacto individual que ese hijo hace sobre ella y las experiencias anteriores de la propia madre: su historia personal, sus conocimientos, las corrientes de pensamiento predominantes en que esté inmersa, etc. A través de su respuesta la madre pone en contacto al bebé con el mundo externo (le enseña juguetes, el nombre y el uso de cada objeto, le da a probar distintos sabores) y también le da a conocer sus necesidades internas (el nombre de sus emociones); en las primeras etapas de la vida del bebé esto transcurre básicamente por el canal de la acción y la relación sensorial (por ejemplo cuando la madre capta que el niño está hambriento y lo alimenta) y más adelante también a través del canal de la palabra (tal vez la madre no traerá la comida de forma inmediata, pero tranquilizará al niño y con su explicación le ayudará a esperar).

Cuanto más alejada de la realidad está la interpretación que la madre hace de los movimientos, las demandas, etc. de su hijo, más desajustadas e incoherentes serán las respuestas que le de y por tanto éstas serán menos comprensibles para el bebé, menos asimilables y de resultados menos estimulantes, o claramente desorganizadoras de su evolución.

Tal y como muestran los trabajos de Brazelton, en esta relación entre madre e hijo, el bebé tiene desde el principio un papel importante en interesar y atraer a su madre, determinado por su dotación biológica. Uno y otra se estimularán y, con el tiempo, aumentarán y enriquecerán este diálogo, del cual surge la palabra. Además, según sea el temperamento del bebé y sus condiciones personales, de salud, etc. despertará en la

madre distintas representaciones internas de él mismo, que influirán en la relación entre ambos. Por ejemplo:

- un bebé muy inquieto, llorón, impaciente y demandante puede hacer sentir a una madre que “ es igual que su padre: exigente y dominante” y por esta misma razón, despertar en ella un fuerte rechazo inconsciente.

Otro ejemplo:

- Un bebé que debe vivir conectado a un monitor de apneas despertará fácil y comprensiblemente el temor de que muera en su madre; de resultas ésta tendrá muchas mayores dificultades para poder observarlo y graduar el tipo de respuesta que el bebé necesita y fácilmente caerá en una relación de sobreprotección que no será beneficiosa para el progreso del hijo, o bien no se podrá acercarse a él.

Aunque aún no he mencionado al padre, es evidente que, desde el inicio tiene un papel muy importante en la evolución del hijo. En el primer tiempo, su relación con el bebé es menos intensa que la de éste con su madre. Pero en cambio el padre tiene el papel fundamental de dar apoyo y contención emocional a la madre y ayudarle a observar la realidad del bebé, justamente desde su óptica más distante y menos comprometida. A medida que pasa el tiempo el padre va entrando cada vez más en relación directa con su hijo, realizando más funciones “maternas” (alimentar, jugar, limpiar) y favorece que pueda irse despegando de la madre.

Si decía al principio que los niños necesitan estímulos que promuevan su evolución, en todos los casos que nos consultan esto es más cierto aún. En estos casos se necesita todavía más que la interacción sea ajustada, cuidadosa...; no se trata de que haya más estímulos, sino que estos sean **bien** adecuados a la necesidad del niño en cada momento, de forma que promuevan evolución. Por tanto, los padres deberían poder hacer una

observación adecuada en cada momento, que les permitiera –a través de su intuición– ajustar su nivel de interacción, por un lado, y ayudar al niño a estar en situación de calma y atención para que pudieses aprovecharlos. Y justamente en estos casos los padres están en condiciones más difíciles (por la ansiedad) para ejercer su función.

Ellos están digiriendo, tratando de metabolizar, las dificultades que se han presentado alrededor del nacimiento del niño, o el diagnóstico que se les ha dado, o aquello que la maestra les dijo; están tratando de hacer el duelo por el bebé, el niño que deseaban tener y hacerse cargo de quien y como es su hijo real. Algunas veces, cuando la familia nos consulta el niño todavía está en un proceso médico de exploraciones, ingresos para llegar a un diagnóstico sindrómico o etiológico, o bien para tratar alguna patología médica. Todo ello, como se entiende, es una situación dura, difícil, cargada de ansiedad y sufrimiento, harto complicada para los padres. Necesitarán ayuda para descubrir a su hijo: como calmarlo, como dialogar con él, como interesarlo, etc. pues éste, además, dadas sus propias dificultades, da señales alteradas y más difíciles de descifrar.

En otras ocasiones, nos encontramos que el niño “per se” tendría todas sus potencialidades íntegras, pero los padres, debido a su propia estructura de personalidad, a su psicopatología, o bien porque tienen una sobrecarga de dificultades, viven una situación excesivamente complicada y están en malas condiciones para observar al bebé e interactuar con él de forma adecuada.

Como se lleva a cabo la atención

Entendemos que la intervención del profesional de Atención Precoz debe, ante todo, centrarse en ayudar a la madre a ajustar sus respuestas a las necesidades del bebé. Se trata de darles a conocer al hijo real, completo, no solamente su diagnóstico y sus dificultades, sino también sus capacidades, aunque éstas sean mínimas: su posibilidad de tranquilizarse, de comunicarse, de diferenciar, de tener intereses, etc. que a veces la

preocupación de los padres por el diagnóstico –o su propia patología mental- no les deja ver. De estas capacidades es de las que habremos de partir para ayudar al niño en su progreso, en su capacidad de diferenciarse y de separarse para poder alcanzar una individualidad propia.

Nuestro trabajo tiene siempre, necesariamente, dos fases: una primera fase diagnóstica y una segunda fase terapéutica. Aunque a nivel de exposición las explicaré como claramente diferenciadas, entendemos que el tratamiento se inicia en nuestro primer contacto con la familia ya que, a través de nuestra forma de escuchar, preguntar y poner en palabras nuestras las dinámicas relacionales que ellos refieren, éstas empiezan a modificarse. De otro lado, por la misma razón, el diagnóstico se va modificando a medida que el tratamiento avanza.

La Primera visita es el primer contacto directo con la familia: Dejamos que sea la familia la que elija libremente quien va a asistir a ella, ya que ello nos permite empezar a observar el juego relacional que se da entre ellos. Acogemos a la familia con las preocupaciones por las que nos consultan en una atmósfera abierta, de escucha, que les permita expresarse de forma libre, siguiendo sus propias asociaciones. De esta forma, el entrevistador podrá conocer cual es la demanda explícita que nos formulan y también empezará a conocer cual es la explicación que ellos mismos se dan.

Después formularemos las preguntas que necesitemos para concretar algún dato, ampliar información, recoger la historia evolutiva del niño; también pediremos los informes médicos previos que nos hagan falta, exámenes complementarios, nos pondremos en contacto con la educadora de la guardería, etc.

Toda esta información permite al entrevistador hacer una primera hipótesis diagnóstica que confirmará, matizará o refutará a través de la exploración. Según sea el motivo de consulta, la situación del niño, etc. será uno u otro miembro del equipo el que la lleve a

cabo. Esta exploración incluye básicamente la forma de relacionarse del niño con su entorno, (madre, terapeuta, objetos), su nivel evolutivo y sus competencias. Puede llevarse a cabo a través de sesiones de juego o de la pasación de algún test adecuado. Se hará en presencia o no de la madre según el nivel de desarrollo del niño y su capacidad de separarse.

Todo ello nos permite establecer nuestro diagnóstico que completará aquel que, a menudo, la familia había recibido previamente y que, con frecuencia, es un diagnóstico inequívoco, cerrado, opresivo como: Síndrome de Down, hemorragia intracraneal, dificultades visuales severas. Se trata de que nuestro equipo establezca otro diagnóstico, el de las posibilidades evolutivas, de las capacidades, etc que añadimos al primero. Pienso que es muy importante tener en cuenta como comunicamos nuestras impresiones a la familia, ya que de ello dependerá en parte el ánimo y el interés con que tratarán de comunicarse, de vincularse y, por tanto, de estimular al niño. Si lo dejamos todo en manos de los cromosomas y no explicamos con claridad que el progreso y por tanto el futuro del niño será distinto según hagamos a partir de ahora, es difícil que les podamos interesar en nuestras propuestas. Debemos ser por un lado veraces, transmitir la realidad, no fomentar la negación ni la idealización (pues es la única forma de que los padres –y la escuela, parientes, etc- puedan orientarse en cuanto a las necesidades del niño) y, por otro lado, transmitir las posibilidades de progreso, las capacidades que hemos observado en el bebé, etc. ya que son estas las que, a través de nuestro trabajo, pretendemos estimular y potenciar. Desequilibrar la balanza en forma negativa, transmitiendo únicamente la gravedad, las secuelas, el riesgo en cuanto al futuro, serviría solamente para deprimir más a los padres con lo cual tendrían pocas posibilidades de vincularse a su bebé. Ser triunfalistas, negar la gravedad es evidente que sería un engaño, que no se aguanta en pie y que tampoco ayudaría.

Nuestro diagnóstico –aunque no necesariamente se comunique de esta forma a la familia- debe incluir, además de la situación del niño, una aproximación a la situación familiar: capacidades de los padres, ansiedades, proyecciones sobre el niño, relaciones con los hermanos, etc. pues todo ello influye en el planteo terapéutico que hagamos.

Junto a nuestra comunicación del diagnóstico debemos también hacer una propuesta terapéutica. El trabajo debe tender a modificar las ansiedades y las defensas de la familia y de cada uno de sus miembros, de forma que el sistema relacional ayude al máximo al progreso de todos ellos. Así, propondremos sesiones madre-niño, padres-niño o bien tratamiento al niño y entrevistas de seguimiento a la familia. Siempre, tendremos “in mente” que conduzca el tratamiento el terapeuta más adecuado según el motivo de consulta, el diagnóstico funcional y las necesidades familiares. De todos modos, tanto si el tratamiento directo lo lleva a cabo la fisioterapeuta del equipo, la logopeda, etc. deberá incluir el sistema relacional, siempre complejo de la familia y se hará teniendo en cuenta las aportaciones de los demás miembros del equipo.

Hemos de tener presente que por sus dificultades personales una madre puede no ser capaz de realizar algo concreto que se le está indicando y que nos traerá a la consulta sus razones –racionalizaciones- de porque no puede hacerlo. Incluso, el sentimiento de culpa por no ser obediente con nosotros puede empeorar su depresión o ansiedad

- Por ejemplo, mientras atiende a la demanda de una familia que ha consultado por un niño afecto de parálisis cerebral la fisioterapeuta podrá darse cuenta de los temores, sentimientos de culpa, etc. de la madre, que la llevan a no permitir que el niño experimente con su propio cuerpo y tenerlo siempre en la sillita aunque se le haya recomendado que pase más ratos en una colchoneta en el suelo. Si puede escuchar a la madre en una atmósfera suficientemente contenedora y la ayuda a que hable de su ansiedad, sus fantasías y los temores que se le despiertan al ver a su hijo con sus

movimientos desorganizados y anómalos, la estará ayudando a poder soportar mejor estas dificultades de su hijo. Con esto favorecerá que pueda aguantar verlo y que, en consecuencia, pueda permitirle ejercitar sus movimientos en la colchoneta.

- Otro ejemplo en el mismo sentido: Recuerdo una madre de mediana edad que acudía porque su hijo de 26 meses era muy inquieto, evolucionaba con retraso global del desarrollo y, sobre todo del habla. En la primera visita refirió que en la guardería le habían dado consignas respecto a no malcriar ni consentir al hijo y, en cambio, obligarlo a hablar. Posteriormente, relató una separación matrimonial unos meses antes de la consulta y de la cual ella no se había rehecho y que la habían llevado a, literalmente, pegarse a su bebé con quien dormía y al que le costaba muchísimo dejar en la guardería, pero que, a la vez, temía que en un futuro la dejara, porque de carácter lo veía igual que el padre al que describía chulo, pasota, etc. Aunque la educadora de la guardería tenía razón en cuanto a que la forma de relación que madre y niño establecían era poco adecuada y no favorecía el progreso del niño, se tenía que ayudar a que la mujer pudiera darse cuenta de sus dificultades en ver al niño como alguien separado de ella, con su individualidad y también distinto al padre, para que pudiese realmente cumplir con las indicaciones que se le habían hecho. Sentirse incapaz y mala madre sólo habían empeorado su situación.

Cada familia nos obliga a adecuar nuestro nivel de intervención: desde dirigir, diciendo de forma concreta qué deben y qué no deben hacer (caso de que puedan hacerlo) en la crianza de sus hijos, hasta sencillamente respaldar, apoyar y contener. Con frecuencia, madres a las que al principio hay que guiar de forma abierta, asumiendo su necesidad de dependencia, en la medida que se sitúan, se tranquilizan, están menos ansiosas y pueden irse haciendo cargo cada vez más de observar por sí mismas y de entender las situaciones, lentamente desarrollan sus capacidades de crianza. Si, además entretanto, el

hijo progresa, les será más fácil vincularse a él. En estos casos, es muy útil que la madre esté presente en las sesiones con su hijo. La terapeuta a través de sus observaciones ayudará a la madre a descubrir al niño, a entender sus necesidades, sus formas de comunicarse, etc. además tratará de potenciar los recursos de la propia madre que algunas veces, ella, llevada de su depresión, de su ansiedad, no utiliza, ignora o sencillamente no considera válidos. Igualmente, incluir a la madre en las sesiones, minimizará la posibilidad de que la madre sienta rivalidad del/de la terapeuta que actúa como “una buena madre de su hijo”, hecho que hay que cuidar de evitar ya que sólo empeoraría la situación relacional entre ambos.

Hay madres que con muy poco van bien. Con tan sólo prestarles apoyo en la situación difícil de tener un hijo con deficiencias severas, ayudándolas a pensar en voz alta, apoyando aquello que espontáneamente harían, pero que dada la situación de mayor complejidad les hace dudar, son capaces de encontrar formas de relación ricas y estimulantes tanto para ellas como para el niño. Son madres que en condiciones normales nunca nos hubieran llegado y que observan e interpretan a su hijo, ven sus dificultades, pero también son capaces de captar sus recursos y apoyarles para que los utilicen. Estas madres, más que otra cosa, nos enseñan. Recuerdo un niño de 4 años afecto de una parálisis cerebral severa, que en cambio estaba muy bien conectado con su entorno y que, a su nivel, se comunicaba perfectamente a través de un código de signos que había ido surgiendo entre él y su madre de forma natural: ella le hablaba y él respondía con algún gesto. A la vez, la madre había ido transmitiendo este código a todos los que estábamos próximos de forma que pudiésemos entender aquello que el niño deseaba decirnos.

Diferentes momentos a lo largo del proceso:

También en cada época de la vida del niño las ansiedades, los temores, las preocupaciones de los padres, serán vividos de diferentes maneras y esto debe ser tenido en cuenta. Pero siempre hay unos momentos en que vuelven a emerger a primer plano el dolor y la depresión, pues se vuelve a hacer más presente la dificultad del hijo. Momentos como el primer cumpleaños (en que el bebé puede estar lejos de caminar como ellos hubiesen esperado), la comunicación de un diagnóstico neurológico (que vuelve a dejar claro, aunque ya se les hubiese dicho, que no hay “cura” posible), la entrada en la guardería (que pone en evidencia las dificultades por comparación con sus compañeros) o la despedida del propio servicio de atención precoz (que a veces los padres viven como un abandono por nuestra parte), son momentos en que vuelve a verse de forma clara la diferencia entre el bebé real y el niño esperado, soñado.

Grupos de padres:

Una buena herramienta que podemos utilizar en este proceso de ayudar a los padres a metabolizar, digerir, elaborar la situación de sus hijos, son los grupos de padres. Su objetivo es favorecer que puedan compartir entre ellos –con la ayuda del o de los terapeutas y con el foco centrado en la relación con sus hijos-, las reacciones, expectativas, posibilidades y frustraciones que sus hijos les despiertan. Encontrarse con otros padres en una situación similar a la suya les permite poder compartir sus sentimientos, sentirse comprendidos, de una forma que muchas veces no han podido tener con anterioridad. Manifiestan a menudo que los familiares no los entienden, los amigos les compadecen y los profesionales son eso, profesionales y no pueden ponerse en su lugar o, incluso, que “ya lo ven normal todo porque ya están acostumbrados”. Este espacio entre iguales ayuda a compartir su sufrimiento por el hijo discapacitado, les ayuda a poner sus sentimientos, ansiedades y temores en palabras, y mejora sus posibilidades de relacionarse con él. Recuerdo una madre que en un grupo expresaba

algo así como: “los demás padres no comprenden que celebremos que nuestro hijo hace algo que ya hace tiempo que debería saber hacer; más bien piensan que nos tendríamos que desanimar y es que ellos no saben cuanto nos ha costado este progreso. Lo tenemos que celebrar todo en privado”.

Evidentemente, no todos los padres pueden aprovechar una experiencia de intercambio de este tipo, por lo que es necesario hacer cierta selección antes de organizarlo. Para no extenderme más dejo este tema para ampliarlo en el coloquio si interesa.

Atención directa al niño

A partir del momento evolutivo en que el niño puede quedarse solo con el terapeuta, con frecuencia realizamos el tratamiento a través de la relación directa terapeuta – niño, sin que los padres estén presentes. El hecho de mantener la madre más o menos tiempo presente dependerá de cual es el objetivo primero del tratamiento y, naturalmente, de la posibilidad de que ella pueda aprovechar el espacio relacional que su presencia en las sesiones le ofrece. En algunos casos, debido a su propia patología, la madre no sólo no es capaz de observar y sacar partido sino que es claramente una interferencia, y por tanto, deberemos atenderla en un espacio diferenciado del de su hijo desde el inicio.

Pensamos que ofrecer al niño un espacio propio, cuando está preparado para ello, permite que él y el terapeuta entablen relación a un nivel que permite hablarle de su forma de enfrentar las dificultades, de mostrar la ansiedad, etc., lo cual le ayuda también a iniciar el proceso de adquisición de una identidad propia.

El tratamiento estimulativo que realizamos es siempre global, atendiendo a toda la evolución del niño (motricidad, pensamiento verbal, habla, lenguaje) así como a su situación emocional ya que cualquier actividad que se le proponga a un niño de corta edad incluye siempre todos estos aspectos. Naturalmente, el terapeuta prestará especial atención el foco primario de sus dificultades, pero nunca se podrán descuidar los otros

aspectos y habrá que estar atento a ellos; en especial a la forma como el niño entiende, tolera, niega, etc. sus dificultades y la ayuda que recibe.

La función del terapeuta no estará muy alejada de aquello que se presupone que las madres “suficientemente buenas” en palabras de Winnicott hacen por sus hijos: de un lado deberá contener sus emociones, verbalizarlas –comentar por ejemplo al niño aquello que capta que siente: tristeza, alegría, aburrimiento, inquietud, miedo-, al mismo tiempo que pondrá en palabras aquello que están haciendo. El terapeuta debe partir de conocer al niño lo más profundamente posible porque solamente así podrá explicarle aquello que ocurre entre los dos, pero también porque solamente así podrá hacerle al niño propuestas capaces de interesarle.

El profesional debe fijarse también en la forma de relación que el niño establece con él, no sea que éste imite, construya, juegue, etc. de forma repetitiva, mostrándose complaciente con el adulto, pero sin estar con la motivación y el interés que aprender requieren, sino llevado de su necesidad de agrandar, de adherirse, de ser sobreprotegido, valorado, etc. situación ésta que, evidentemente, no favorecerían su individuación y su progreso real.

Hemos de recordar que solamente a través del interés y el deseo del niño se logrará que pueda prestar atención a lo que se le propone y, solamente así, cualquier cosa cobrará significado de forma que sea integrable. No se trata de suministrar al niño una acumulación de datos repetitivos y estereotipados, sino de partir de su motivación para proponer interacciones, actividades y juegos que le permitan aumentar sus capacidades.