

LA OBSERVACIÓN DE BEBÉS

El método Esther Bick de la Clínica Tavistock

*Recopilado por
Jeanne Magagna y Clotilde Juárez*

KARNAC 2017

Conocer, cuidar y proteger al bebé

Jeanne Magagna

Introducción

Observar de cerca las interacciones del bebé con otros permite al observador hacerse una idea de su capacidad para confiar en sus padres y recurrir a ellos cuando los necesita. Si la interacción cuidador-bebé es suficientemente buena, el bebé mira a los ojos de su madre, acepta su comida y progresivamente logra las metas de desarrollo para sentarse, caminar, desarrollar la capacidad de la formación simbólica y, poco a poco, hablar y encontrar un número cada vez mayor de formas para llegar a conocer el mundo y relacionarse bien con las personas.

Desafortunadamente, algunos bebés están sujetos a la adversidad. Por ejemplo, la incapacidad de un infante para tolerar la frustración y la agresión le hace más difícil aceptar la falta de sincronía entre padre-niño y sentir amor y gratitud hacia sus padres, lo cual le facilitaría el desarrollo de una representación interna de los padres buenos. Además, si por alguna razón los padres son incapaces de sincronizarse con su hijo y satisfacer sus necesidades de protección, cuidado y contención de experiencias emocionales, el niño sufre varios trastornos en su desarrollo.

Mi propósito es describir el uso de la observación del infante como un procedimiento rutinario para evaluar la interacción padre-hijo

y asegurar que se le proporcionen al infante las oportunidades apropiadas para que sea amado, protegido, cuidado y comprendido. Por conveniencia utilizaré el pronombre él, aunque me referiré tanto a niños como a niñas. El capítulo incluye la discusión de lo siguiente:

Algunas intervenciones preventivas de salud psicosocial que incluyen evaluaciones a los padres, desde el momento de la concepción del bebé y la evaluación de la interacción padre-niño desde su nacimiento hasta los cinco años de edad.

Criterios de evaluación para los programas de intervención que atienden la negligencia emocional y el abuso de los padres hacia los bebés y niños pequeños en riesgo.

El niño no visto

Antes de que el niño inicie la guardería, regularmente está en contacto con los miembros de su familia, ya sea nuclear o extensa, y sus amigos. Esto significa que los médicos familiares y pediatras tienen una carga particularmente pesada por lo que respecta a la observación de la interacción padre-niño cuando un bebé requiere un médico. Para aprovechar la experiencia de los pediatras en esta tarea, el Centro Kamala de Buenos Aires, Argentina, ofrece cursos para los pediatras que trabajan en el hospital pediátrico. Si esto ocurre con más regularidad, ciertos padres y niños pueden recibir ayuda para transformar los obstáculos en el desarrollo del infante antes de que se fijen dentro de la estructura de su carácter o antes de que lleguen a ser factores que contribuyan con sus dificultades somáticas.

Por ejemplo, a Nina, de tres años de edad, la admitieron 56 veces en el hospital por diferentes motivos: epilepsia, bronquitis, asma, retraso en el desarrollo y negativa a comer. Durante los primeros tres años todo el sistema hospitalario fracasó en tratar sus síntomas físicos, y aunque se habló con la madre, nunca se observaron las interacciones de Nina con su mamá, quien no la cuidaba apropiadamente y finalmente la dio en adopción.

No solo la madre, sino una serie de pediatras, trabajadores sociales y enfermeras abandonaron a Nina. Todos ellos la abandonaron pues aunque proporcionaron la ayuda, fracasaron en observar sus interacciones con su mamá y en comprender *su historia*, la historia no examinada de Nina, que es similar a la de un gran número de

niños abandonados emocionalmente, a quienes dichos profesionales “llegan a conocer demasiado tarde”. A algunos de estos niños les sucede lo que a la *Bebe P*, que después de haber sido atendida en el hospital por sus heridas físicas, murió en Londres en 2009. Aunque los médicos y las trabajadoras sociales hablen con los padres, no ven a los niños, *no los conocen*; parece que ninguno sabe cómo comprender las comunicaciones no verbales de los bebés sobre sus estados mentales.

Tratar de conocer las historias de los padres en el momento de la concepción

En varios contextos hospitalarios se han establecido métodos para evaluar la capacidad parental para cuidar a un bebé desde el momento de la concepción, por ejemplo: Di Cagno y Ravetto (1982), en Torino; Massimo Ammanitti *et al.* (2002; 2004), en Roma; y Peter Fonagy *et al.* (1991), en Londres; coinciden en que estos métodos de evaluación muestran a las madres que tendrán o no dificultad para proporcionar el cuidado psicosocial apropiado para sus bebés.

Varios proyectos en Brasil se han diseñado para evaluar la depresión materna y asistir a las madres mediante psicoterapia para que sus hijos no sufran por su depresión. La evaluación debería incluir también la valoración de la capacidad de la pareja para trabajar junta, proporcionando un buen ambiente emocional para el bebé. En el caso de las madres solteras, su red de apoyo debería hacerse explícita. Por ejemplo, en el Hospital del Colegio Universitario de Londres, a las madres que sufren por problemas asociados al alcohol o drogas se les da la oportunidad de dejar las drogas o el alcohol mediante un programa de rehabilitación; en el caso de que no estén dispuestas a hacerlo, se las incorpora en un proceso de toma de decisiones para dar en adopción o cuidado temporal a su bebé. Los bebés no crecen bajo el cuidado de madres que abusen de sustancias tóxicas o con problemas de salud mental, incluyendo la depresión severa.

En otros programas, como el del Prado, en Italia (Coveri y Monticelli, 2001), se atiende a grupos de “padres embarazados” para crear un espacio mental en el que ellos puedan desarrollar su sentido de parentalidad. En Florencia, Gina Mori y colaboradores (2008) observan a los futuros padres durante los nueve meses de embarazo de la madre, para describir cómo toma tiempo y espacio desarrollar la capacidad de

pensar acerca del nuevo bebé y desarrollar la nueva identidad de ser padre.

Conocer las historias de los infantes mediante la observación de sus interacciones

En Inglaterra, inmediatamente después del nacimiento de un bebé, en varios sistemas preventivos del cuidado de salud se acuerdan visitas para ver en su casa al bebé con su mamá, especialmente si los padres no acudieron a una clínica-del-bebé. El servicio de los visitadores de salud es financiado por el Gobierno del Reino Unido para observar la interacción padre-niño y para proporcionar un acompañamiento que apoye a los padres a lo largo de los primeros cinco años de vida.

En Argentina, si se lleva a un niño al hospital pediátrico por alguna enfermedad física y requiere hospitalización, los pediatras suelen primero observar la interacción madre-bebé durante 15 minutos y luego proceden a realizar el examen médico. Los pediatras tienen la oportunidad de aprender los métodos de observación del infante (Briggs, 2002), de los cuales pueden hablar en un seminario de discusión de su trabajo (Cardenal, 1998). Esto significa que los bebés que están emocionalmente en riesgo se ven en la infancia temprana y se los puede atender mediante intervenciones apropiadas.

Proporcionar esquemas de intervención temprana puede ser considerablemente costoso. En vista de esto, el psicoanalista francés Didier Houzel (2010) ha creado un método de intervención muy efectivo y de bajo costo ofreciendo seminarios de la aplicación de la observación del infante de Esther Bick a los estudiantes que semanalmente visitan la casa de infantes-en-riesgo y discuten en el seminario cómo apoyar una interacción madre-infante suficientemente buena. El observador sirve de apoyo para la crianza del niño identificando las fuentes de sufrimiento, los mecanismos de defensa y los factores que dificultan el desarrollo del niño; ayuda también a mejorar las respuestas de la familia para el cuidado-del-niño, la observación y la contención de las ansiedades del bebé, a partir del pensamiento sobre sus experiencias emocionales. Se ha investigado que este método de intervención es efectivo en la disminución del inicio de algunas dificultades tempranas. A la edad de tres años, si estos niños pequeños y sus madres

muestran que todavía requieren ayuda psicológica, después se les ofrece psicoterapia.

Conocer y evaluar a los bebés en riesgo

Es esencial educar a las trabajadoras sociales, los psicólogos y los pediatras en el arte de observar y evaluar las comunicaciones no verbales de los bebés con sus madres. Los jueces que deben tomar decisiones importantes en relación con la vida de los infantes-en-riesgo, podrían beneficiarse de un curso corto para identificar los factores de riesgo en las interacciones madre-infante. En Londres, a los jueces se les han ofrecido esos cursos (Youell, 2002). Las pruebas de evaluación del desarrollo no son suficientemente adecuadas para la importante tarea de medir a los bebés emocionalmente-en-riesgo. Es necesario observar también las interacciones de la madre y el bebé. Hay algunas señales patológicas en el infante, indicativas de que la interacción padre-bebé necesita intervención psicológica:

- Expresión congelada
- Falta de control sobre un objeto con los ojos o las manos, o ambos
- Desesperanza
- Ausencia de respuesta emocional que implica depresión o conducta de retraimiento

Dificultades de alimentación, incluyendo las siguientes:

- Alejarse del pezón
- Cerrar la boca frente el pezón o chupón
- Vómito frecuente de la leche (ejemplo concreto de deshacerse de una mala experiencia emocional o física)
- Llanto y movimiento continuo en relación con el alimento

Frecuentes somatizaciones de dificultades psíquicas mediante:

- Vómito como proyectil
- Estreñimiento frecuente
- Eccema
- Cólico
- Asma
- Epilepsia

Disociación que comprende:

- Cuerpo flácido
- Boca abierta
- Sin resistencia ni respuesta a la intrusión
- Expresión congelada como falta de involucramiento con el mundo externo
- Alejamiento del cuidador cuando está angustiado
- Evitación frecuente de la mirada (Fraiberg, 1982)
- Movimiento repetitivo de objetos concretos o partes del cuerpo para auto confortarse, en vez de llorar o acercarse a una persona o jugar de manera más simbólica
- Golpearse la cabeza o pegarse a sí mismo (Meltzer, 1975, y Acquarone, 2007)
- Estar extremadamente ansioso, angustiado e inconsolable la mayor parte del tiempo
- Desarrollo físico pobre
- Sin logro de los niveles de desarrollo apropiados para este bebé en particular

Youell (2002) sugiere que la filmación de las observaciones de la interacción madre-infante proporciona una buena evidencia de los hechos que pueden presentarse a un juez si un bebé está en riesgo. No se puede confiar únicamente en los informes de los padres del bebé, ni en los sentimientos hacia el bebé; el comportamiento de este presenta un claro mensaje no verbal acerca de su experiencia emocional al estar en familia mientras es cuidado por la pareja parental o el padre soltero. El apego patológico puede estar ligado a una predisposición genética del bebé, pero es también un producto de la interacción padre-infante que incluye la falta de sintonía y las frecuentes separaciones.

Evaluación de la historia incompleta

Jill Hodges y colaboradores (2003) han usado la técnica de la Historia Incompleta para evaluar el impacto del maltrato en el mundo interno de los niños. El Perfil de la Evaluación de la Historia Incompleta se utiliza para proporcionar evidencia en la Atención de Audiencias del Juzgado

de lo Familiar y se considera una evidencia confiable para los niños, quienes no son capaces aún de verbalizar en detalle la naturaleza de sus apegos y experiencias en su familia original, su familia de crianza o su familia adoptiva. La importancia de esta evaluación es identificar en qué medida el niño ha sido afectado por las diversas experiencias dentro de la familia, sus relaciones de apego con sus padres y las indicaciones para la ayuda terapéutica.

La Historia Incompleta es como si fuera la versión de una representación de una entrevista semiestructurada, en la que solo se le dice al niño el comienzo de la historia y luego se le pide que la complete: muéstrame o dime qué pasa ahora. Se exploran las representaciones del niño en escenarios diferentes. La técnica permite tanto la comunicación verbal como la no verbal y solo funciona con preguntas desplazadas, evitando preguntas directas acerca del niño o su familia. Al completar las historias, el niño puede mostrar todo lo que se imagina que está sucediendo, manifestando el conjunto de sus representaciones y expectativas acerca de la relación con sus figuras de apego, basadas en sus propias experiencias. La Historia Incompleta puede también dar indicaciones de algunas maniobras defensivas que el niño ha desarrollado para lidiar con experiencias y sentimientos difíciles, que van desde la evitación hasta las fantasías de una venganza agresiva u onnipotente (Hodges *et al.*, 2003; Hodges, 2011).

Los resultados de una reciente investigación de Hodges (2011) sugieren que a los niños que se les ha dado en adopción después de los seis años no les va tan bien como a los que se los coloca antes de esa edad; por tanto, es importante hacer una intervención oportuna y no permitir que la preocupación por los deseos de los padres haga que la evaluación se prolongue demasiado, a un período mayor al año, en detrimento del niño al que no se le está concediendo su derecho de tener condiciones suficientemente buenas en la familia para desarrollarse bien física, psicológica y cognitivamente.

Hodges (2011) utiliza la técnica de la Historia Incompleta en su investigación del seguimiento de los niños en riesgo, quienes han sido colocados en adopción, con la finalidad de evaluar la seguridad, inseguridad, desorganización y evitación defensiva de los niños. El sistema judicial británico considera confiable la evidencia que proporciona la evaluación de la Historia Incompleta. Todos los que participan en la evaluación de los niños y sus familias necesitan atender los resultados

de esta investigación de seguimiento de los niños hasta su adolescencia, por sus implicaciones:

Los niños adoptados durante la infancia obtuvieron calificaciones significativamente mayores en los indicadores de apego, seguridad, y las más bajas en inseguridad, desorganización y evitación, que los niños maltratados que posteriormente fueron adoptados.

Durante los primeros dos años con sus familias adoptivas, los niños maltratados que después fueron adoptados mostraron logros significativos en sus calificaciones, así como un descenso significativo en evitación, pero no llegaron al nivel de seguridad que los niños adoptados cuando eran infantes y no mostraron un cambio total en la desorganización o evitación defensiva.

Los niños adoptados tardíamente, esto es, entre los cuatro y seis años, mostraron más cambios positivos e hicieron cambios positivos más rápidamente que aquellos que fueron adoptados entre los seis y los ocho años.

Evaluación de la negligencia o del abuso emocional de infantes y niños pequeños

Interacciones emocionalmente negligentes o dañinas

Una premisa básica en nuestra sociedad es que los niños dependen de los cuidadores protectores, cuidadosos y comprensivos, para aprender las habilidades y la autoestima necesaria para funcionar efectivamente en las relaciones sociales, así como para independizarse de los cuidadores adultos. Los padres emocionalmente negligentes o emocionalmente abusivos han sido descritos con cuidado (Glasser y Prior, 2006). Estas definiciones las acepta el sistema legal británico, el cual requiere que los niños que sufren de negligencia o de daño emocional sean protegidos mediante intervención psicológica, evaluación de la efectividad de la intervención, y si no es adecuada o suficientemente protectora, se los protege cambiando a los niños a un cuidado temporal o adoptivo.

El abuso emocional se define como el maltrato emocional persistente y generalizado a un niño de manera que causa efectos severos y adversamente persistentes en su desarrollo emocional. El criterio de Glasser y Prior (2006) para la negligencia emocional o el maltrato —o ambos— incluye lo siguiente:

El maltrato emocional puede incluir negarse a ver o escuchar que el niño es sujeto de violencia doméstica o de un trato seriamente enfermo por parte de otro.

La negligencia emocional comprende no satisfacer las necesidades básicas del niño en el plano físico, médico, cognitivo y emocional. Un niño rechazado o ignorado desarrolla un apego inseguro, que resulta en una falta de confianza y autoestima, lo cual conlleva miedo para acercarse a alguien y la necesidad de controlar en vez de depender de otros. La negligencia emocional puede incluir también rehusar o diferir tratamiento psicológico para el comportamiento del niño o asuntos médicos o emocionales.

Ser muy crítico, asignar atribuciones negativas al niño o burlarse o aterrorizarlo.

El desarrollo inapropiado o cuidado inconsistente incluye la edad o las expectativas inapropiadas sobre el desarrollo que se imponen en el niño. Esto comprende también dejar a un niño en una situación en la cual no es atendido o es seriamente acosado, causándole que esté asustado, en peligro, explotado o corrompido por exponerlo a situaciones emocionalmente inapropiadas. En otras situaciones los padres, deliberadamente o por ignorancia, pasan por alto las señales del niño que indican que necesita consuelo o una consideración cuidadosa. Esto incluye rechazo o ignorar las necesidades emocionales básicas del niño de protección, cuidado y amor. También la promoción de una socialización errónea por medio de la sobreprotección, la limitación de la exploración y el aprendizaje, el aislamiento de un niño solo en un cuarto por un período largo, o evitar que el niño participe en la interacción social normal con otros.

Ejemplo de negligencia emocional

Los siguientes son comentarios proporcionados por madres deprimidas que dicen ser negligentes emocionalmente hacia sus hijos durante el período de su depresión:

Durante los primeros días, no es que no quisiera hacer nada con él, sino [...] que casi no me gustaba mucho. Lo amaba pero no me gustaba, de modo que era difícil interesarme en lo que él hacía. Yo hacía lo básico, pero nada más [...] todavía lo encuentro difícil,

quiero decir que lo alimento cuando despierta, pero todavía [...] tengo temor de ese tiempo.

Era muy rutinario [...] Yo lo estaba haciendo porque sabía que era lo que tenía que hacer, alimentarlo y cambiarlo. Supuse que había justamente una distancia. Yo solo me movía por inercia [...] estaba haciendo absolutamente todo lo que era deseable hacer, pero en realidad no quería [...] no le habíamos puesto nombre sino hasta un día antes de que teníamos que registrarlo. Fue algo que encontré increíblemente difícil porque no me había permitido a mí misma pensar que yo iba a tener un hijo [...] solo lo miré y no supe quién era.

Me tomó mucho, mucho tiempo. Pensé que la gente me estaba mintiendo sobre cómo se veía. Pensé que él era realmente un bebé feo [...] lo dejé llorar toda la noche. Sabía que él era mío, pero en realidad no pensaba en eso. Pensaba que era alguien más [...] fue obviamente un gran *shock* y no terminaba de pasar [Rance, 2005].

Abuso físico y emocional: enfermedad ficticia

El síndrome Münchausen, implica un tipo de interacción madre-bebé que comprende la disociación de la madre de su parte vulnerable, de su yo infantil necesitado y de su proyección en el bebé. La madre generalmente niega sus impulsos negativos hacia aquel; secretamente daña a su bebé y repetidamente lo presenta como “un niño enfermo”. El daño al bebé puede ocurrir cuando está hospitalizado; por tanto, se requiere una cuidadosa observación del bebé (Rogers, 2004). Ejemplo: una madre administró secreta y repetidamente una sobredosis de sal a su bebé mientras estaba en un pabellón pediátrico. La madre, que había experimentado privaciones y necesidades, negó cualquier delito. En estas condiciones no es seguro regresar al niño al cuidado de los padres, a menos que ellos admitan la responsabilidad del daño hecho al niño, incorporarse al trabajo terapéutico y ser evaluados para determinar si son suficientemente capaces de proporcionar el cuidado necesario para el desarrollo emocional, cognitivo y físico del bebé (Glasser y Prior, 2006).

Factores parentales comunes que contribuyen a la negligencia emocional

Fraiberg (1988), en *La visión de las generaciones*, describe cómo las dificultades de los padres para criar a su hijo tienen que ver con la transmisión

intergeneracional del trauma. En su artículo clásico *Los fantasmas en el cunero*, describe cómo los padres pueden fracasar con su hijo a pesar de tener la intención de ser buenos padres. Ella cree que los visitantes destructivos vienen del “pasado no recordado de los padres”. Indica que “aun entre familias donde los vínculos amorosos son estables y fuertes, los intrusos del pasado parental pueden entrar y tanto el niño como los padres pueden volver a crear un momento o una escena proveniente de otro tiempo con otro conjunto de personajes”. En las circunstancias más severas, el bebé ya está en riesgo “por la carga del opresivo pasado de los padres. El padre está condenado a repetir la tragedia de su infancia con su propio bebé en detalles terribles y exactos” (Fraiberg *et al.*, 1975: 387–388).

La investigación ha indicado claramente serios daños emocionales o psíquicos —o ambos— producidos a los niños cuando sus padres los someten a una severa violencia familiar, depresión materna y abuso de sustancias de los padres, incluyendo el alcohol y las drogas. A continuación se presentan algunos hallazgos.

Violencia familiar

A las 18 semanas el feto en el útero reacciona a la angustia y al incremento de la secreción de cortisol que produce una respuesta de tensión y disminuye la capacidad de tolerancia a la frustración. Esto conduce a problemas emocionales y conductuales en el niño. Niveles demasiado altos de cortisol pueden dañar permanentemente el desarrollo de los receptores en el cerebro.

Drogadicción

Problemas asociados a la drogadicción: aborto o parto prematuro; crecimiento y desarrollo lento o dañado; problemas cardíacos; posible daño neurológico; bebé drogadicto con síntomas del síndrome de abstinencia al nacer.

Síndrome de alcoholismo fetal (Kable y Coles, 2004)

El persistente abuso del alcohol durante el embarazo ha sido asociado a aborto; bajo peso al nacer; disminución de la inteligencia; problemas para regular la excitación; aumento del retraso en el desarrollo; deformaciones faciales.

Serios problemas de salud mental de la madre

Los diversos problemas de salud mental en la familia son perjudiciales para el desarrollo del bebé; por ejemplo, la depresión posparto, 75% de las madres sufren de siete a 10 días de melancolía posparto y puede ocurrir una depresión leve y persistente a lo largo del primer año debido a las responsabilidades que suponen la protección y el cuidado de un bebé (Anthony y Cohler, 1987; Murray y Cooper, 1999). En definitiva, es emocionalmente perjudicial para los bebés dejarlos únicamente al cuidado de una madre que sufre de una severa depresión posparto que puede ir acompañada de delirios y alucinaciones que ponen en riesgo al bebé tanto física como emocionalmente. El bebé puede identificarse con la depresión de la madre y llegar a aislarse y deprimirse. Alternativamente, el bebé puede intentar rehuir la depresión de la madre mediante un retraimiento emocional y evitar el contacto visual con ella. Williams (1997) describió este fenómeno en su trabajo sobre el "mecanismo defensivo para impedir la entrada". En estas situaciones de retraimiento del bebé para alejarse de la madre, el bebé puede utilizar un control omnipotente y un uso de objetos y partes del cuerpo para confortarse a sí mismo en vez de buscar a la mamá para que lo conforte, como una forma de atenderse a sí mismo (Bick, 1968). Otra forma en que un bebé puede contrarrestar la depresión materna, es mediante el exceso de actividad para compensar la falta de vida creada por la depresión materna. El bebé puede describirse como vivo e hiperactivo para responder a la sensación de rechazo de su madre deprimida. Es posible que el déficit de atención en un niño pueda estar ligado con haber sido un bebé que vivía con una madre deprimida.

Tratamiento

Existen varias aproximaciones de tratamiento efectivo en la transformación de las interacciones madre-niño pequeño. Todos los programas tienen algunas intervenciones clave en común. Estas incluyen:

Trabajar hacia la protección del niño.

Informar a los servicios sociales para que ellos puedan evaluar la situación del niño. Los lineamientos básicos de evaluación de Arnon Bentovim ayudan a los profesionales que trabajan con el sistema familiar (Bentovim y Bingley-Miller, 2001).

Proporcionar apoyo para mejorar el contexto de vida y terapéuticamente involucrar a ambos padres.

Ayudar a los padres a observar y modificar sus reacciones hacia el bebé o niño pequeño.

Ayudar a los padres a aceptar su responsabilidad para conocer a su hijo y satisfacer sus necesidades particulares.

Describir o modelar interacciones con el bebé facilitando la capacidad de los padres para responder de manera semejante.

Proporcionar cuidado de crianza temporal, si es necesario, por un período limitado.

Plantear un límite de tiempo para el tratamiento y la evaluación para que el niño no esté sujeto a condiciones adversas ni a situaciones de cuidado de crianza por un período prolongado (Burnell, Vaughan y Williams, 2007).

Una evaluación y un tratamiento exitosos pueden comprender ayuda a los padres, particularmente a la madre, para atender al bebé, para formar un apego seguro del que él pueda depender. Durante el primer año de vida esto puede incluir ayudar a la madre hasta que ella sea capaz de hacer lo siguiente:

Responder fiable y consistentemente al bebé.

Responder a las señales de incomodidad del niño.

Mostrar la habilidad para confortar al niño.

Iniciar interacciones positivas con el niño, incluyendo tocarlo y cargarlo.

Mostrar interés de hacer un contacto sincronizado cara a cara con el niño.

Responder apropiadamente a las diferentes vocalizaciones del niño.

Aceptar recibir los sentimientos del niño y darles un significado a sus necesidades físicas y emocionales.

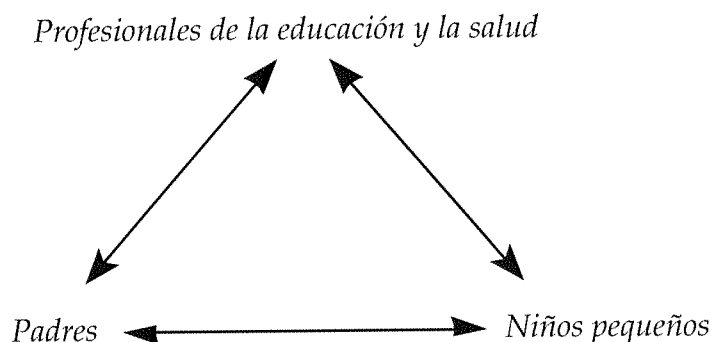
Programas de intervención específica para padres e infantes

La aproximación espera, mira y pregunta

Rance (2005) y sus colegas se acercaron a médicos cirujanos para identificar niños en riesgo debido a la depresión de su padre o de su madre,

o de ambos. Ellos hacían una breve intervención de cinco sesiones aplicando esta aproximación de *espera, mira y pregunta* (Muir, Lojkasek y Cohen, 1999; Rance, 2005; Tucker, 2006). El propósito de esta aproximación psicoanalíticamente documentada es incrementar la sensibilidad y la capacidad de respuesta de los padres hacia su infante, así como garantizar la seguridad del apego de la relación padre-niño, ayudando a los padres a observar y reflexionar sobre la actividad y comunicación espontánea del infante. Esta aproximación se centra en: a) la interacción observable entre el padre y el infante, y b) en las representaciones conscientes e inconscientes del padre y de su relación con el infante.

La aproximación Tempo-Lineare, diálogo en tres canales a largo plazo. La vida emocional de cada niño pequeño y sus padres puede atenderse con un mayor costo-beneficio a largo plazo, si se basa en la Aproximación de un Diálogo en tres canales en el contexto de la estancia infantil. Pasquini (2007) diseñó esta aproximación para mejorar la calidad de las relaciones emocionales existentes en un espacio mental tridimensional creado entre tres instancias distintas:



Emilia Dowling y Elsie Osborne (1985) reconocieron que la investigación realizada en la Clínica Tavistock intenta facilitar la colaboración para lograr un diálogo entre las tres instancias: la casa y la escuela como una estrategia exitosa para ayudar a los niños con su desarrollo cognitivo, social y emocional. Ellas sugieren que las escuelas deberían cumplir el requisito de hacer un esfuerzo para resolver conjuntamente los problemas entre padres, maestros y niños. Este esfuerzo del Diálogo Triple *Tempo Lineare* en Roma supone un compromiso continuo de los miembros de la familia y del personal de la escuela para ayudar a los

niños, desde el nacimiento hasta los seis años de edad, a mejorar tanto la calidad de su vida emocional como su desarrollo cognitivo (Pasquini, 2007). La observación del niño en el contexto de la estancia infantil y la discusión de estas observaciones son parte de la participación de los padres en la estancia infantil.

La aproximación de Selma Fraiberg

Su trabajo con los padres para ayudar a sus hijos pequeños se sustenta en la siguiente hipótesis: el acceso que los padres tienen a su dolor infantil los disuade poderosamente de la repetición en su parentalidad; mientras que la represión y el aislamiento del afecto doloroso de la infancia de los padres propician los requisitos psicológicos para su identificación con los traidores y agresores. Fraiberg y colaboradores (1975) tratan de abrir el pasado olvidado de las madres jóvenes que estaban repitiendo sus propios traumas infantiles de carencia y abuso con su propio infante, pues ellas no son capaces de renunciar al abuso inconscientemente depositado en su hijo. La madre perturbada que ha reprimido su abuso y lo ha separado de su dolor mediante la negación de cualquier sentimiento, es más susceptible de identificarse con el agresor original y lastimar a su hijo. La capacidad para recordar y sentir nuevamente el trauma original abre la posibilidad de cambiar el legado de abuso en la estancia infantil (Coles, 2011).

El libro de Dilys Daws (1990), *A lo largo de la noche*, describe cómo trabaja usando la aproximación de Selma Fraiberg con los bebés y sus padres en un servicio de medicina general. Su enfoque es fundamentalmente preventivo de la salud para las dificultades en la interacción padre-niño; ayuda a los padres a darle sentido a su propia vida y a descubrir cómo esto influye en la interacción con su bebé.

Referencias

- Acquarone, S. (2007), *Señales de autismo en infantes*, Londres, Karnac.
- Ammanitti, M., Speranza, A. M., Tambelli, R., Muscetta, S., Lucarelli, L., Vismara, L., Odorisio, F. y Camino, S. (2004), "Un Programa de Intervención y Promoción en campo de la relación madre-infante", *Revista de Higiene Mental Infantil*. 27 (1), pp. 5-25.
- Ammanitti, M., Tambelli, R., Odorisio, F., D'Isidori, M., Vismara, L. y Mancone, A. (2002), "Representaciones mentales y modelos de apego en

- mujeres embarazadas con riesgos depresivos y psicosociales" *Infancia y Adolescencia*, 2, pp. 97–112.
- Anthony, E. J. y Cohler, B. J. (1987), *El niño invulnerable*, Gran Bretaña, Guilford Psychiatry.
- Bentovim, A. y Bingley-Miller, L. (2001), *La evaluación de la familia: Evaluación de la capacidad, las fortalezas y las dificultades de la familia* Brighton, Pavilion.
- Bick, E. (1968), "La experiencia de la piel en las relaciones primarias", *Revista Internacional de Psico-Análisis*, núm. 49, pp. 484–486. [Reimpreso en A. Briggs (ed.), *Espacio de Supervivencia. Trabajos sobre Observación de Bebés*, Londres, Karnac, 2002, pp. 55–59].
- Briggs, A. (2002), *Espacio de Supervivencia. Trabajos sobre Observación de Bebés*, Londres, The Tavistock Clinic Series.
- Burnell, A., Vaughan, J. y Williams, L. (2007), *Manual de Evaluación de la Características de la Familia: Lineamientos para la evaluación de niños que han experimentado trauma en su desarrollo*, Londres, Características de la Familia.
- Cardenal, M. (1998), "Aproximación psicoanalíticamente informada para bebés clínicamente enfermos", *Revista Internacional de Bebés*, 2 (10), pp. 90–100.
- Coles, P. (2011), *El invitado no invitado del pasado no recordado*, Londres, Karnac.
- Coveri, R. y Monticelli, M. (2001), "Pensé en deber ser yo una golpeadora en vez de que sea ella quien golpea: reflexiones con un grupo de padres que esperan el nacimiento de un bebé", *Primer Congreso Internacional de la Federación Europea de Psicoterapia Psicoanalítica: Familia en Transformación: una confianza para la psicoterapia psicoanalítica* (19–21 de octubre), Praga.
- Daws, D. (1990), *A lo largo de la noche: Ayudando a los padres y a los niños que no duermen*, Nueva York, Basic Books.
- Di Cagno, L. y Ravetto, R. (1982), *Neuropsiquiatría de la edad evolutiva: los primeros años de vida*, Turín, Cortina.
- Dowling E. y Osborne, E. (2003), *La familia y la escuela: Aproximación de Sistemas Conjuntos para los Problemas con los Niños*, Londres, Karnac.
- Fonagy, P. Steele y Steele, M. (1991), "Representaciones maternas durante el embarazo predicen la organización del apego madre-bebé al año de edad", *Desarrollo del Niño*, 62(5), pp. 891–905.
- Fraiberg, S. (1982), "Diferencias patológicas en la infancia", *Trimestre Psicoanalítico*, 51, pp. 612–635.
- (1988), "La mirada telescópica de las generaciones: Genealogía de ciertas identificaciones", *Psicoanálisis Contemporáneo*, vol. 24, pp. 99–117.
- Fraiberg, S., Adelson, E. y Shapiro, V. (1975), "Fantasmas en la estancia infantil: Una aproximación psicoanalítica a los problemas de la relación infante-madre", *Revista de la Academia Americana de Psiquiatría del Niño y el Adolescente*, 14 (3), pp. 387–421.
- Glasser, D. y Prior, V. (2006), *Comprendiendo el apego y los desórdenes del apego*, Londres, Jessica Kingsley Publishers.
- Hodges, J. (2011), *Boletín de la Asociación de Psicoterapia del Niño*, vol. 219, marzo, p. 27.
- Hodges, J., Steele, M., Hillman, S., Henderson, K. y Kaniuk, I. (2003), "Representaciones mentales y diferencias en los niños maltratados severamente: Una batería de historias y un sistema de calificación para aplicaciones en la evaluación clínica y la investigación", en R. N. Emde, D. P. Wolf y D. Oppenheim (eds.), *Revelando los mundos internos de los niños: La Batería de Historias del MacArthur y las narrativas padre-hijo*, Oxford, Oxford University Press.
- Houzel, D. (2010), "Recuerdos de los sentimientos y barreras autistas". *Revista Internacional de Observación de Bebés*, 13 (2), pp. 119–133.
- Kable, J. A. y Coles, C. D. (2004), "El impacto de la exposición del alcohol prenatal", *Alcoholismo: Investigación Clínica y Experimental*, 29 (10), octubre, p. 1913.
- Meltzer, D. (1975), *Exploraciones en Autismo*, Perthshire, Escocia, Clunie Press.
- Mori, G. (2008), *Un tiempo para la maternidad inferior*, Roma, Borla.
- Muir, E., Lojkasek, M. y Cohen, N. (1999), "Padres observadores: Interviniendo a través de la observación", *Revista Internacional de Observación de Bebés*, 3, pp. 11–23.
- Murray, L. y Cooper, P. (1999), *Depresión postparto y desarrollo del niño*, Nueva York, Guilford Press.
- Pasquini, P. (2007), *Tiempo lineal: observación, conocimiento, ayuda a los niños y a los padres*, Roma, Onlus publication by Associazione Genitori e Amici del Tempo Lineare.
- Rance, S. (2005), "Atención de las dificultades en las relaciones primarias: Aplicando la aproximación 'Mirar, Esperar & Preguntar' en un proyecto piloto para bebés y padres", *Revista Internacional de Observación de Bebés*, 8 (2), pp. 125–138.
- Rogers, R. (2004), "Modelos Münchhausen de diagnóstico, exploración y detección por Proxy: explorando simulación y engaño", *Maltrato y Negligencia del Niño*, 28 (2), pp. 225–238.
- Tucker, J. (2006), "Usando video para mejorar el aprendizaje en un primer intento en 'Mirar, Esperar & Preguntar'", *Revista Internacional de Observación de Bebés*, 9 (2), pp. 125–138.

- Williams, G. (1997), "Reflexiones sobre algunas dinámicas de problemas de alimentación: defensas de 'No entrada' y cuerpos extraños", *Revista Internacional de Psico-Análisis*, 78, pp. 927-941.
- Youell, B. (2002), "La relevancia de la observación de infantes y niños pequeños en evaluaciones multidisciplinarias para los juzgados de familia", en Andrew Briggs (ed.), *Espacio de Supervivencia. Trabajos sobre Observación de Bebés*, Londres, The Tavistock Clinic Series, Karnac, pp. 117-134.