

TESIS DOCTORAL

VÍNCULO MADRE HIJO  
Y DESARROLLO DEL NIÑO

**Doctoranda:** Laura Cristina Pommorsky

**Nº Legajo:** 9139

**Director de la Tesis:** Prof. Dr. Horacio Martín Ferber



Buenos Aires, marzo de 2017

**TESIS DOCTORAL**

**VÍNCULO MADRE HIJO  
Y DESARROLLO DEL NIÑO**

**Doctoranda:** Laura Cristina Pommorsky  
(laurapommorsky@gmail.com)



## **Agradecimientos**

A mis hijos, ya que han sido, son y serán fuente de inspiración.

A mi madre, que me transmitió su legada sabiduría sobre la maternidad.

A mi esposo, por acompañarme y darme ánimo siempre.

A mi tutor, Prof. Dr. Horacio Ferber, por confiar en mi proyecto.

Al Dr. Andrés Febbraio, por su humilde, generosa e inapreciable mirada de experto.

A la Dra. Marta Biagi, por transmitir su sabiduría con la paciencia y la generosidad de una buena madre.

Al Prof. Lic. Javier Luna, por su amable erudición.

A las madres que colaboraron en esta investigación junto a sus niños.

## Resumen

Esta investigación explora la incidencia de la modalidad vincular de la madre en el desarrollo del niño. A tales fines, se estudiaron duplas madre-hijo, en mujeres de entre 18 y 45 años y sus niños de 1 a 5 años de edad. El rango etario de los menores se decidió teniendo en cuenta los ciclos vitales descritos por Erikson (2012).

El objetivo primario de este estudio es determinar la relación existente entre el vínculo madre-hijo y el desarrollo del niño. Asimismo, evaluar los factores que inciden en esa relación durante los primeros cinco años de vida, teniendo en cuenta tanto los factores salutogénicos como también los patogenizantes que pueden observarse en dicho vínculo.

En este trabajo se presenta un estudio *ex post facto*: se comienza estudiando la variable independiente (vínculo madre-hijo) para luego medir la dependiente (desarrollo del niño), dado que el lapso temporal entre ambas variables permite que la primera actúe sobre la segunda. Para los fines de recolección de datos se realizaron observaciones participantes y entrevistas semiestructuradas. Por otra parte, se aplicó a los niños la Prueba Nacional de Pesquisa para detectar problemas inaparentes de desarrollo; y a las madres, el Test de las Dos Personas para evaluar identidad y vínculo.

Los resultados indican que la capacidad de cada mujer para superar saludable y resilientemente la crisis que implica convertirse en madre es un elemento que condicionará fuertemente el vínculo con el niño. Y esto a su vez incidirá en el desarrollo de su hijo.

La investigación sustenta, entre otras implicaciones, el interés por la tarea preventiva, ya que se ha elegido una muestra de niños pequeños y se ha procurado la

identificación de los primeros indicios de problemas en el desarrollo y sus posibles causantes, tendiendo a facilitar el planeamiento e implementación de prácticas preventivas y promoción de desarrollo saludable.

## **Abstract**

Pairs of eighteen to forty five year-old mothers and one to five year-old children were examined so as to study the effect of mother's bonding tools and their children's development. The age bracket of the children was decided considering Erikson's stages (2012).

The paramount interest of this research is to determine the existing relationship between mother-child's tie and child's development. Moreover, this research aims to study the different factors affecting mother-child's tie during the first five years of life. Observable health and pathogenic factors have been considered.

This thesis bears an *ex post facto* research. The independent variable (mother-child's tie) is first studied so that the dependent variable (child's development) can be then measured. This is because the existing period of time between the two variables allows the first one to have an effect on the second one. Participat observations as well as semi-structured interviews were carried out so as to collect data. Besides, children were tested with National Research Test [*Prueba Nacional de Pesquisa*] so as to detect development issues. As regards mothers, they were tested with Draw a Couple Test [*Test de las Dos Personas*] to evaluate identity and bonding tools.

The findings suggest that women's ability to healthily overcome motherhood crisis is an element that will strongly determine their ties with their children. This will have an effect on their children's development.

This research mainly entails a preventing job by choosing a children sample so as to identify the first signs of development issues as well as their possible causes and, therefore, facilitate the planning and implementation of preventive practices and the promotion of children's healthy development.

## Índice general

Agradecimientos .....	3
Resumen/Abstract .....	4
Índice de gráficos .....	10
Índice de cuadros .....	11
Índice de Anexos .....	12
Capítulo 1. Introducción .....	13
Capítulo 2. Estado del arte .....	19
Capítulo 3. Desarrollo del niño .....	35
3.1. El lugar del niño pequeño en los distintos contextos sociohistóricos .....	35
3.2. Definición de desarrollo .....	39
3.3. El desarrollo del niño como proceso madurativo .....	52
3.3.1. Desarrollo prenatal .....	52
3.3.2. El recién nacido .....	59
3.3.3. El primer año de vida del niño .....	65
3.3.4. Niñez temprana .....	67
3.4. El desarrollo como una cuestión de evolución libidinal .....	67
3.5. El desarrollo como proceso madurativo .....	77
3.6. El desarrollo como proceso cognitivo .....	80
3.7. El desarrollo como conducta aprendida .....	85

3.8. El desarrollo como cuestión psicosocial .....	88
3.9. El desarrollo como cuestión contextual .....	93
3.10. La noción de ética en el desarrollo del niño .....	97
3.11. Factores de riesgo en el desarrollo del niño .....	101
3.12. Factores protectores para un desarrollo saludable .....	109
3.13. Problemas del desarrollo .....	113
 Capítulo 4. Vínculo madre-hijo .....	 116
4.1. La relación materno-filial en los distintos contextos histórico-sociales .....	121
4.2. Concepto de vínculo .....	134
4.2.1. Modelos explicativos: desde el modelo unidireccional hacia el concepto de vínculo como interaccional .....	137
4.3. Relación madre-hijo y sus implicancias en el desarrollo del niño .....	142
4.3.1. Comunicación madre-hijo .....	142
4.4. Modelos explicativos .....	144
4.4.1. Teoría del apego .....	144
4.4.2. Teoría de los estilos parentales o de crianza .....	146
 Capítulo 5. Análisis del vínculo madre-hijo y el desarrollo del niño. Metodología y resultados .....	 150
5.1. Diseño de investigación y prueba de hipótesis .....	150
5.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	153
5.2.1. Entrevista semiestructurada .....	153
5.2.2. Observación participante .....	156

5.2.3. Test de las Dos Personas .....	158
5.2.3.1. Antecedentes del Test de las Dos Personas .....	158
5.2.3.2. Administración del Test de la Dos Personas y criterios de interpretación .....	160
5.2.3.3. Definiciones de los criterios de interpretación y sus categorías	163
5.2.4. Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE) .....	168
5.2.4.1. Validación de la PRUNAPE .....	170
5.2.4.2. Criterios de evaluación para la PRUNAPE .....	172
5.3. Análisis de los datos .....	176
5.3.1. Análisis de la situación contextual a través de la entrevista semiestructurada .....	176
5.3.2. Observación participante: análisis de la interacción madre-hijo durante la entrevista .....	185
5.3.3. Vínculo madre-hijo. Modalidad vincular propuesta por la madre. Test de las Dos Personas .....	188
5.3.3.1. Presentación y análisis de casos en que se detectan indicadores de patología en el vínculo .....	188
5.3.4. Desarrollo del niño: su evaluación a través de la PRUNAPE .....	204
Capítulo 6. Conclusiones y recomendaciones .....	219
Referencias bibliográficas .....	230

## Índice de gráficos

Gráfico 1. Modelo ampliado de UNICEF .....	42
Gráfico 2. Distribución de niños integrantes de la muestra por sexo .....	204
Gráfico 3. Distribución de niños integrantes de la muestra por edad .....	205
Gráfico 4. Niños con problemas de desarrollo. Distribución según sexo .....	208
Gráfico 5. Distribución por edad de niños que fracasan en la PRUNAPE .....	208
Gráfico 6. Incidencia de factores de riesgo y factores protectores en niños con problemas de desarrollo .....	214

## Índice de cuadros

Cuadro 1. Áreas contextuales: datos sociodemográficos y de salud psicofísica .	154
Cuadro 2. Preguntas abiertas de entrevista y categorización de respuestas .....	155
Cuadro 3. Criterios de registro en observación participante .....	156
Cuadro 4. Criterios de interpretación seleccionados para el Test Dos Personas .	161
Cuadro 5. Criterios de evaluación de la PRUNAPE .....	173
Cuadro 6. Tipos de factores de riesgo y cantidad de casos en que aparecen .....	177
Cuadro 7. Relación entre tipos de factores de riesgo y desempeño en la PRUNAPE .....	178
Cuadro 8. Percepción del hijo por parte de las madres .....	181
Cuadro 9. Relación madre-hijo percibida por la madre .....	182
Cuadro 10. Relación madre-padre percibida por la madre .....	183
Cuadro 11. Tipos de interacciones iniciadas por la madre .....	185
Cuadro 12. Tipos de interacciones propuestas por el niño .....	187

## Índice de Anexos

Anexo 1. Carta de invitación para madres .....	258
Anexo 2. Consentimiento informado .....	259
Anexo 3. Entrevista semiestructurada para relevar datos sociodemográficas y de salud psicofísica .....	261
Anexo 4. Planilla de la PRUNAPE .....	262
Anexo 5. Planilla de tabulación de datos .....	263
Anexo 6. Libro de códigos .....	265

## Capítulo 1. Introducción

El aumento de los problemas de salud mental observados en las sociedades posmodernas se ha convertido en una preocupación creciente y alarmante para investigadores y profesionales dedicados a su prevención y tratamiento. Por lo tanto, desde distintas áreas de las ciencias humanas, tales como Psicología, Neurobiología, Antropología, se ha investigado ampliamente acerca de la importancia de los primeros años de vida como un abanico de oportunidades únicas para prevenir e intervenir en estas complicaciones de salud mental, intentando evitar así carencias en el desarrollo de los sectores de mayor riesgo biopsicosocial, y, del mismo modo, para intentar que los comportamientos desadaptativos no se conviertan en rasgos y características estables de la personalidad de los individuos, reduciendo la probabilidad de modificación exitosa (Carlson & Egeland, 2004; Schore, 2001; Fonagy, 1998).

El interés dado a este grupo de inconvenientes es creciente debido al incremento de su prevalencia relativa entre los problemas de salud infantil. Diversos autores coinciden en incluirlos en el grupo de trastornos denominados “la nueva morbilidad”. La mayoría de las dificultades de desarrollo pueden ser causa de discapacidad en la vida adulta. Por otra parte, está probado que su detección temprana posibilita en muchos casos aplicar acciones terapéuticas y de apoyo tendientes a mejorar sustancialmente su evolución. Gayá Ballester, Molero Mañes y Gil Llario (2016) afirmaron que tratar de reparar el daño hecho por sólo unos pocos meses de negligencia puede tomar muchos años de trabajo. En este sentido, es importante señalar que los niños necesitan vivencias de apego positivas para poder desarrollar la regulación del afecto (Schore, 2003); en

otras palabras, el cerebro del niño necesita esencial y especialmente “sentirse sentido” por quien cuida de él. Los niños no pueden abordar sus traumas, a menos que tengan un entorno familiar seguro, a menos que tengan el apoyo emocional del cuidador primario (Siegel & Hartzell, 2005).

Los padres, en su relación con los hijos, construyen los vínculos más importantes de la vida de éstos, y la falta de apoyo y de responsabilidad parental son actos que ocasionan graves consecuencias para un desarrollo equilibrado. Ellos son los encargados de cumplir con las necesidades biológicas y psicológicas para la supervivencia y conservación de la especie humana, constituyéndose en un pilar trascendente en la vida psíquica de las personas (Ceberio, 2006).

El modo en que los niños reciben alguna influencia de sus padres y la manera como ésta explica la conducta social del niño es un tema de gran importancia para los investigadores. Se han hallado evidencias empíricas que muestran el influjo positivo de ciertas prácticas de crianza, tales como comunicación inductiva, apoyo emocional, exigencia de responsabilidad (Mestre Escrivá, Samper García, Tur & Díez, 2001; Richaud de Minzi, 2009). Asimismo, se ha evidenciado la influencia negativa de otras prácticas, tales como técnicas de disciplina punitivas en el comportamiento moral de los niños (Eisenberg, Fabes, Murphy, Maszk, Smith & Karbon, 1995). No obstante, es poco lo que se ha investigado sobre la influencia del modelo vincular que ofrecen los padres a sus hijos y sobre el papel condicionador que pueden jugar algunos atributos psicológicos de los hijos en la explicación de dicho estilo de vinculación.

En este sentido, es importante el desarrollo teórico de Bowlby (1969, 1976, 1986, 1998), quien plantea la teoría del apego, concebido éste como una tendencia de los seres humanos a desarrollar vínculos afectivos sólidos con personas determinadas a lo largo de la vida. Bowlby (1986) afirma que la conducta de apego es aquella que permite al

sujeto conseguir o mantener proximidad con otra persona diferenciada y generalmente considerada más fuerte o sabia. Esta necesidad es propia del ser humano y en ella tiene origen la búsqueda de proximidad entre el niño pequeño y sus padres o cuidadores. Bowlby (1976) y Ainsworth, Blehar, Waters y Wall (1978) afirman que el apego es un vínculo afectivo con una persona significativa, singular e irremplazable. Los autores consideran que dicho vínculo se define por ser diferenciado, intenso y de larga duración. La permanencia en el tiempo, así como la estabilidad del vínculo madre-hijo, desde los primeros instantes de vida, es esencial para el normal desarrollo del ser humano. En este sentido, la experiencia del niño con sus padres tiene un rol fundamental en la capacidad posterior del niño de establecer vínculos afectivos; por lo tanto, una de las funciones principales de ellos sería proporcionar al niño una base segura para, desde allí, animarlo a explorar su entorno crecientemente más amplio. De esto se desprende que es importante que el niño pueda depender de sus figuras de apego, pero también que éstas lo contengan y protejan cuando aquél lo necesite. Esto se debe a que es durante los primeros años del niño que la madre lo dota de una base firme que le brinda la confianza necesaria que posibilitará la exploración y la salida al mundo (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1976, 1980). Posteriormente, a partir de este primer modelo de vínculo, el niño edifica una manera de relacionarse con las demás personas (Bowlby, 1998). La relación que se establezca entre el cuidador y el niño podrá dar cuenta de la calidad del vínculo. Esto último se relaciona con lo que Bowlby (1980) desarrolló como “modelos operantes internos”, lo cual sería las expectativas que posee el niño acerca de sí mismo y de los otros, que le posibilitan anticipar, interpretar y responder a la conducta de sus figuras de apego. Esto es viable porque integran experiencias presentes y pasadas en esquemas cognitivos y emocionales. Asimismo, Fonagy y Target (2002) señalan que a

partir de experiencias repetidas con sus figuras de apego, los niños generan expectativas en cuanto a la naturaleza de las interacciones con otros.

Por otra parte, Páez, Fernández, Campos, Zubieta y Casullo (2006) afirman que un apego seguro se relaciona con vínculos parentales cálidos, con cohesión y expresividad familiar. Estos elementos a su vez sirven de antecedentes de una alta inteligencia emocional y, consecuentemente, de un estilo más adaptativo vinculado al bienestar. En general, afirman, las personas adultas que experimentan mayor bienestar informan de un apego inseguro temeroso casi inexistente, recuerdan una relación más cálida y cercana con sus padres, perciben una mayor expresividad con su familia. Además, presentan una mayor inteligencia emocional, traducida en una mayor claridad, regulación y verbalización de emociones.

Asimismo, hay evidencia que demuestra que el apego seguro se asocia positivamente con la regulación afectiva (Fonagy, 2000). El estilo de apego temeroso, del mismo modo que los otros estilos inseguros, se asocia con la inhibición de la expresión de las emociones negativas. No obstante lo cual, vivencian intensamente el malestar, aunque evitan manifestarlo por temor. Las personas que presentan apego inseguro temeroso, debido a que temen implicarse con otros, tienen mala autoimagen, muestran dificultades en el uso de un afrontamiento directo, adaptativo en situaciones estresantes. Por contrario, las personas que presentan un estilo de apego seguro vivencian las situaciones estresantes como menos amenazadoras y utilizan formas de afrontamiento adaptativas, tales como la búsqueda de apoyo, la solución directa y planificación, así como el reconocimiento de las emociones y su expresión.

En relación con los indicadores de salud mental, diversas investigaciones (Páez *et al.*, 2006; Garrido-Rojas, 2006; Sroufe, Carlson, Levy & Egeland, 1999) evidencian que el apego seguro se asocia negativamente a síntomas de ansiedad, depresión y hostilidad.

Es decir, el apego seguro se asocia efectivamente a la salud mental, entendida como un balance de afectos placenteros y satisfacción vital, en tanto que el apego temeroso es un claro factor de riesgo para la salud mental. Diversos autores coinciden en afirmar que los padres forman a sus hijos, pero a la vez éstos, a través de sus características individuales y comportamientos, también generan ciertas creencias en los progenitores, tales como autoconfianza o expectativas, que influyen en su conducta (Garay-Gordovil, 2013; Solmeyer & Feinberg, 2011). Diversos estudios evidencian ampliamente la relación entre la autoeficacia materna y otros aspectos de la competencia parental, tales como la adaptación a la maternidad (Reece & Harkless, 1998) o la relación madre-hijo (Teti & Gelfand, 1991).

Por otra parte, como señalan Besoain y Santelices (2009), investigaciones sobre la transmisión intergeneracional del apego han asociado firmemente los patrones de apego, tanto los de los padres como los infantiles. La evidencia ha demostrado que la sensibilidad de la madre es un importante precursor del apego seguro infantil; no obstante, el mecanismo de transmisión sigue sin esclarecerse del todo. Algunos autores han propuesto como una de las variables explicativas la función reflexiva materna. Ésta implica la capacidad de significar la experiencia de la madre y de su hijo en términos de estados subjetivos y procesos mentales (Fonagy & Bateman, 2007). Esta capacidad ha sido señalada como uno de los mayores logros del desarrollo, y se sostiene que alcanzarla es facilitado por relaciones de apego seguro. Se puede decir entonces que el entendimiento de sí mismo o de los otros, en términos de pensamientos, sentimientos y deseos, tiene relación directa con el hecho de haber sido adecuadamente entendido por los propios cuidadores (*ibid.*).

Resulta de gran importancia, tal como señalan Besoain y Santelices (2009), considerar la trascendencia del uso de los desarrollos teóricos disponibles, los datos

epidemiológicos y la evidencia empírica con que se cuenta para identificar aquellos aspectos que resulten relevantes en el ejercicio de la parentalidad y, más específicamente, de la maternidad. En este sentido, la consideración de la función reflexiva es de gran importancia, tanto en vista de la evidencia empírica como de los postulados teóricos de Bowlby (1980, 1998, 2003); Ainsworth *et al.* (1978); Fonagy y Bateman (2007), y otros autores que han continuado su legado.

Si bien el niño como individuo único posee tendencias comportamentales que le son características, las pautas que establecen las personas significativas en la vida del niño llegan a conformar un ciclo continuo de refuerzo recíproco: el niño refuerza a su madre y le permite ver su satisfacción con su rol materno, tanto como la madre refuerza a su hijo. Se genera de esta manera un conjunto cognitivo-afectivo-motivacional que permite que la persona en desarrollo comience a manejar pensamientos diversos y cuente con diferentes estrategias de acción (Oberman, 2004; Garay-Gordovil, 2013).

En vista de todo lo anteriormente señalado, en esta tesis se tratará de indagar cuál es la incidencia de la modalidad vincular materna en el desarrollo del hijo. A tales fines, se analizó la relación existente entre el vínculo madre-hijo y los aspectos psicodinámicos del desarrollo del niño, en mujeres entre 18 y 45 años y sus hijos biológicos, no adoptivos, varones o niñas de 1 a 5 años de edad. El rango etario de los niños se decidió teniendo en cuenta los ciclos vitales descritos por Erikson (2012). Como otros objetivos de la tesis se evaluaron cuáles son los factores que inciden en el vínculo madre-hijo en esos primeros años, así como los aspectos salutogénicos e patogénicos en dicho vínculo.

En el siguiente capítulo se ofrecerá una revisión de los principales antecedentes teóricos y de investigación en la materia.

## Capítulo 2. Estado del arte

Como se enunció precedentemente, hay evidencias empíricas que muestran las influencias de ciertas prácticas de crianza, tanto positivas como negativas, en el desarrollo saludable del niño. En este sentido, resulta de fundamental trascendencia el desarrollo de Bowlby (1986, 1998), quien describió el concepto de apego, concebido éste como una tendencia de los seres humanos a desarrollar vínculos afectivos sólidos con personas determinadas a lo largo de la vida.

Bowlby (1986) afirma que la conducta de apego es aquella que permite al sujeto conseguir o mantener proximidad con otra persona diferenciada y generalmente considerada más fuerte o sabia. Esta necesidad es propia del ser humano y en ella tiene origen la búsqueda de proximidad entre el niño pequeño y sus padres o cuidadores. En este sentido, la experiencia del niño con sus padres tiene un rol fundamental en la capacidad posterior del niño de establecer vínculos afectivos; por lo tanto, una de las funciones principales de ellos sería proporcionar al niño una base segura para, desde allí, animarlo a explorar su entorno crecientemente más amplio. De esto se desprende la importancia de que el niño pueda depender de sus figuras de apego, pero también de que éstas puedan contener y proteger al niño cuando éste lo necesite. La relación que se establezca entre el cuidador y el niño podrá dar cuenta de la calidad del vínculo. Esto último se relaciona con lo que Bowlby (1980) desarrolló como “modelos operantes internos”: es decir, las expectativas que posee el niño acerca de sí mismo y de los otros, que le posibilitan anticipar, interpretar y responder a la conducta de sus figuras de apego, lo cual es viable porque integran experiencias presentes y pasadas en esquemas

cognitivos y emocionales. Asimismo, Fonagy, Gergely, Jurist y Target (2002) señalan que a partir de experiencias repetidas con sus figuras de apego, los niños generan expectativas en cuanto a la naturaleza de las interacciones con otros.

En relación con los indicadores de salud mental, diversas investigaciones (Páez *et al.* 2006; Garrido Rojas, 2006; Sroufe, Carlson, Levy & Egeland, 1999) evidencian que el apego seguro se asocia negativamente a síntomas de ansiedad, depresión y hostilidad. Es decir, el apego seguro se asocia efectivamente a la salud mental, entendida como un balance de afectos placenteros y satisfacción vital, en tanto que el apego temeroso es un claro factor de riesgo para la salud mental. Se puede afirmar que los padres forman a sus hijos, pero a la vez éstos, a través de sus características individuales y comportamientos, también generan ciertas creencias en los progenitores, tales como autoconfianza o expectativas, que influyen en su conducta. Diversos estudios evidencian ampliamente la relación entre la autoeficacia materna y otros aspectos de la competencia parental, tales como la adaptación a la maternidad (Reece & Harkless, 1998) o la relación madre-hijo (Teti & Gelfand, 1991).

Por otra parte, como señalan Besoain y Santelices (2009), investigaciones sobre la transmisión intergeneracional del apego han asociado firmemente los patrones de apego de los padres con los patrones de apego infantiles. La evidencia ha demostrado que la sensibilidad de la madre es un importante predictor del apego seguro en el niño; no obstante, el mecanismo de transmisión sigue siendo materia de investigación. Algunos autores han propuesto la función reflexiva materna como uno de los elementos explicativos. Ésta implica la capacidad de significar la vivencia de la madre y de su hijo en términos de estados subjetivos y procesos mentales (Fonagy & Bateman, 2007).

La función reflexiva materna ha sido definida como la capacidad adulta de procesar la experiencia intersubjetiva e interpersonal, sumada a la aptitud para pensar

acerca de las emociones y la relación de éstas con el comportamiento (Fonagy *et al.*, 2002). Es una competencia sustancial que hace que la madre pueda tener acceso de manera flexible y coherente a las emociones y recuerdos sobresalientes de las propias experiencias de apego tempranas, y transitivamente, dotar de una base segura a los propios hijos.

Se puede enunciar que la función reflexiva materna es, entonces, la capacidad de la madre de mentalizar respecto a las propias vivencias de apego tempranas. Esta aptitud ha sido señalada como uno de los mayores logros del desarrollo y, sostienen los autores, alcanzarla es facilitado por relaciones de apego seguro. Así, se puede afirmar que el entendimiento de sí mismo o de los otros, en cuanto a pensamientos, sentimientos y deseos, tiene relación inmediata con el hecho de haber sido adecuadamente entendido por los propios adultos significativos (Fonagy & Bateman, 2007).

Esta interacción, que se establece entre el componente innato que tiene el ser humano y el entorno ambiental en el que se desarrolla, puede originar distintas pautas cognitivas, afectivas y conductuales. Éstas caracterizan cada ser humano y generan específicamente a nivel emocional divergencias que se ponen de manifiesto en el desarrollo de la comprensión emocional, en la evolución de la capacidad de empatía y en la consecución de altos niveles de autorregulación desde la infancia (*ibid.*).

Por su parte, Rodríguez (2006) estudió la incidencia del tipo de vínculo madre-hijo en el desarrollo de la inteligencia sensoriomotriz. La muestra estuvo formada por cincuenta y cuatro díadas de madre-bebé argentinas, con bebés de ambos sexos. Se estudiaron las siguientes variables: género del bebé, orden de nacimiento, tiempo de gestación, tiempo de lactancia, ocupación y nivel de instrucción de las madres. No se hallaron diferencias significativas en el percentil de inteligencia del bebé, en función del vínculo madre-hijo. Se pudo observar una influencia altamente significativa del tiempo

de embarazo en el tipo de vínculo y una influencia significativa del nivel de instrucción de la madre en el vínculo madre-bebé. El orden de nacimiento, la lactancia, el género y la ocupación de la mamá no influirían significativamente en el vínculo madre-hijo, en bebés de hasta 15 meses. Se encontró una influencia altamente significativa del tiempo de gestación en la inteligencia de los bebés y una relación significativa entre el tiempo de lactancia y la inteligencia sensoriomotriz. El género, orden de nacimiento, nivel de educación y ocupación de la mamá no influirían significativamente en la inteligencia del niño de hasta 15 meses.

Por su parte, otros autores han descrito el constructo teórico de sensibilidad materna. Se trata de un concepto amplio que implica una multiplicidad de condiciones de cuidado, afectivas y comportamentales (Thompson, 1997, citado en Shin, Park, Ryu & Seomun, 2008). Ainsworth *et al.* (1978) la definieron como la aptitud y el talento de la madre para percibir y descifrar adecuadamente las señales y demandas del niño, así como para dar una respuesta ajustada y oportuna a éstos. En este sentido, Van Doesum, Hosman, Riksen-Walraven y Hoefnagels (2007, citados en Shin *et al.*, 2008) sostuvieron que la sensibilidad materna implica una serie de cualidades en la figura materna, tales como apego, *timing*, flexibilidad, tolerancia, negociación de conflictos y percepción reflexiva a las señales del niño. Crittenden (1995, 2004), por su parte, describió el concepto mencionado como un constructo diádico. Considerando los desarrollos teóricos anteriores, Santelices, Farkas, Montoya, Galleguillos, Carvacho, Fernández y Himmel (2012) definieron sensibilidad materna como la aptitud de la madre para dar respuesta a las señales y comunicaciones de su hijo de modo de favorecer su interés y cooperación en el entorno, en un entorno de afecto sereno y estimulante. Así, se incluirían, además de cualidades maternas, variables dadas por el desarrollo del niño, así como factores de riesgo, seguridad, apoyo y cuidado (Belsky &

Fearon, 2002, citados en Kemppinen, Kumpulainen, Raita-Hasu, Moilanen & Ebeling, 2006).

La sensibilidad materna (Ainsworth *et al.*, 1978) adquirió un rol central en la teoría del apego por considerarse el determinante primordial de la seguridad en los 12 primeros meses de edad (Crittenden, 2005; Marrone, Diamond & Juri, 2001). Investigaciones posteriores al desarrollo inicial del constructo plantearon la dificultad de replicar los resultados iniciales del estudio de Ainsworth y colaboradores, dado que las múltiples operacionalizaciones del constructo podrían haber provocado la pérdida del foco y claridad de éste (Isabella, 1993; Meins, Fernyhough, Fradley & Tuckey, 2001). En este contexto, distintos autores han señalado la necesidad de delimitar el concepto de sensibilidad con respecto a qué elementos resultan significativos en la interrelación y a qué manera observar la interacción considerando el contexto y la edad del niño (Isabella & Belsky, 1991; Isabella, 1993; Meins *et al.*, 2001). Entonces se ha planteado que la sensibilidad sería un factor común y presente en diversas conductas de cuidado y que diversos tipos de respuesta sensible se esperan en los diferentes contextos dados por las distintas etapas en el desarrollo del niño (Bornstein, Tamis-LeMonda, Hahn & Haynes, 2008; Thompson, 2000; Van den Boom, 1989).

Si bien Rothbaum, Weisz, Pott, Miyake y Morelli (2000) han objetado la universalidad transcultural de los constructos básicos e hipótesis de la teoría del apego, se ha presentado alguna evidencia empírica que apoya la generalidad del efecto en el desarrollo del niño de la base segura. Causadias & Posada (2013), en un estudio transcultural que incluyó países latinos, demostraron que niños y niñas de nueve países, culturas y ambientes diversos mostraron el *factum* de la base segura durante la interrelación con sus madres.

Paralelamente a estos desarrollos, se han presentado nuevos constructos enfocados a especificar el constructo sensibilidad materna. En este sentido, Meins, Fernyhough, Russell y Clark-Carter (1998) y Meins *et al.* (2001) proponen el constructo de *Mind-Mindedness* o Mente-Mentalizante (MM). Los autores lo proponen como una posibilidad para profundizar y re-conceptualizar la respuesta sensible, en términos de la capacidad de la madre o adulto significativo para tratar al bebé como un individuo con mente más que una criatura con necesidades que requieren ser satisfechas. Estas nuevas líneas de investigación se focalizaron concretamente en la capacidad de las figuras parentales para tratar al hijo como un agente psicológico (Sharp & Fonagy, 2008). La importancia del aporte del constructo mente-mentalizante en la comprensión y evaluación del vínculo en la temprana edad está dado porque es en este período del ciclo vital en el que se produce el más significativo cambio y la mayor expansión en desarrollo del niño y en la organización del comportamiento vincular (Bowlby, 1969, 1980; Crittenden, 2004; Thompson, 2000). Por lo tanto, se ha vuelto relevante el hecho de generar instrumentos útiles que permitan evaluar la sensibilidad de los cuidadores significativos, al mismo tiempo que ver la realidad desde el punto de vista del niño (Meins *et al.*, 2001), pero traducida a sus necesidades específicas en cada etapa del ciclo vital, como lo es la necesidad de seguridad y respuestas confiables y predecibles en el primer año de vida o el surgimiento del niño como un agente psicológico activo, en la representación y comunicación de deseos, preferencias y pensamientos. Se considera, entonces, que la mente mentalizante cobra una importancia clave en la comprensión y evaluación de la interacción entre el niño preescolar y sus adultos significativos, porque se focaliza en la sensibilidad específica del adulto con relación al mundo mental (Carvacho Arques, 2011).

En este sentido, Pianta, Sroufe y Egeland (1989) sugirieron que la sensibilidad materna es variable y puede cambiar en el tiempo. Estas variaciones estarían dadas principalmente por conductas particulares, ya que al medir la sensibilidad de manera global, ésta sería más estable en el tiempo que cuando se miden factores específicos. Otros autores también han sugerido esta idea de estabilidad en la sensibilidad a lo largo del desarrollo (Bigelow, MacLean, Proctor, Myatt, Gillis & Power, 2010). En estudios longitudinales que utilizan diferentes métodos, se ha observado que la estabilidad de la sensibilidad materna ha virado de moderada (Isabella, 1993; Kivijärvi, Voeten, Niemelä, Räihä, Lertola & Piham, 2001, citados en Kemppinen *et al.*, 2006) a leve (Bornstein & Tamis-LeModa, 1990; Beckwith *et al.*, 1999, citados en Kemppinen *et al.*, 2006). En este sentido, según los estudios realizados por Kemppinen *et al.* (2006), las madres altamente sensibles no son altamente sensibles en forma indefinida así como las madres que presentaron baja sensibilidad no lo harían constantemente. Por otra parte, en mediciones realizadas a los 3 meses y luego a los 12 meses de edad, Kivijärvi *et al.* (2001) encontraron una tendencia de las madres a ser más sensibles cuando los niños son más pequeños.

En cuanto al estudio de los factores que inciden en la sensibilidad del adulto, Olhaberry y Farkas (2012) se refirieron al hecho de que el niño concurra o no a la sala cuna o guardería. En su estudio realizado en familias monoparentales, se observaron diferencias significativas en los aspectos emocionales de la sensibilidad materna; es superior la de las madres con niños sin asistencia a guardería o jardín maternal. En cuanto a las díadas con infantes con asistencia a guardería, en aquellos que ingresaron antes de cumplir el primer semestre de vida se observaron puntajes significativamente inferiores en sensibilidad materna y cooperatividad infantil, así como niveles significativamente mayores de riesgo o necesidad de intervención. La muestra de este

estudio está compuesta por niños y niñas que asisten a guardería, y, según afirman los autores, se podría considerar como un grupo de riesgo para la sensibilidad materna.

En relación con el estudio de distintos factores de incidencia en la sensibilidad materna, autores como Beckwith (1999) y Morrell y Murray (2003) han desarrollado estudios tendientes a verificar la relación existente entre género del hijo y sensibilidad de la madre. Han identificado el género masculino en el bebé como un factor de riesgo para una menguada sensibilidad materna (Kemppinen *et al.*, 2006). Por su parte, Kemppinen y colaboradores encontraron que el género masculino como factor de riesgo en la sensibilidad materna es significativo a la edad de 6-8 semanas; sin embargo, a los 24 meses este factor deja de ser una variable de riesgo. Putnam, Sanson y Rothbart (2002), en tanto, relacionaron el género del infante con temperamento, y observaron una menor regulación y mayor afecto displacentero en niños que en niñas. Esto podría incidir en una menor respuesta sensible de los padres hacia sus niños, con relación a sus niñas en la etapa de la infancia temprana.

Por su parte, Demers, Bernier, Tarabulsky y Provost (2010), relacionaron sensibilidad materna con la edad de la madre. En su estudio compararon madres adolescentes con madres más añosas y concluyeron que las madres más adultas utilizan proporcionalmente menos comentarios negativos con sus hijos que las adolescentes.

La sensibilidad también se ha asociado a factores ambientales y de contexto, tales como nivel socioeconómico de la familia y nivel educativo de los padres. Investigaciones respecto al nivel educacional y socioeconómico materno correlacionan el estatus socioeconómico familiar con el tipo de sensibilidad. En este sentido, Bornstein, Hendricks, Haynes y Painter (2007) afirmaron que en familias de nivel socioeconómico alto, en las que las madres podían trabajar menos horas, ellas estaban

más presentes en el hogar y usaban más vocabulario con sus hijos; por lo tanto, se daba una mayor sensibilidad en la interacción con sus hijos.

Otros autores afirmaron que el nivel socioeconómico de la familia juega un papel determinante en el desarrollo del niño, dado que se experimentan diferentes tipos de adversidades y estrés. El menor nivel socioeconómico se asocia a mayor distrés y el distrés se ha considerado un factor de riesgo para la parentalidad, probablemente porque estos padres pueden destinar menos tiempo y recursos al ejercicio de la parentalidad y, en consecuencia, presentarían menor sensibilidad parental (Eccles & Harold, 1996, citados en Bornstein *et al.*, 2007). En Bornstein *et al.* (2007) se ha afirmado que padres menos condicionados por la situación socioeconómica y que cuentan con mayor desarrollo social tienden a ser más sensibles y propensos a responder de manera pronta y ajustada a las necesidades de sus hijos.

Por su parte, Van Doesum, Hosman, Riksen-Walraven y Hoefnagels (2007), tomando una población de madres deprimidas, demostraron que el nivel educacional de la madre, junto con sus sentimientos de incompetencia y el estatus económico familiar, contribuían a explicar los distintos niveles en la sensibilidad materna. En este sentido, considerando las anteriores investigaciones, un grupo de riesgo estaría configurado por madres de bajos ingresos que se sienten incompetentes en su rol materno.

Otros estudios relacionaron el nivel educativo de la madre y su ingreso familiar como buenos predictores de sensibilidad. Pelchat, Bisson, Bois & Saucier (2003) sostuvieron que madres con mayor educación e ingresos familiares más altos tendían a desarrollar una mayor sensibilidad ante las necesidades de sus hijos menores de dos años. Ambos factores fueron estudiados separadamente. Pelchat, Lefebvre y Levert (2007) relacionaron factores socioeconómicos con la sensibilidad parental (Kohn's, 1977, citado en Gecas, 1979). Asimismo, se ha afirmado que el nivel educativo materno

presenta una correlación positiva con su sensibilidad hacia el hijo (Blasco *et al.* [1990], Hyché *et al.* [1992], McConnachie [1989], citados en Pelchat *et al.*, 2003).

Siguiendo esta línea de investigación, Santelices, Farkas, Montoya, Galleguillos, Carvacho, Fernández, Morales, Taboada y Himmel (2015) analizaron variables sociodemográficas de las díadas madre-hijo a fin de elaborar un modelo comprensivo de los factores que puedan predecir la sensibilidad materna. Se consideraron, en la madre, las variables edad, ocupación, situación ocupacional y nivel educacional; en el hijo, las variables género, edad, lugar que ocupa entre los hermanos y horas semanales de permanencia en el nivel de guardería; por último, con respecto a la familia, se consideró el nivel socioeconómico. Los autores consideraron que la edad de los niños con que se realizó el estudio es de suma relevancia para futuras investigaciones en relación con competencias parentales, dado que durante el primer año de vida del niño se conforma un estilo vincular que condicionará fuertemente sus relaciones con otras personas y que, junto con su desarrollo socioafectivo, determinarán su proceso de adaptación actual y futuro. Los autores afirmaron que con los resultados de este estudio se aportaría a la detección temprana de factores de riesgo en las madres en esta etapa del desarrollo de sus hijos, así como a la elaboración de intervenciones oportunas a las madres de mayor riesgo.

En este sentido, Santelices *et al.* (2015) afirmaron que las variables sociodemográficas, tales como el nivel socioeconómico, ocupacional y educacional familiar, tendrían una relación directamente proporcional con una adecuada sensibilidad materna durante el primer año de vida del niño. Esto se alinea con lo demostrado previamente por Pelchat *et al.* (2003), quienes afirmaron que las madres con mayor educación tienden a desplegar una mayor sensibilidad ante las necesidades de sus hijos.

La relevancia de poder esclarecer la relación de la sensibilidad con las variables edad, nivel educativo y socioeconómico de la madre está en que otorga la posibilidad de identificar factores de riesgo para madres poco sensibles. Esto brinda a profesionales relacionados con infancia temprana la oportunidad de reconocer factores de riesgo en diferentes contextos socioeconómicos y poder programar y llevar a cabo medidas preventivas de manera oportuna.

En este sentido, Alvarenga, Malhado y Costa de Souza Lins (2014) examinaron el impacto de la sensibilidad materna en el desarrollo del niño, al octavo mes de vida, comparándolo con las prácticas de socialización materna de los mismos bebés a los 18 meses. Los resultados revelaron que la receptibilidad a las vocalizaciones de los niños se relacionó positivamente con las prácticas de socialización facilitadoras, en tanto que la no sensibilidad a la sonrisa de los bebés se correlacionó negativamente con el mismo tipo de práctica. Afirmaron que la mayor sensibilidad de la madre a los intentos de comunicación del bebé muestra una mayor capacidad de emplear estrategias verbales no coactivas ni restrictivas en la regulación del comportamiento de sus hijos en las etapas posteriores de su desarrollo.

Jara Tapia, Lasso Lazo y Mogrovejo Loyola (2014) sugirieron la existencia de una relación directa entre patrones de crianza negligente y estado nutricional, y afirmaron que éstos fueron más frecuentes en niños con estado nutricional no adecuado. Asimismo, estarían asociados los patrones de crianza negligente y los trastornos en el desarrollo psicomotor.

Por otra parte, distintos autores relacionaron el desarrollo del niño con los distintos tipos de apego. Lecannelier, Ascanio, Flores y Hoffmann (2011) afirmaron, en el marco de una revisión bibliográfica con relación al apego desorganizado, que éste no es una patología en sí, sino un proceso que entorpece y contraría la organización de la

vivencia psicofisiológica, emocional, cognitiva y relacional. De este modo, queda el niño predispuesto a experimentar inconvenientes para manejar las situaciones estresantes propias de la vida. Carlson (1998), Hesse y Main (2006), y Liotti (1999) sugirieron que la desorganización parental equipa al niño para usar la disociación como mecanismo de regulación de estados mentales, a la vez que lo deja en estado de indefensión para manejar el estrés en futuras ocasiones.

Lecalennier (2014) advirtió sobre la desacertada limitación que implicaría contemplar como generadores de desorganización en el niño modelos parentales unívocos. Es decir que la propuesta de modelos que planteen que es un solo proceso, tal como el estado mental irresuelto del apego, o un solo mecanismo, o un único nivel de funcionamiento, podría caer en el error reduccionista que inevitablemente dejaría sin explicar la complejidad del proceso de la parentalidad. Por otra parte, estos mismos autores afirmaron que el planteamiento de modelos generalistas multinivel y multiproceso, tales como el modelo de umbral, o el modelo de Bronfenbrenner, ofrecen un marco general esclarecedor para iniciar la interpretación del objeto por estudiar, pero dejan sin explicar el fenómeno por investigar al plantear fundamentos muy abarcativos. En este sentido, propusieron la utilización de modelos explicativos que al tiempo que abarquen un número importante de multiprocesos y multinivel, conserven el estatus de explicación. La presencia de ambas condiciones permitiría establecer una intervención específica para explicar y desarrollar el mecanismo propuesto.

El constructo sensibilidad materna ha sido medido en diversas investigaciones utilizando interacciones videograbadas, tales como juego libre (Crittenden, 1995, 2004), entrevistas y observaciones domiciliarias (Pederson & Moran, 1995) y la situación extraña (Ainsworth *et al.*, 1978; Behrens, Parker & Haltigan, 2011). En relación con los principales instrumentos, se desarrolló inicialmente la Escala de Sensibilidad Materna

de Ainsworth *et al.* (1978). Ésta consiste en cuatro escalas de tipo Likert de 1 a 9 puntos, que valoran las siguientes dimensiones: sensibilidad-insensibilidad a las señales del niño, aceptación-rechazo, cooperación-interferencia y accesibilidad-ignorancia. Cada una de éstas arroja un puntaje en función de la descripción que se ajusta a la conducta observada en la madre. Por otra parte, se creó la escala Maternal Behavior Q-Set (MBQS) basada en la técnica de Q-Sort (Pederson & Morgan, 1995). Según afirmaron Santelices *et al.* (2012), en esta última se encontró una alta predictibilidad con apego seguro y las escalas iniciales de Ainsworth. La MBQS consta de un set de noventa descripciones de conductas de interacción materna operacionalizadas, que son catalogadas y comparadas con los comportamientos de una madre sensible prototípica, y se desarrolla en el contexto de una profusa visita domiciliaria (Behrens *et al.*, 2011).

Por su parte, Crittenden (2004) conceptualizando sensibilidad como un constructo diádico, desarrolló un instrumento de medición fundamentado en tal definición. Creó una versión para bebés de 0-15 meses y otra para niños de 15-30 meses en las que se evalúan siete aspectos de la conducta interaccional y se otorgan categorías tanto al adulto como al infante. Con respecto a la evaluación del adulto, además de reportar niveles de sensibilidad, ofrecen dos categorías negativas distintas para el rango de no-sensibilidad: controlador y no responsivo.

Posteriormente, Santelices, Carvacho, Farkas, León, Galleguillos y Himmel (2012) desarrollaron la Escala de Sensibilidad del adulto, ESA. El instrumento fue diseñado para evaluar la sensibilidad que tiene el adulto con un niño (de entre 6 y 36 meses de edad) con el que guarda una relación significativa. El contexto de evaluación corresponde a un encuentro de juego libre entre el adulto y el infante. La evaluación de la sensibilidad del adulto en su relación con niños o niñas de 6 a 36 meses se dividió en

dos modalidades según grupo etario. Ambos modos se diferencian por los juguetes que incluyen, los cuales fueron elegidos para cada nivel de desarrollo.

Por su parte, Sroufe (2014) ha señalado la escasez de investigación basada en la teoría del apego en Latinoamérica y sus consecuencias. Éstas están dadas por una limitada comprensión de las relaciones entre el cuidador y el niño, una restricción en el conocimiento sobre el desarrollo infantil, y la dificultad para generar programas de intervención basados en evidencia y, consecuentemente, políticas públicas en pos del desarrollo infantil saludable. No obstante, cada vez son más los investigadores de América Latina que han llevado a cabo intervenciones basadas en la teoría del apego, con resultados prometedores (Carbonell & Plata, 2014; Carbonell, Plata & Alzate, 2006; Gómez-Muzzio, Muñoz & Santelices, 2008; Lecannelier, Pérez Ewert, Groissman, Gallardo, Bardet, Bascuñan & Rodríguez, 2014; Zapiain & Ortiz, 2012). Castañeda Peña (2015) sostuvo, en el marco de una revisión bibliográfica de la teoría del apego y su implicancia en la pediatría, que en el ámbito hospitalario es relevante estar pendiente de la díada madre-hijo y su evolución durante la enfermedad pediátrica. Asimismo, destacó la importancia de instruir al equipo médico acerca de los alcances de disminuir los tiempos de separación y promover las redes de apoyo a fin de minimizar los efectos desfavorables en el apego madre-hijo, ya que la presencia segura y estable de una figura de apego optimiza la recuperación clínica del niño.

Por su parte, Olhaberry, Escobar, Mena, Santelices, Morales-Reyes y Rojas Martínez (2015) afirmaron que la sintomatología depresiva es frecuente en el embarazo y que tiene fuerte impacto en el posparto y, consecuentemente, en el vínculo madre-bebé. En relación con este tema, realizaron una intervención grupal de cinco sesiones tendiente a reducir la sintomatología depresiva y promover una adecuada sensibilidad materna. En la evaluación pos intervención se pudo observar una reducción significativa

de la sintomatología depresiva paralelamente a un incremento de las habilidades para la resolución de problemas sociales, así como notables mejoras en sensibilidad materna y cooperatividad infantil. A raíz de los resultados del estudio, que demuestran el impacto de la sintomatología depresiva en la sensibilidad materna y, consecuentemente, en la calidad de las interacciones madre-bebé, resaltan la relevancia de desarrollar estrategias de intervención durante el embarazo.

Las investigaciones sobre la transmisión intergeneracional del apego han asociado firmemente los patrones de apego de los padres con los patrones de apego infantiles. En este sentido, la experiencia del niño con sus padres tiene un rol fundamental en la capacidad posterior del niño de establecer vínculos afectivos; por lo tanto, una de las funciones principales de ellos sería proporcionar al niño una base segura para desde allí animarlo a explorar su entorno crecientemente más amplio.

Así, el apego seguro se asocia efectivamente a la salud mental entendida como un balance de afectos placenteros y satisfacción vital, en tanto que el apego temeroso es un claro factor de riesgo para ella. De esto se desprende que es importante que el niño pueda depender de sus figuras de apego, pero también que éstas puedan contenerlo y protegerlo cuando lo necesite.

La sensibilidad de la madre es un importante predictor del apego seguro en el niño; no obstante, el mecanismo de transmisión sigue siendo materia de investigación.

Resulta relevante generar instrumentos útiles que permitan evaluar la sensibilidad de los cuidadores significativos y, al mismo tiempo, ver la realidad desde el punto de vista del niño traducida a sus necesidades específicas en cada etapa del ciclo vital, como su necesidad de seguridad y respuestas confiables y predecibles en el primer año de vida, por ejemplo.

En este contexto, distintos autores han señalado la necesidad de delimitar el concepto de sensibilidad con relación a qué elementos resultan significativos en la interrelación y de qué manera observar la interacción considerando el contexto y la edad del niño.

Por ejemplo, los estudios afirmaron que en familias de nivel socioeconómico alto en las que las madres podían trabajar menos horas, estaban más presentes en el hogar y usaban más vocabulario con sus hijos, se daba una mayor sensibilidad en la interacción con ellos.

Se puede concluir que la relevancia de esclarecer la relación de la sensibilidad con las variables edad, nivel educativo y nivel socioeconómico de la madre radicaría en que otorga la posibilidad de identificar factores de riesgo para madres poco sensibles.

### **Capítulo 3. Desarrollo del niño**

En el presente capítulo se hace un acercamiento al tópico “desarrollo del niño” desde distintas perspectivas. En primer lugar, para contextualizar histórica y socialmente el tema, se indaga acerca del tratamiento recibido por el niño por parte del mundo adulto en distintas épocas y contextos socioculturales. Posteriormente, se analiza el concepto de desarrollo del niño desde distintos modelos explicativos partiendo del crecimiento como hecho eminentemente biológico para solapar en él el desarrollo psicomotor, emocional y moral, tal y como lo conciben distintas escuelas psicológicas. Luego se hace una aproximación al tema de las circunstancias o contexto que pueden resultar factores de riesgo o factores protectores para un desarrollo saludable del niño. Por último, se ofrece una descripción del concepto “problema de desarrollo”.

#### **3.1. El lugar del niño pequeño en los distintos contextos sociohistóricos**

La infancia ha sido, desde fines del siglo XIX, materia de numerosos estudios de tipo pedagógico y psicológico. No obstante, no ha tenido un tratamiento igualmente intenso como materia de examen histórico en sus condiciones reales y cotidianas de vida. Ulivieri (1986) afirma que esta ausencia de una más amplia y exhaustiva historia de la infancia se debe, entre otros factores, a la incapacidad por parte del adulto de captar al niño en una perspectiva histórica.

DeMause (1991) afirma que la historia de la infancia es una pesadilla de la que hemos empezado a despertar recientemente. Cuanto más se retrocede en el pasado, más

rudimentario es el nivel de la puericultura y más expuestos se encuentran los niños a la muerte violenta, al abandono, los golpes, al terror y a los abusos sexuales. En líneas generales, los historiadores no han reparado hasta ahora en estos hechos. Esto se debe a que durante mucho tiempo se ha considerado que la ciencia histórica debía estudiar los acontecimientos públicos, no los privados.

Ariès (1986) hace visible cómo la actitud de los adultos frente a la infancia se ha modificado en el curso de la historia. Del mismo modo sigue cambiando hoy en día lenta e imperceptiblemente para nosotros como contemporáneos.

Ariès (1987) desarrolló una historia de la evolución de las diversas actitudes mentales de la familia hacia los niños. Lo que este autor examina es la “historia tácita” de las emociones presentes en la vida cotidiana del pasado. Ha habido un desarrollo, una evolución sociohistórica en que se ha pasado de una sociedad en la que el infante, cuando apenas era capaz de valerse por sí mismo, era considerado como adulto, libre, un ser autónomo y productivo, a una sociedad que se encapsula en núcleos familiares, relegando a la infancia al ámbito de lo puramente privado.

El arte no es ajeno a la evolución histórica: en la iconografía alto-medieval se representaba al niño como un hombre en miniatura, mientras que es típico de la familia europea del siglo XIX organizarse “con el niño en el centro”. Entonces, se propuso explicar históricamente este tránsito del *olvido* a la *centralidad* de la infancia, un tránsito del anonimato y de la indiferencia del niño de las épocas remotas al de la criatura más preciosa, la más rica en promesas y en futuro, que tenemos hoy en día.

El complejo proceso del “descubrimiento” de la infancia es concebido como un tránsito progresivo de una edad infantil feliz, o, cuando menos, vivida en formas no constrictivas y no diferentes a las de los adultos, a través de una mayor consideración y

valoración de la infancia, a reducir la libertad primitiva mediante vínculos, esquemas educativos, formas de instrucción y largos períodos de preparación para la vida adulta.

Al niño romano recién nacido se lo posaba en el suelo. Correspondía entonces al padre reconocerlo tomándolo en brazos; es decir, elevarlo (*elevare*) del suelo: elevación física que, en sentido figurado, se ha convertido en criarlo. Si el padre no “elevaba” al niño, éste era abandonado, expuesto ante la puerta, al igual que sucedía con los hijos de los esclavos cuando el amo no sabía qué hacer con ellos. Ariès (1986) se pregunta si se debe, pues, interpretar aquel gesto como una especie de procedimiento de adopción, según el cual no se aceptaba al niño como un crecimiento natural independiente de la voluntad consciente de los hombres, para los cuales constituía una nada, un *nihil* destinado a desaparecer, a no ser que se lo reconociese mediante una decisión reflexiva del padre. A manera de respuesta, considera que es posible relacionar este hecho con la frecuencia con la que se producían las adopciones en Roma. En realidad, los lazos sanguíneos contaban mucho menos que los vínculos electivos, y cuando un romano se sentía movido a la función de padre, prefería adoptar el hijo de otro o criar el hijo de un esclavo, o un niño abandonado, antes que ocuparse automáticamente del hijo por él procreado.

DeMause (1991) describe la historia de la infancia desde los orígenes de la civilización occidental hasta la actualidad siguiendo el desarrollo de distintos y sucesivos modelos de crianza a los que denomina: infanticidio, abandono, ambivalencia, intrusión, socialización y ayuda. Asimismo, plantea que existe una evolución en la relación entre padres e hijos y descarta la idea de que la infancia sea un período evolutivo de bienestar pleno, ya que encuentra que muchas veces está signado por la violencia en la vida del niño.

El primer modelo descrito es el del infanticidio (DeMause lo ubica en la Prehistoria, hasta el siglo IV): en la Antigüedad, así como en la mitología griega y romana, los padres que no saben cómo proseguir con el cuidado de sus hijos, los aniquilan. Posteriormente se impone el modelo de crianza signado por el abandono (durante los siglos IV al XIII): los párvulos son internados en monasterios o conventos, se los entrega a un ama de cría, se los incluye en otras familias para su adopción o como criados. En algunos casos, se les permite quedarse en el hogar, pero en todas y cada una de estas circunstancias hay implícita una situación de abandono afectivo.

Más tarde, durante los siglos XIV y XVI, los padres aparecen ya teniendo el deber de moldear a sus hijos. Para ello utilizan, en ocasiones, manuales de instrucción infantil para educarlos. Se hace uso de todo tipo de castigos corporales y psicológicos. DeMause (1991) llama a este período el de ambivalencia.

Posteriormente describe el modelo de crianza de intrusión, característico del siglo XVIII. En esta época, los padres tienen más cercanía con sus hijos. Esta cercanía se caracteriza por la desigualdad del vínculo: los padres no juegan con sus hijos, sino que dominan su voluntad e imponen disciplina. Se sigue recurriendo a los castigos físicos, aunque ya no de manera sistemática. Se empieza a considerar al niño como un adulto más pequeño, incompleto.

Durante el siglo XIX y mediados del XX, bajo el modelo de crianza de socialización, los padres guían al hijo con el fin de que se adapte y logre socializarse. Durante el período de la Revolución Industrial, el niño es valorado como mano de obra barata, un bien al que se puede explotar.

Finalmente, DeMause (1991) define el modelo caracterizado por la ayuda, y lo ubica desde mediados del siglo XX hasta nuestros días. Este modelo implica la corriente empática de los padres con sus hijos. Los niños son quienes hacen saber a los adultos

cuáles son sus necesidades. Se reducen notablemente los castigos (hasta desaparecer o estar desaconsejados) para educar, y aparece el diálogo frecuente. Los adultos juegan con los niños y los comprenden.

Según Alzate Piedrahita (2003), a lo largo de la historia los padres evolucionan de la distancia y abandono de su prole a comenzar a conocer y satisfacer las necesidades de sus hijos. Ariès (1987) afirma que en épocas ancestrales, los primeros cuidados a los niños eran brindados por su madre, aunque generalmente éstos eran alimentados por nodrizas. El padre, en tanto, aparecía contribuyendo con la crianza con posterioridad. Más tarde, en el siglo XIX, comienzan a aparecer publicaciones sobre crianza y educación que sostienen y defienden la conservación y educación de los hijos por parte de los padres. Esto hace que se modifique sustancialmente la imagen de la infancia.

En este contexto, desde fines del siglo XIX y durante el siglo XX aparecen descripciones y estudios científicos acerca del niño y su desarrollo. En este sentido, son de fundamental importancia los desarrollos teóricos de Sigmund Freud, Klein, Anna Freud, Winnicott, Piaget, Spitz, Dolto, Mannoni y Erikson.

### **3.2. Definición de desarrollo**

Diversas disciplinas, tales como la Antropología, la Sociología, la Neuropsicología, coinciden al considerar que el contexto social, cultural e histórico tiene una enorme influencia en el desarrollo humano (Vargas-Rubilar & Arán-Filippetti, 2014) En este sentido, Bronfenbrenner (1986, 2009) afirmó la importancia de acercar los principios ecológicos al estudio del desarrollo humano. Desde esta perspectiva, el desarrollo de cada ser humano tendría lugar en un contexto de relaciones familiares, y no dependería, por lo tanto, exclusivamente de factores ontogenéticos, sino,

precisamente, de la interacción con el entorno familiar más cercano y con otros componentes del ambiente. Investigaciones recientes han mostrado una tendencia integradora (Delgado, 2012, citado en Vargas-Rubilar & Arán-Filippetti, 2014), superando la disyuntiva entre los enfoques ambientalistas e innatistas, y afirmando que existe una interrelación entre los factores ambientales y los factores genéticos; es decir, el ser humano nace con determinado potencial de aprendizaje y de habilidades factibles que el ambiente puede favorecer u obstaculizar (Peñaranda Correa, 2003). Por lo tanto, aunque existen diversos factores intrapersonales que tienen injerencia en el desarrollo psicosocial, muchas habilidades que se adquieren dependen primordialmente de las interacciones con los adultos significativos y con el medioambiente que los circunda, en especial durante las primeras etapas del desarrollo humano (Bronfenbrenner, 1986). No obstante, afirma este autor, es innegable la preeminencia del contexto familiar en la vida de las personas, tanto a nivel socioemocional como cognitivo, más allá de todos los contextos sociales de influencia. Por esto ha recibido especial atención en las ciencias del comportamiento.

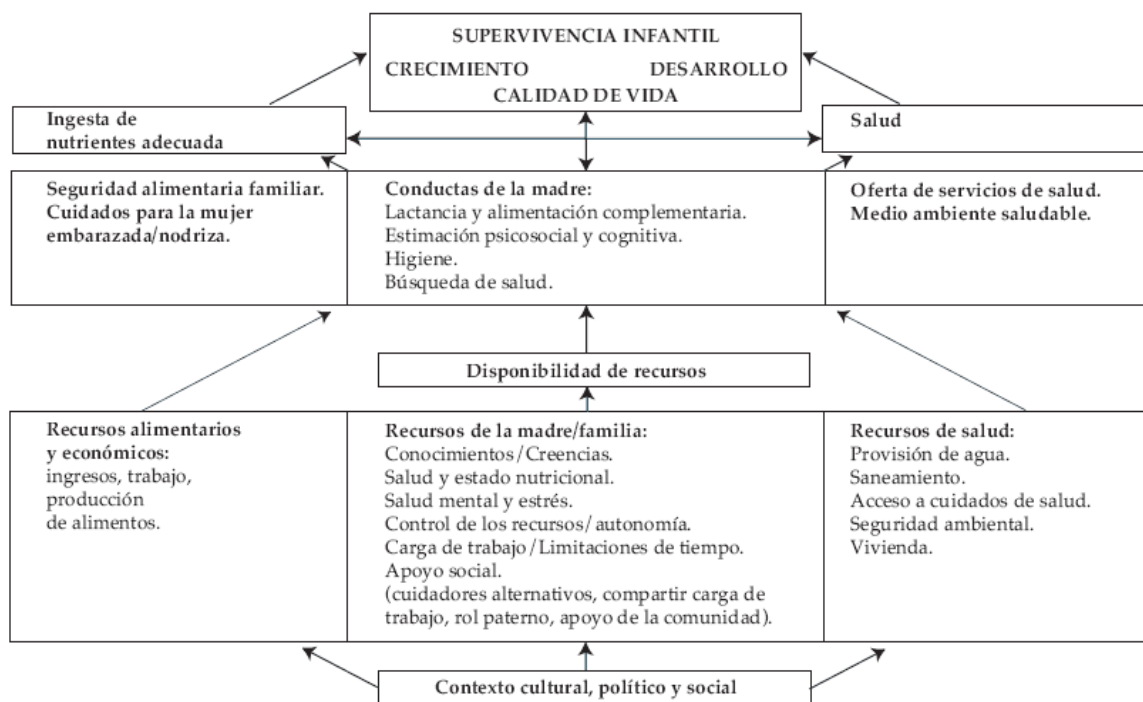
Diversas investigaciones en las últimas décadas han coincidido en que una de las funciones más importantes de la familia, en relación con las necesidades de los niños y niñas, es brindar la estimulación apropiada que haga de ellos personas con las capacidades cognitivas y emocionales necesarias para poder establecer relaciones competentemente con su entorno físico, emocional y social (Barudy & Dantagnan, 2010; Gracia & Musitu, 2000; Palacios & Rodrigo, 1998; Richaud de Minzi, 2005; Ceberio, 2006). Otros estudios recientes han puesto énfasis en la influencia parental sobre la conducta externalizada de los niños y niñas, las psicopatologías infantiles, y los diferentes modelos de procesos familiares. No obstante, se ha realizado un número más limitado de estudios en relación con el proceso de adquisición e interacción de las

conductas de los padres y sus efectos en el desarrollo de las competencias cognitivo-emocionales de niños y niñas (Sanders & Morawska, 2010).

El desarrollo del niño se enrola dentro del concepto más vasto de desarrollo humano y, a los fines de este trabajo, del desarrollo individual del ser humano. Se considera a éste como un proceso continuo, dinámico, de fases sucesivas y que tienden a una mayor diferenciación y síntesis de las funciones a lo largo de toda la vida. En este extenso proceso, el desarrollo del niño resulta de fundamental importancia por la trascendencia y las implicancias que los hechos de esta etapa tienen durante toda la vida del individuo (Lejarraga, Menéndez, Menzano, Guerra, Biancato, Pianelli, Fattore, De Raco, Schejter, Contreras, Glomba, Bellusci, Lusnig, Rautenstrauch, Paris, Galeana, Feinsilber, Garay, Alves, Del Pino, Andrews, Pagano & Larigoitía, 2008).

El desarrollo del niño es, desde hace décadas, una preocupación continua de la ciencia. Asimismo, no resulta ajeno a este problema el tema del niño como sujeto de derecho, ya que toda acción a favor de los derechos del niño contribuye a asegurar su desarrollo adecuado. Ésta es una preocupación permanente de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y del Fondo Internacional de Emergencia de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Ambas organizaciones han incorporado el concepto de desarrollo incluyéndolo en el conjunto de la salud integral del niño. Un modelo apropiado para explicar el desarrollo infantil es el propuesto por UNICEF y que se expone a continuación:

**Gráfico 1.** Modelo ampliado de UNICEF



Fuente: Lejarraga *et al.* (2008). PRUNAPE: Pesquisa de trastornos de desarrollo en el primer nivel de atención. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 106(2).

Tal como afirman Gilardon, Del Pino, Di Candia, Fano, Krupitzky, Fernández y Orazi (2004), el desarrollo de un niño es producto de los procesos biológicos, psicológicos y sociales de cambio que son permanentes y en los que el pequeño puede resolver situaciones cada vez más complejas. Durante todo el proceso de desarrollo, es condición *sine qua non* que las estructuras logradas sean la base necesaria de las que siguen. Todo el desarrollo del niño está condicionado por la información genética, por la acción del ambiente, así como por la interacción entre estos dos factores. En este sentido, el estado de salud y nutricional, tanto como la herencia genética, las características psicológicas, el ambiente familiar y el contexto social, económico, histórico y cultural, son factores íntimamente condicionantes del desarrollo.

Desde esta perspectiva, el desarrollo es concebido como un proceso multidimensional, que incluye aspectos biológicos, psíquicos y sociales, que resultan

indivisibles y que se resumen en un todo que se constituye en el infante. Como se puede observar en el cuadro precedente, la supervivencia, el crecimiento como cuestión meramente biológica, el desarrollo, entendido como bio-psico-social y la calidad de vida del niño dependen, desde la gestación en un proceso dialéctico, de innumerables factores. Éstos pueden sistematizarse en condicionantes de orden genético o ambiental. Asimismo, y muy tempranamente, cumplen un papel primordial las conductas de la madre: la alimentación que esté dispuesta a brindar a su hijo, así como la calidad de estimulación y cuidados que le dispense; y también la predisposición y capacidad de la mamá para buscar la ayuda y generar un ambiente saludable y salutógeno para su prole. A su vez, el factor cuidados maternos se verá influenciado por el contexto familiar: éste podrá, o no, brindar seguridad, cuidados, apoyo y contención a la madre gestante, parturienta, puérpera o en crianza. También el ámbito social mediato e inmediato condiciona el desarrollo del niño. Esto tiene lugar, siguiendo la teoría de Bronfenbrenner (2009), por la influencia mutua de los distintos subsistemas de su modelo ecológico. El microsistema madre-hijo recibe el impacto del mesosistema conformado por la familia extensa, los amigos, el grupo de pertenencia. A su vez, el exosistema condiciona a los dos anteriores, aportando la disponibilidad de recursos con que cuente esa madre y su hijo, a saber:

1. Recursos materiales: calidad de los alimentos, ingresos familiares, nivel de trabajo de la madre o padre (permanente, eventual o ausente).
2. Recursos personales/sociales: educación de los padres, creencias familiares, salud mental, manejo del estrés, control y aprovechamiento de los recursos individuales, apoyo del entorno social.
3. Recursos de salud: tipo de vivienda, servicios sanitarios (disponibilidad de agua potable, saneamiento), acceso a servicios de salud.

A su vez, el panorama cultural, político y social, o macrosistema, condicionará de alguna manera a los anteriores factores descriptos.

Es esperable que el niño pueda adquirir en este proceso de humanización aptitudes culturalmente aceptadas para desenvolverse en forma adecuada en su ambiente y, asimismo, poder adaptarse a los cambios que éste pueda presentarle. Los autores consideran que el niño es un sujeto activo en el proceso de su desarrollo, generándolo por medio de sus propias características, por otra parte, únicas e irrepetibles (Gilardon *et al.*, 2004).

Del mismo modo, también puede pensarse el desarrollo de acuerdo con el Modelo Ecológico de Bronfenbrenner (2009), entendiéndoselo como el producto de la interacción del niño con sus ambientes inmediatos, como la familia, los amigos, las relaciones afectivas relevantes, su ambiente social y el entorno cultural. Bronfenbrenner propone el desarrollo humano como una acomodación creciente y mutua entre un ser humano activo, que se halla en proceso de desarrollo, y las características cambiantes de los ambientes en el que esa persona vive. Tal como lo plantea el autor, el desarrollo tiene lugar en un contexto donde se intrinca lo social, lo histórico y lo cultural. En este marco, pueden ser distinguidos cinco niveles de análisis:

1. **Microsistema:** nuclea el patrón de actividades, roles y vínculos interpersonales experimentados por la persona en desarrollo en el entorno en que vive.
2. **Mesosistema:** alude a las interrelaciones de dos o más entornos o microsistemas en los que la persona en desarrollo interviene: las relaciones del niño en el hogar, la escuela, el grupo de pares.
3. **Exosistema:** hace referencia a los entornos, que pueden ser uno o más, en los que el ser humano en desarrollo no está incluido directamente; a saber, el trabajo de los padres y sus relaciones, o el grupo de amigos de los padres. No obstante, es

claro que influyen a otros entornos en los que el niño sí está incluido, es decir, la familia.

4. Macrosistema: se relaciona con la atmósfera cultural o ideológica que afecta o puede atravesar a los sistemas de menor orden, como los sistemas micro, meso, exo, dándole cierta uniformidad.

5. Cronosistema: hace referencia al influjo de los cambios y continuidades en el tiempo cronológico en el desarrollo de la persona y que suceden en los ambientes en los que la persona vive, tales como transiciones o crisis vitales o los efectos acumulativos de una secuencia de modificaciones a lo largo del ciclo vital.

Entonces, el desarrollo es producto de la interacción del infante con sus ambientes inmediatos o microsistema, de las relaciones entre los elementos de ese microsistema, de los entornos que rodean al micro y mesosistema, así como de los escenarios sociales que lo afectan o exosistema. Por consiguiente, es indispensable identificar los factores de riesgo tanto individuales (tales como bajo peso, desnutrición, dificultades vinculares) como comunitarios (desprotección social, violencia, pobreza) que al estar presentes afectarían al normal desarrollo del niño (Lejarraga, 2010a, 2010b).

El desarrollo del niño en sus primeros años es fundamental para la construcción de la subjetividad y tiene carácter intersubjetivo, ya que el niño necesariamente debe vincularse con un otro para que lo interprete y contribuya a resolver sus demandas. En un primer momento será la madre —o quien cumpla la función materna— quien traduzca sus necesidades y, dando una respuesta adecuada, contribuya al desarrollo del niño y su subjetividad (Cerezo, Salvador & Trenado, 2011).

Se evidencia, entonces, que en el desarrollo infantil temprano las interacciones con el entorno mediato e inmediato son trascendentales. Diversas investigaciones focalizan su análisis del desarrollo infantil dando relevancia primordial a esta

interrelación. Los autores consideran como factores de alto impacto en el desarrollo cognitivo de los niños los siguientes: la salud de la madre en la fase prenatal, la salud del niño en los períodos perinatal y posnatal, la educación materna, la ocupación del padre, la estimulación del hogar, los estilos parentales o de crianza, el estatus socioeconómico de los progenitores (Bradley & Corwyn, 2002; Kaplan & Fainsod, 2001).

A partir del nacimiento del niño se producen simultáneamente dos procesos: por un lado, la maduración biológica, y por otro, los procesos de aprendizaje, los cuales poseen características individuales. La estimulación adecuada, continua y variada interviene desde los inicios de ambos procesos, y tiene un papel trascendente en la capacidad de aprendizaje del niño. Existe acuerdo entre los investigadores del desarrollo al considerarlo como una sucesión de transformaciones no lineal, profundamente influenciada por factores tanto biológicos como ambientales (Vygotsky, 1981; Akhutina, 2002; Korkman, 2001; Lejarraga 2008).

Diversos autores consideran el desarrollo del niño como consecuencia de un proceso sistemático de cambios y continuidad en el individuo que tienen lugar en la vida del ser humano desde la concepción hasta la adolescencia. Al afirmar que dichos cambios son sistemáticos, resulta implícito que éstos son ordenados, en patrones, y relativamente duraderos (Araujo, Moraga, Irrázaval, Hoogma, Barrera, Bedregal & Cordero, 2015). La continuidad del desarrollo es la manera en que el individuo sigue siendo el mismo reflejando su pasado. El desarrollo es un proceso de transformación que implica la diferenciación e integración de funciones que se presentan en la persona humana y en sus capacidades. Los cambios del desarrollo se basan en dos procesos sinérgicos y complementarios: la maduración y el aprendizaje. La primera consiste en el desarrollo biológico del individuo de acuerdo con la transmisión biológica típica de la

especie y la herencia biológica de una persona individual. El aprendizaje es el proceso a través del cual las experiencias producen cambios relativamente estables en los sentimientos, pensamientos y comportamientos. Según las concepciones más actuales del desarrollo infantil, las capacidades con las que se inicia en la vida le permiten al ser humano relacionarse activamente con quienes comparte la vida y lo acogen, así como aprender y resolver problemas de su entorno más cercano y encontrar las oportunidades necesarias para su desarrollo (Casas, Monroy, Montesinos & Arratibel, 2014).

El enfoque de curso de vida es una perspectiva teórica, un marco conceptual y no un modelo en sí mismo, que se encuentra en desarrollo. Este enfoque refleja la convergencia de diversas ideas, provenientes de muchas fuentes. El término “curso de la vida” con frecuencia se ha utilizado indistintamente con otros términos, tales como “período de vida” (*life span*), “historia de vida” (*life history*) o “ciclo de vida” (*life cycle*). Los tres términos son parte del vocabulario del enfoque de curso de vida, pero no son sinónimos de él.

El concepto de “período” o “etapa”, por ejemplo, tal como ha sido utilizado por la psicología del desarrollo, especifica los aspectos descriptivos de la investigación de un determinado período de la vida. El estudio de las etapas de la vida puede también vincular el comportamiento en dos o más etapas de la vida. Sin embargo, un enfoque de curso de vida va más allá de los estudios específicos de un período como la niñez o la adultez temprana únicamente para alcanzar el estudio de todo el curso de la vida y la comprensión de sus efectos en la siguiente generación (intergeneracionalidad).

El término “ciclo de vida” también ha sido ampliamente utilizado para indicar la cronología de eventos a través de todo el curso de la vida (por ejemplo, la composición del hogar en diversos períodos y los eventos familiares). En contraste, un enfoque de curso de vida considera a los individuos en grupos de edad —por tanto, en un contexto

histórico—, y conceptualiza los patrones de vida de acuerdo a la edad con relación al contexto, integrando la noción de interacción continua y dinámica entre el curso social de la vida y el desarrollo. Dado que el enfoque de curso de vida ubica a los individuos en un contexto histórico, en el centro de esta perspectiva está la temporalidad, que se expresa en tres áreas:

1. la edad cronológica, que marca un momento del desarrollo como índice de un momento en el proceso de envejecimiento;
2. la edad social, que identifica patrones de edad en los roles sociales y calendarios;
3. el tiempo histórico, que se expresa a través del estudio de las personas de acuerdo al año de su nacimiento, y que considera la relación de los miembros de una cohorte específica a su experiencia de la historia y el cambio social.

En una perspectiva del curso de la vida, se consideran las trayectorias que se extienden a través del tiempo, como la familia o el trabajo; así como los cambios a corto plazo o transiciones, tales como entrar y salir de la escuela, el primer trabajo, o el matrimonio. Cada transición en el curso de la vida está embebida en una trayectoria que le da forma y significado. Así, por ejemplo, los cambios de trabajo son elementos fundamentales de la trayectoria de la vida laboral; y los nacimientos o la llegada de un hijo son eventos clave en la trayectoria de una familia. Estos eventos y cambios en los roles no ocurren necesariamente en una secuencia determinada, sino que emergen de la suma total de eventos a los que está expuesto el individuo y de la propia experiencia de la persona. El concepto de curso de vida implica fenómenos sociales diferenciados por la edad; sin embargo, éstos son conceptualizados de una forma muy distinta a la idea de etapas del ciclo de vida uniformes que deben ser resueltas. Una perspectiva de curso de vida resalta la importancia del tiempo, el contexto, el proceso y el significado en el

desarrollo humano y la vida familiar. La familia se entiende como un grupo social micro dentro de un macrocontexto como una colección de individuos con historia compartida que interactúan dentro de los siempre cambiantes contextos sociales. El envejecimiento y el cambio son procesos continuos que se experimentan durante toda la vida. Un enfoque de curso vida considera la intersección de factores sociales e históricos embebidos en la biografía personal y el desarrollo. Es un enfoque que puede ser considerado como un paradigma multidisciplinario unificador, para el estudio de la vida de las personas, sus contextos y el cambio social (Araujo *et al.*, 2015; Blanco, 2011).

Elder (1994) planteó el enfoque de curso de vida que considera la asociación lineal o no en la secuencia de eventos de una trayectoria en el tiempo. Esta linealidad hace referencia a la secuencia de fases que están relacionadas con edades específicas definidas por cada sociedad particular y es la repercusión de aspectos estructurales de la edad cronológica. Esta teoría es tomada por investigadores de la psicología del desarrollo para contextualizar el crecimiento y maduración del niño. Araujo *et al.* (2015) afirman que es posible identificar seis principios centrales en el enfoque de curso de vida:

1. Principio de ubicación sociohistórica y geográfica: da cuenta de que el curso de la vida y las vías que sigue el desarrollo de un individuo están imbuidos en y transformados por las condiciones y hechos que ocurren durante el período histórico y en la ubicación geográfica en la que vive el niño. En este sentido, acontecimientos geopolíticos tales como una guerra, los ciclos económicos y las ideologías sociales y culturales dan cuerpo a las percepciones y las opciones que los seres humanos toman, alterando, por lo tanto, el curso del desarrollo humano.
2. Principio de la vida en desarrollo: implica siempre la noción de temporalidad y de efectos en el largo plazo. Así, se han propuesto tres conceptualizaciones del

tiempo que son esenciales en esta perspectiva de curso de vida: el tiempo individual u ontogenético referido a la edad cronológica, el tiempo generacional referido a los grupos de edad o cohortes en los que las personas se agrupan, sobre la base de su edad, y el tiempo histórico relacionado con cambios o eventos sociales de gran escala que afectan a cada individuo y a la familia, tales como los cambios políticoeconómicos o las innovaciones tecnológicas.

3. Principio de heterogeneidad o variabilidad, según el cual las tendencias en el desarrollo pueden variar dentro de una misma población. Las cohortes o las generaciones no son colecciones homogéneas de personas, ya que las experiencias de vida pueden diferenciarse por género, clase social, estructura familiar, etnia o religión. Además, la capacidad de adaptarse a los cambios en el curso de la vida puede variar en relación con los recursos o apoyos con que cuenta el individuo, en cuanto a capital económico o cultural o el capital vincular y social.

4. Principio de las vidas vinculadas: sostiene que las vidas humanas son interdependientes y recíprocamente conectadas en varios niveles. Las vivencias sociales e individuales están relacionadas estrechamente en la familia y su red de vínculos compartidos. Como resultado, los eventos a nivel macro, tales como una guerra, pueden afectar los comportamientos individuales y éstos a su vez influir significativamente otras relaciones familiares. Los sucesos estresantes, como la muerte de un miembro de la familia, también pueden afectar a las relaciones familiares, ya que estos sucesos pueden desencadenar patrones de estrés y vulnerabilidad o, por el contrario, generar conductas adaptativas y resiliencia familiar. Ya que las vidas son interdependientes, los cambios de una persona frecuentemente implican cambios para otros miembros de la familia (Kertész, 2008).

5. Principio de agencia humana y el control personal: implica, de acuerdo con la perspectiva de curso de vida, que los individuos son agentes activos que no sólo componen el efecto de la estructura social, sino que también toman decisiones y se fijan objetivos que dan forma a la estructura social. La persona humana tiene la capacidad para protagonizar la planificación de su vida por medio de procesos reflexivos y proactivos autodirigidos que subyacen a las determinaciones de uno por sobre los compromisos institucionales y las relaciones sociales. No obstante, se debe reconocer que la capacidad de tomar decisiones específicas depende de las oportunidades y limitaciones que encuentra el individuo.

6. Principio del pasado que modela el futuro: hace referencia a las decisiones del curso de vida temprano, oportunidades y condiciones que afectan los resultados posteriores. El pasado, por lo tanto, tiene la posibilidad de dar forma al presente y al futuro. Esto puede ocurrir en los distintos niveles: la cohorte, nivel generacional o el nivel familiar individual. Una generación puede transmitir a la siguiente las consecuencias de las circunstancias históricas que dieron forma a su historia de vida. El tiempo y las condiciones en que se producen los acontecimientos y comportamientos de vida anteriores también pueden configurar una reacción en cadena de experiencias para las personas y sus familias, tales como la reproducción de la pobreza o los ciclos de la violencia intrafamiliar. El pasado, por lo tanto, puede afectar de manera significativa los resultados posteriores de la vida, tales como el nivel socioeconómico, la salud física y mental, y los patrones familiares.

### 3.3. El desarrollo del niño como proceso madurativo

#### 3.3.1. Desarrollo prenatal

Diversos desarrollos filosóficos y científicos han considerado el nacimiento como primer momento del desarrollo de la vida humana, sosteniendo la tesis de que el embrión no es individuo humano desde el principio, sino que sólo lo será a lo largo de su desarrollo. Dicho juicio se basa en la denominada ley fundamental biogenética, según la cual en cada proceso individual de desarrollo u ontogénesis se compendia el desarrollo de toda la especie o sea, la filogénesis. Cada embrión recorre durante su desarrollo, según esta teoría, las diversas etapas de las formas animales inferiores a él antes de que arribe a su apariencia humana verdadera. Por otra parte, la posibilidad de que se produzcan gemelos univitelinos ha sido una de las justificaciones que presentaron algunos autores para introducir la noción de pre-embrión para los primeros catorce días de vida del embrión. La idea de pre-embrión presupone que en el desarrollo temprano del individuo existe una fase en la cual no podría ser considerado un embrión humano aún. Boonin (2003), para defender la moralidad del aborto desde la filosofía analítica, disecciona en forma detallada un número considerable de argumentos antiabortistas, mostrando lo que interpreta como errores de razonamiento.

Este método filosófico empleado por Boonin, conocido como “equilibrio reflexivo”, es habitual en las obras sobre cuestiones morales escritas por filósofos analíticos: comienza porque los humanos adultos sanos tienen, *prima facie*, derecho a la vida. Puesto que los antiabortistas creen que es *prima facie* incorrecto matar al feto porque éste también tiene derecho a la vida, Boonin se propone demostrar que hay buenas razones para creer que hay algo en el feto, o en su relación con la madre, que justifica la postura de que el aborto es moralmente permisible durante la mayor parte de

la gestación del feto. Este pensador, para demostrar la permisibilidad moral del aborto, intenta establecer, si bien negativamente a través de la refutación de los argumentos antiabortistas, que o bien el feto no es un sujeto moral y no tiene derecho a la vida, al menos durante la mayor parte del embarazo, o bien un aborto no viola el derecho del feto abortado a la vida, aun en el caso de que el feto tuviera tal derecho, porque nadie, incluido el feto, tiene derecho a utilizar el cuerpo de otra persona contra su voluntad.

En oposición a estos argumentos, Julián Marías (citado en Gómez, 2012) condena el aborto y sostiene que es falso afirmar que el feto es parte del cuerpo de la madre, porque él está alojado en ella, mejor aún, implantado en ella como ser, y no meramente en su cuerpo. Una mujer dice: “Estoy embarazada”, nunca “mi cuerpo está embarazado”. El niño aún no nacido es “una realidad viniente”.

En este orden, Gómez (2012) sostiene que la vida de la persona humana comienza en el momento mismo de la concepción, es decir, al producirse la unión de los gametos masculino y femenino. Desde esta perspectiva, no existen en el desarrollo del ser humano etapas prehumanas. Esto es: el embrión humano no es previamente animal u otro ser vivo, sino que todo su desarrollo se produce desde un principio como ser humano. Algunos autores, siguiendo el evolucionismo darwiniano, afirman que en el desarrollo humano hay estadios prehumanos, es decir en la ontogénesis evolutiva de todo ser humano se reproduce literalmente la filogénesis. De este modo, el cigoto sería sucesivamente protozario, pez, anfibio, reptil, mamífero y, finalmente, humano.

A diferencia de dichas teorías, sostenemos que la vida en el seno materno, considerada tal desde la concepción, es una auténtica vida humana, la cual evolucionará de ese modo anatómica, fisiológica y psíquicamente. Así como afirmó Rascovsky (1960), esta vida psíquica prenatal es inconsciente.

En la Antigüedad, pensadores griegos, judíos y egipcios se refirieron a la vida prenatal, a los movimientos del niño, a su alimentación dentro del vientre materno e hicieron referencia, por lo tanto, a la existencia de su alma. En esta misma línea de pensamiento, tanto filósofos medievales como científicos contemporáneos han considerado que el huevo fecundado es una entidad biológica distinta de la madre y que contiene en sí todo el bagaje hereditario y es biológicamente individual. Consecuentemente, se puede afirmar que en el momento de la concepción tiene lugar el origen de una concreta naturaleza humana, o sea, una persona. Así, se considera que esta nueva persona ha sido concebida en el momento de la fecundación en cuerpo y alma espiritual (*nous*) y es una unidad indivisible e irrepetible (Griffa & Moreno, 1999).

Tomando como punto de partida la concepción, se considerará el desarrollo del niño desde la psicología prenatal. Un nuevo ser aparece con la fecundación. En el preciso instante en que el espermatozoide penetra en el óvulo se forma el cigoto o huevo humano, considerado la primera célula a partir de la cual se desarrollará una persona nueva, única e irrepetible. Todo el potencial de este nuevo ser se concentra en este huevo, que a partir de su conformación comienza su proceso de partición y multiplicación. El cuerpo se desarrollará a partir de suministro genético del cual el nuevo ser se apropia siguiendo lo que constituiría, según la teoría epigenética, el plan de construcción o la idea configuradora. De este modo, el cuerpo se convertirá en un escenario en el que se plasman visiblemente sus posibilidades. Así, este cuerpo fetal está dirigido al otro, abre una vía de comunicación, ya que en él se muestran los límites cuando aparece la enfermedad. Este cuerpo actualmente es conocido y observado por la aparatología técnica y es transmisor de un mensaje para sus padres y médicos.

Griffa y Moreno (1999) afirmaron que este mensaje que transmite el cuerpo fetal es también un símbolo de la dimensión psíquica. Ésta se expresará en conductas que

mostrarán sus necesidades y deseos, así como las respuestas a distintos estímulos. Todas éstas son distintas categorías psíquicas. Del mismo modo, afirman, este ser humano nuevo es también espíritu (*nous*), ya que está abierto a lo trascendente, esto es, un más allá de su propio yo.

En este sentido, se valorarán como actos psíquicos las conductas y reflejos que acontecen durante el desarrollo intrauterino. Éste se extiende hasta el nacimiento, aproximadamente un lapso de cuarenta semanas. Se lo puede segmentar en tres subperíodos sucesivos:

1. Período germinal: desde la concepción hasta las dos semanas de vida. Aquí cabe destacar las relaciones que pueden establecerse entre filogenia y ontogenia: la evolución de la especie y la evolución del ser humano desde su concepción, en las que se basan algunos autores para considerar subhumano al embrión. A partir de ese momento hasta el cuarto día, el óvulo fecundado se desplaza por la trompa de Falopio en dirección al útero mientras sufre numerosas transformaciones que lo convierten en mórula. Entre el quinto y décimo día se fija en las paredes del útero, pasando a la fase de gástrula. Para lograr implantarse, el huevo debe corroer la pared engrosada del útero. Lo logra mediante la secreción de fermentos histolíticos, cavando un nicho y anidando en él. Posteriormente, desarrolla prolongaciones que le permitirán absorber la sangre de los vasos sanguíneos de la madre. Luego, esta herida cicatriza y numerosas células uterinas rodearán al futuro embrión. Se puede señalar aquí que los procesos de anidación en el útero y de absorción de sustancias nutricias y el modo en que acontecen ponen de manifiesto el papel activo del cigoto en su lucha por la supervivencia. Se puede afirmar que se trata de un acto agresivo de este nuevo ser en pos de su lucha por la vida. La implantación es un proceso sumamente escabroso en el que fracasan

alrededor del cincuenta por ciento de los huevos fecundados, generalmente por presentar graves alteraciones genéticas (*ibid.*). Entre el día décimo primero y el décimo séptimo surge el canal neural y se constituye el embrión. Éste cuenta con un tubo digestivo rudimentario y tejido nervioso primitivo (*ibid.*).

2. Período embrionario: se extiende desde la tercera a la octava semana. Además del desarrollo del embrión, comienza a formarse la placenta. La capa externa del blastocisto se convierte en corion, la membrana protectora que formará, junto a los tejidos uterinos, la placenta. Ésta mediatizará el intercambio madre-hijo: llevando al niño sustancias nutritivas, facilitando la excreción de residuos del bebé y oxigenando su sangre (funcionando como órgano respiratorio). El cordón umbilical, que comunica al embrión con la placenta, también se origina en este período. Así como también el saco amniótico, que rodea con su líquido al bebé y amortigua golpes y presiones externos. Tiene lugar la génesis y el desarrollo de los sistemas orgánicos. Alrededor de la tercera semana se forma el sáculo cardíaco. Hacia el final de la cuarta semana, el embrión cuenta con dos tubos: el gastrointestinal y el cerebroespinal. Durante las semanas subsiguientes, hasta la octava, se delinea el sistema motor arcaico. Comienza a definirse la forma humana, se forman las extremidades, aparece la motilidad espontánea o provocada. Se auscultan latidos cardíacos. El período embrionario se caracteriza por la velocidad en que se da el crecimiento del embrión. Es, asimismo, un momento de enorme sensibilidad a las enfermedades infecciosas y a la desnutrición materna. Éstas pueden provocar daños tanto funcionales como estructurales al niño en gestación.

3. Período fetal: se prolonga desde la novena semana hasta el nacimiento. Se consolida el crecimiento de las estructuras generadas en el período anterior.

Aparecen los reflejos de compensación gravitatoria. Aparece la sensibilidad propiceptiva y se delimita la sensibilidad exteroceptiva. Se registran los primeros movimientos. Podría considerárseles como conductas espontáneas primitivas o en realidad un primer atisbo de actividad nerviosa de tipo refleja. Surgen el reflejo tónico cervical (que será de gran importancia al facilitar el pasaje por el canal de parto), el reflejo de deglución, así como los movimientos parpebrales. La sensibilidad a los estímulos desagradables, tales como el dolor, se halla atenuada merced a la presencia del líquido amniótico que rodea al feto. El feto resulta muy sensible a los cambios metabólicos. La dependencia con su madre es absoluta. Es, por consiguiente, muy sensible a los cambios de glucosa y oxígeno en la sangre materna. Por ejemplo, ante un descenso marcado en los niveles sanguíneos de glucosa en la madre, el feto reaccionará con movimientos pronunciados o cambios posturales. Lo mismo puede ocurrir ante el debilitamiento momentáneo del flujo de oxígeno vía cordón umbilical. En este sentido, se puede afirmar que las experiencias más significativas para el bebé se encuentran relacionadas con cambios metabólicos y posturales de la madre. Los movimientos del feto son globales y generalizados. Esto quiere decir que no se reducen al movimiento de alguno de sus miembros aisladamente. Al ser globales modifican por completo su ritmo metabólico y podrían ser considerados la base de las reacciones psíquicas posteriores. Entre el cuarto y quinto mes de gestación, el bebé puede tener conductas reflejas originadas en la estimulación directa de la superficie cutánea. Esto se relaciona con la presencia de la llamada sensibilidad protopática. Aparece a partir de este momento evolutivo la concatenación coordinada de algunos reflejos con una finalidad, constituyendo reflejos. Éstos aparecen ligados a la satisfacción de necesidades vitales primarias (tales como la deglución y la

respiración), originados generalmente en estímulos endógenos. Hacia el sexto mes de gestación, el feto alcanza una integración defensiva de los reflejos. Esto podría implicar la presencia de actividad psíquica (*ibid.*).

En relación con la existencia de un aparato psíquico primitivo, prenatal, Rascovsky (1960) introduce el desarrollo del Psiquismo fetal. El autor describe una posición fetal o autista anterior a la posición esquizo paranoide y de la etapa oral descrita por Freud, refiriendo una relación de objetos muy rica compuesta por todo el acervo del conocimiento heredado. En este sentido, se concibe al Ello como el primitivo ambiente del Yo, como el mundo inicial de sus objetos. La fase oral representa, entonces, una etapa evolucionada en el desarrollo del psiquismo, que marca el comienzo de la relación con los objetos externos. Para que esto suceda, antes el Yo debió haber organizado su relación perceptiva e identificatoria con sus objetos internos, o sea, representaciones innatas. Éstas serán el patrón sobre el cual actuará el incremento instintivo que impulsa a la búsqueda del objeto externo después del nacimiento. La organización del psiquismo fetal está dada por la inexistencia de la relación con objetos externos reales y la fortísima relación con los objetos internos. El Yo prenatal es absolutamente permeable a los contenidos del Ello, que, como señaló Freud (1992 [1900]), constituye el primitivo ambiente del Yo, donde se desenvuelve la herencia, o sea el acervo de representaciones heredadas. Rascovsky (1969) considera que el libre flujo de contenidos y cargas psíquicas del Ello al Yo es un paralelo del suministro incondicional físico existente a través del cordón umbilical. Según el autor, existe un extenso y profundo período ontogenético durante el cual la organización evolutiva del Yo se concreta a expensas de las percepciones e identificaciones provenientes del Ello.

### **3.3.2. El recién nacido**

El período en que un niño es considerado neonato difiere de acuerdo a los distintos autores. Spitz & Cobliner (1969) hacen coincidir este período con lo que han llamado “período pre-objetal”, que se extiende aproximadamente hasta los tres meses de vida previos a la aparición de lo que denominan “el primer organizador” (sonrisa social). Para los autores, es una etapa de indiferenciación con el entorno. La percepción, la actividad del bebé y sus funciones no están aún suficientemente organizadas. El niño no puede distinguir yo-no yo, tampoco dentro y fuera. En este sentido, el medio que lo circunda es vivido como una parte de sí. Hay un débil registro de los estímulos exteriores. El recién nacido responde fundamentalmente a sus estímulos internos. En los primeros momentos de la vida extrauterina se ponen en acción los reflejos innatos que denotan que las reacciones del pequeño están íntimamente ligadas a tendencias instintivas, tales como la nutrición y la reacción simple de defensa. A raíz de esto, aparecen los primeros hábitos elementales. Entonces, las sensaciones, percepciones y actividades particulares del niño constituirán lo que Piaget (1997) llama “esquemas de acción”.

Durante el proceso de desarrollo, la maduración del sistema nervioso central requiere de una secuencia de transformaciones más compleja que otras estructuras nerviosas. Esto implica que este sistema sea particularmente vulnerable a influencias del ambiente, especialmente en los primeros años de vida, produciéndose cambios a nivel funcional y estructural por medio de la interacción entre el ambiente y el sistema nervioso (Huttenlocher & Dabholkar, 1997; Korkman, 2001). Para evaluar el grado de maduración y desarrollo del recién nacido, así como para detectar patologías orgánicas, se analizan los reflejos arcaicos, los reflejos osteotendinosos, el tono muscular, la mímica facial. En relación con los reflejos arcaicos, se observan en el neonato:

1. Marcha automática: consiste en la extensión del muslo, despliegue de la punta del pie y posteriormente apoyo del talón, hay un movimiento de marcha con la elevación alternada de ambas extremidades. Hay una primacía de los músculos extensores. El bebé no posee equilibrio propio. Este movimiento no va acompañado de otros. La falta de este reflejo al nacer, tanto como la persistencia más allá de los tres meses de vida, es un indicador de daño neurológico en el niño.
2. Reflejo tónico cervical: es también llamado reflejo del esgrimista por la posición que adopta el niño al hacer girar su cabeza hacia un lado. El neonato flexiona la extremidad inferior y extiende la superior del lado hacia el cual se ha dado vuelta. Este reflejo arcaico desaparece antes del tercer mes de vida.
3. El reflejo de Moro: si se sostienen ambas manos del recién nacido alejadas del tronco, se levantan los hombros unos pocos centímetros de la cuna y bruscamente se sueltan las manos, la respuesta normal es una rápida extensión de los brazos, seguida por una flexión y abertura total de las manos. El neonato recoge las piernas, estira los brazos hacia delante como para abrazar y llora. Este reflejo aparece tempranamente en la vida intrauterina y se completa alrededor de las treinta y dos semanas de gestación.
4. Presión palmar y respuesta a la tracción: si estando el recién nacido en posición supina se coloca el meñique de otra persona en las palmas del niño, debe aparecer una presión suficientemente fuerte como para levantar al bebé del nivel de la cuna.
5. Extensión cruzada: si se sostiene una extremidad inferior en extensión y se estimula la planta del pie del niño, se producirá una secuencia de tres movimientos en la pierna opuesta: un movimiento rápido de alejamiento seguido

por extensión de la extremidad, apertura de los dedos del pie en abanico y estiramiento de la extremidad hacia el lado estimulado.

6. Reflejo de succión y deglución: estimulando la boca del recién nacido se observa la fuerza y el ritmo de la succión y su sincronía con la deglución. Aparece aquí la primera sinergia funcional entre la actividad de los labios y de la lengua. La ausencia de este reflejo implica la existencia de una lesión en el sistema nervioso central.

7. Reflejo de Babinsky: al presionar suavemente el talón del bebé, los dedos del pie correspondiente reaccionan abriéndose en forma de abanico. Es esperable que este reflejo sea positivo hasta un año. Su presencia, pasado este tiempo, es signo de una lesión en el fascículo corticoespinal.

8. Reflejo de Galant o de incurvación del tronco: si estando el niño en posición supina se presionan puntos paralelos a la columna vertebral, se espera que curve su espalda y gire ligeramente en la dirección de la que proviene el estímulo. Este reflejo sólo está presente hasta el cuarto mes de vida. Su ausencia revela daño neurológico.

Con relación a los reflejos osteotendinosos, tales como el rotular, talar y bicipital, se puede decir que aparecen débilmente en el recién nacido y van cobrando fuerza y claridad a medida que el niño crece. Durante el segundo año de vida, los reflejos se difunden y cobran, crecientemente, más fuerza (Lejarraga, 2004).

Con respecto al tono muscular, desde el nacimiento hasta los dos años se produce la evolución dada por la alternancia y la coexistencia de la hipotonía y la hipertonía del neonato, siendo un factor crucial la extensibilidad de los músculos. Son signos de un normal desarrollo la flexibilidad de los abductores, y de los músculos que conforman las extremidades inferiores y superiores. Lo mismo sucede con los músculos de la cabeza,

que irán cobrando tono con el crecimiento y maduración, pero que deben mostrar flexibilidad (*ibid.*).

La mímica facial del recién nacido es involuntaria aunque existe motilidad. Puede aparecer un esbozo de sonrisa, aunque la sonrisa social aparecerá alrededor de los dos meses. La motilidad facial en su totalidad está inadaptada, interviene en la actividad en masa. Sin embargo, existe un grupo muscular que escapa de esta regla de anarquía, y es el implicado en la succión. No obstante, García, Marqués y Unturbe (2011) señalaron que la resonancia emotiva, es decir, la capacidad para comprender las emociones ajenas, ya aparece en los recién nacidos que son capaces de distinguir entre rostros alegres y tristes. Luego, alrededor de los tres meses, podrán sincronizar expresiones faciales o vocalizaciones con sus adultos significativos. Esta reacción de empatía tiene una base neuronal distinta de otros procesos cognitivos más semánticos. Los bebés, pocas horas después del nacimiento, pueden imitar la mímica de los adultos. Si la madre le saca la lengua, el niño recién nacido logra imitarla con notable éxito. Se puede afirmar que el lactante vivencia la sincronía de lo que ha percibido con su conducta propia. Comienza así a trazarse la autoconciencia que echará profundas raíces en las reacciones reflejas motoras de imitación. En este sentido, Rizzolatti (2005) y Rizzolatti y Sinigaglia (2007) han hablado de un tipo particular de neuronas que se activan tanto cuando un sujeto realiza una acción como cuando observa una acción llevada a cabo por otro individuo. A este tipo particular de células cerebrales las han llamado “neuronas espejo”. Éstas forman parte de un sistema de redes neuronales que hace posible la cadena: percepción, ejecución, intención. Así, la observación de movimientos de distintos miembros del cuerpo o de la cara activa las mismas regiones específicas de la corteza motora, como si quien observa estuviera realizando esos mismos movimientos. Este proceso traerá, con el desarrollo, la integración en los circuitos neuronales de la atribución y percepción de

las intenciones de los otros, lo que Blakemore y Decety (2001); Gallese, Keysers y Rizzolatti (2004); Rizzolatti (2005); y Rizzolatti y Sinigaglia (2007) describieron como la teoría de la mente.

Spitz y Cobliner (1969) describen dos hitos en el desarrollo del bebé dentro del primer año de vida, que denotan el pasaje de un estadio madurativo a otro. Los autores introducen una primera etapa ubicándola temporalmente en el período de vida que se extiende desde el nacimiento hasta los tres meses de edad. La denominan “etapa sin objeto o preobjetal”. Esta etapa concuerda con lo que Freud (1992 [1914]) describió como “narcisismo primario”. Durante los primeros tres meses de vida, las funciones vitales del bebé están organizándose en función de los cambios ambientales ocurridos con posterioridad al parto. El niño no logra aún distinguir entre adentro y afuera, el medio circundante es vivido como indiferenciado. El umbral de percepción es muy alto para los estímulos externos. El bebé responde primordialmente a estímulos internos. Será la madre quien comenzará a coadyuvar a construir gradualmente una imagen del mundo otorgándole sentido y significación a las desordenadas sensaciones del niño.

Al nacer, el niño tiene una organización cenestésica. Su captación del entorno es masiva, indiscriminada, primordialmente visceral. Posteriormente, este primer ordenamiento evolucionará hacia una organización diacrítica en la que la percepción tiene lugar a través de los órganos sensoriales, siendo localizada y circunscripta. Esto implica la aparición de los primeros procesos cognoscitivos, o sea, procesos conscientes de pensamiento. Estos cambios ocurren muy tempranamente. Se puede afirmar que después de la primera semana, el niño puede comenzar a percibir estímulos externos y a responder a ellos, así como tener los primeros esbozos de conductas dirigidas a un fin (Spitz & Cobliner, 1969).

Hacia el segundo mes de vida, el niño comienza a percibir objetos y personas y puede otorgarles un lugar significativo. Un salto evolutivo en este sentido es el reconocimiento del rostro humano. Esto culmina en una respuesta por parte del niño: la sonrisa social. La sonrisa es una manifestación de conducta activa, intencionada y dirigida; es el comienzo del tránsito hacia una actividad creciente y el abandono de la pasividad por parte del niño. Spitz y Cobliner denominan a esto “el primer organizador” que implica el tránsito a otra etapa evolutiva: la de las relaciones de objeto. Desde el nacimiento, la madre funciona como mediadora en la percepción de la realidad, decodificadora de los estímulos internos y externos, promotora de toda acción de conocimiento. Así, cuando el niño logra poder mirar a su madre, poder seguir sus movimientos, ha podido separar una entidad significativa dentro del caos en el que había estado inmerso.

En este sentido, los autores coinciden en afirmar la importancia de la madre en el desarrollo del niño. La madre, un ser humano con una individualidad lograda y madura, es la figura primordial que ordena, orienta y contiene al niño, cuya individualidad se está desplegando progresivamente (Bradley & Corwyn, 2002; Kaplan *et al.*, 2001). El instituirse como primer objeto libidinal implica, por un lado, su presencia constante y estable, y, por el otro, un salto cualitativo en la evolución psicoafectiva del niño. El bebé pasa de la mera recepción de estímulos inicial a la percepción de estímulos que puede ubicar en el afuera. Esto es posible porque hay un esbozo de Yo que puede suspender el funcionamiento del Principio del Placer y, discriminando rudimentariamente el adentro del afuera, comenzar a funcionar bajo el Principio de Realidad. Por lo tanto, ese Yo primitivo se ha diferenciado del Ello (Freud, 1992 [1900, 1914]).

Entre el sexto y el octavo mes de vida acontece, según Spitz y Cobliner (1969), otro cambio trascendente: el niño deja de sonreír a todo rostro humano que se le presente. Ya ha adquirido la capacidad para diferenciar percepciones y puede distinguir entre caras conocidas y extrañas, y mostrar desagrado e incluso angustia frente a la presencia de un rostro extraño. La angustia del octavo mes, el establecimiento del segundo organizador, revela el grado de complejización alcanzado por el aparato psíquico del niño: ya tiene un objeto libidinal ajeno a él al que puede perder.

Por su parte, Erikson (2012) relaciona el crecimiento y evolución del individuo más allá de la dupla madre e hijo o de la relación triangular con el padre. El ser humano es en tanto se halla en una sociedad que aporta tradiciones e ideales y, además, en un momento histórico determinado. Esta circunstancia histórico-social influirá en él. La sociedad ayuda al individuo a vehicular cada una de sus potencialidades.

De este modo, en los primeros momentos de la vida, durante lo que en términos freudianos sería “la etapa oral”, a la oralidad le corresponde el desafío de la confianza en los proveedores externos, a la que se opone la desconfianza. La resolución adecuada de este ciclo, con el consecuente logro de un equilibrio, deviene en la esperanza.

### **3.3.3. El primer año de vida del niño**

A lo largo del primer año de vida, el niño tiene una importante evolución en el plano psicomotor debido a la mielinización del sistema nervioso central. Se dan en este lapso los cambios más trascendentes que sufrirá en su vida. Los reflejos arcaicos, descritos precedentemente, desaparecen alrededor de los tres meses. A los cuatro meses de vida es esperable que el niño haya doblado el peso que tuvo al nacer y logre mantener los siguientes parámetros: sostener la cabeza erguida y levantarla a noventa

grados estando apoyado sobre su estómago, sentarse si se lo sostiene, sostener y soltar objetos, llevarse objetos a la boca. Esto último implica haber alcanzado la coordinación mano-boca. Por otra parte, el bebé de esta edad comienza a tener la visión cercana más ajustada e incrementa el contacto visual con las personas que lo rodean. La sonrisa social continúa y se agrega la risa. Todos estos indicadores de crecimiento psicomotriz pueden ubicarse dentro de lo que Piaget (1997) denomina, en el período sensorio-motor, “estadio de reacciones circulares primarias”: se inicia la coordinación de las funciones. Según el autor, posteriormente tiene lugar el tercer estadio del período sensoriomotor: el de las “reacciones circulares secundarias”. Aquí el niño puede emplear procedimientos para prolongar actividades que le resulten interesantes; hay un mayor reconocimiento motor; mejor coordinación entre visión y prensión. El bebé de seis meses puede permanecer sentado por períodos cada vez mayores, pararse, gatear e impulsarse solo hasta pararse. Por otra parte, se inicia el proceso de dentición. Piaget (1997) describe el cuarto estadio o de “primeras conductas inteligentes” alrededor de los ocho meses hasta el año: aparecen las acciones con intención. Se esboza la noción del espacio práctico.

Alrededor de los doce meses, el infante triplica el peso que tuvo al nacer y duplica la estatura. El perímetro cefálico es igual al torácico. Ha logrado mucha más independencia de sus cuidadores debido a que comienza a caminar solo o tomado de la mano. Puede jugar fingiendo actividades, responder a su nombre, así como decir palabras simples y conectar objetos con sus nombres. Aquí comienza el quinto estadio del período sensoriomotor: el de las “reacciones circulares terciarias”, que se extiende hasta los dieciocho meses. El niño conoce la realidad por experimentación activa. Comienzan a aparecer las nociones de tiempo, causalidad y objeto (Piaget & Inhelder, 1997).

Más tarde, hacia el año y medio de vida, el bebé deambula y explora el mundo de manera más independiente. Ya ha logrado tener representación mental de objetos y acciones. Puede inventar nuevos medios merced a la combinación mental. Es lo que Piaget (1997) denomina “sexto estadio del período sensoriomotor”.

#### **3.3.4. Niñez temprana**

El niño, al transitar el segundo año de vida, va logrando una autonomía creciente. Esto se relaciona con el momento de desarrollo libidinal: aparece la necesidad de control dada por la fase anal (Freud, 1992 [1905]).

La deambulación y el control de esfínteres hacen que cambie significativamente la relación con la madre, y que se amplíe el espectro de relaciones significativas para el niño. La maduración neurológica junto con una mayor adaptación a la realidad permiten al infante tener una mayor autonomía. Erikson (2012) plantea para esta etapa la polaridad conflictiva “autonomía versus vergüenza o duda”.

La evolución correspondiente al desarrollo del niño de entre 2 y 5 años es presentada más extensamente en los apartados siguientes, donde se analiza desde distintos modelos explicativos.

#### **3.4. El desarrollo como una cuestión de evolución libidinal**

Influido por los movimientos evolucionistas, Freud (1992 [1900]) considera muy importantes los aspectos filogenéticos y la evolución temporal del aparato psíquico en general, y particularmente en el desarrollo de la libido.

En sus primeros desarrollos teóricos, confiere una primacía casi absoluta a lo genital; posteriormente introduce los estadios pregenitales: oral, anal, fálico (Garma, 1992).

La fase oral se correlaciona con al placer del neonato por la excitación de la cavidad bucal y los labios al ingerir alimento. No obstante, no va unido exclusivamente a la función nutricia, sino que también tiene efecto al excitarse la mucosa oral. Un primer momento del erotismo oral lo constituye la excitación autoerótica. Posteriormente aparece la necesidad de incorporación de objetos. Al incorporarlos, se une a los objetos de manera indiscriminada. Y la introducción por la boca es también el camino hacia la primitiva identificación. En la fase oral hay dos etapas: un estadio primitivo de succión preambivalente, en que el lactante sólo busca el placer de succionar, y otro que se puede ubicar con posterioridad a la aparición de los primeros dientes, en el que aparece también la satisfacción al morder el objeto. Este estadio, denominado sádico-oral, es una acción de morder y devorar, que implica la destrucción del objeto (Griffa & Moreno, 1999).

La fase sádico-anal se desarrolla entre el segundo y el cuarto año de vida y se caracteriza por una organización de la libido ligada a la evacuación y consecuente excitación de la mucosa anal. Los primeros impulsos anales son autoeróticos. Aberastury (1947) describe dos períodos en esta fase. Durante el primero, el erotismo anal se manifiesta en la evacuación. En el segundo período, el erotismo anal está ligado a la retención.

La fase fálica transcurre entre los tres y los cinco años de vida. Los órganos genitales se convierten en la zona erógena preponderante. La tensión se descarga mediante la masturbación genital. Durante la fase fálica es cuando se desarrolla de

manera especial el complejo de Edipo, suma de deseos amorosos y hostiles del niño hacia sus progenitores (*ibid.*).

El final del complejo de Edipo marca la aparición de un período de latencia en el que la evolución libidinal se define o sufre una regresión temporal. El niño deja atrás la perversión polimorfa —en términos freudianos— de los primeros años de vida y, en contra de sus impulsos, desarrolla la ética de la moral social. Freud (1992 [1905]) afirma que esta evolución se encuentra condicionada por el organismo y marcada por la herencia, y que, en ocasiones, puede tener lugar sin intervención de un proceso educativo. En tanto se resuelve el complejo de Edipo, se producen grandes cambios. El niño logra aceptar diferir la realización de sus deseos. Paralelamente tienen lugar una serie de desplazamientos sucesivos de los afectos hacia otros objetos. También nuevos mecanismos de defensa contra los mismos afectos. El rechazo de las pulsiones sexuales entra en un lapso no conflictivo que favorece la incorporación de la educación y el desarrollo de intereses cognitivos.

En la fase genital, la pulsión sexual, predominantemente autoerótica, se dirigirá al objeto sexual a cuya realización confluyen todas las pulsiones parciales. Consecuentemente, se subordinan las zonas erógenas a una primacía de la zona genital. A partir de este momento, el Yo luchará contra las pulsiones.

El pensamiento de Melanie Klein (1992 [1945]) es opuesto a aquel que concibe al niño recién nacido con la mente en blanco, cual una tabla rasa acognoscitiva, aconflictiva, sobre la que se irían inscribiendo las distintas experiencias. En este sentido, se puede comprender el origen del Yo dado por los mecanismos de introyección y proyección, de aparición muy precoz. El Yo, en la teoría kleiniana, no comienza a existir como entidad perfectamente establecida. El Yo está expuesto a la angustia provocada por esta dualidad de impulsos. No obstante, cumple también el rol de

transformador y proyector de esa agresión en el pecho materno, que es su primer objeto exterior. Esto implica que exista una relación de objeto muy especial y sumamente precoz.

El conflicto es, para Klein (1992 [1945]), inherente al ser humano. Lo mismo puede decirse de la angustia. El yo emerge en medio del conflicto, de la intensa lucha entre las pulsiones de vida y muerte. Por esto mismo, dice que el ser humano nace en una situación de alto riesgo de profunda indefensión. El bebé humano nace herido por la pulsión de muerte y tiene como primera misión hacer frente a la angustia de aniquilamiento, que es correlato de la pulsión tanática.

Sigmund Freud (1992 [1914]), punto de partida de muchas teorizaciones de Klein, sostuvo que no hay diferencia estructural entre lo normal y lo neurótico. Este axioma freudiano ha sido para la autora de la más grande importancia en el entendimiento de los procesos mentales, ya que sostiene que las ansiedades de una naturaleza psicótica son omnipresentes desde la primera infancia, y fundamentan la neurosis infantil. Lo esencial para el desarrollo humano, según Klein (1992 [1945]), es el vínculo emocional. En este contexto, las pulsiones tienen razón de ser en la medida en que están dirigidas a los objetos.

En este sentido, las ideas del pensamiento kleiniano inicial hacen hincapié en la existencia de relaciones de objeto tempranas. Los objetos internos son representaciones de personajes que se adquieren por introyección e identificación. Establecen entre ellos un tramado dramático que constituye las fantasías inconscientes. Entonces, las emociones humanas no serían sólo fuerzas instintivas puras, como lo plantea Freud (1905), sino el exponente de las fantasías inconscientes.

Los objetos internos y las fantasías inconscientes, afirma Klein (1992 [1945]), producen significaciones en la realidad psíquica. Estas significaciones son las que se

proyectan en la realidad externa dándole sentidos diferentes en cada momento de la vida y del desarrollo del niño. La realidad resulta, para la autora, del interjuego entre aspectos internos y externos que actúan simultáneamente en el psiquismo y que condicionan la construcción que cada individuo hace de la realidad.

Klein (1992 [1945]) retrotrae el desarrollo de los instintos, de las fantasías y de las ansiedades, hasta su germen, que para la autora son los sentimientos hacia el pecho materno, considerando a éstos como independientes del hecho del amamantamiento. De este modo, afirmó que las relaciones objetales están presentes desde el nacimiento y se hacen más claras y concisas con la experiencia de la alimentación. Así, todos los aspectos de la vida mental están ligados con relaciones de objeto. La experiencia que la criatura tiene del mundo exterior, que incluye tempranamente su relación ambivalente con su padre y otros miembros de su familia, se ve influenciada constantemente por el mundo interno que el niño está construyendo. A su vez, éste influencia la relación del pequeño con la realidad. De aquí se desprende que los escenarios externos e internos son siempre dependientes uno de otro, dado que los procesos de introyección y proyección operan dialécticamente desde el comienzo de la vida. Klein (1992 [1945]) señaló la importancia de los procesos de disociación y separación de figuras buenas y malas, así como también el papel de tales procesos en el desarrollo del Yo. La autora observó que en la mente del niño la madre aparece originariamente como un pecho bueno y un pecho malo, disociados entre sí. Alrededor de los 6 meses, con la creciente integración del Yo, los aspectos antitéticos comienzan a sintetizarse. Por lo tanto, las ansiedades depresivas surgen como un resultado de la síntesis del Yo de aspectos buenos y malos (amados y odiados), que tiene su culminación hacia la mitad del primer año. Esta etapa es precedida por la posición paranoide, que tiene lugar durante los primeros tres o cuatro meses de vida y está signada por la ansiedad persecutoria y por

procesos de disociación. A partir de nuevas formulaciones acerca de los primeros 4 meses de vida del niño, Klein denominó a esta etapa “posición esquizo-paranoide”. Lo característico de esta etapa es que el niño se relaciona con los demás como objetos parciales. Cuando aparece la angustia producida por los instintos tanáticos, presentes en el psiquismo temprano, el Yo la desvía y la transforma en agresión. Ésta es proyectada al seno materno, que es precisamente el objeto parcial con el que el niño se relaciona. El pecho se convierte, entonces, en un seno perseguidor, objeto malo que parece querer vengarse frente a la agresión. Ahora bien, la libido también se proyecta hacia un objeto exterior, creando así, un objeto ideal, el pecho bueno. El Yo tiene, entonces, una relación con dos objetos resultantes de la partición del objeto anterior: el pecho bueno y el pecho malo.

La posición depresiva tiene lugar cuando el niño puede reconocer al objeto como una totalidad y no escindido. La angustia persecutoria es sustituida por una angustia centrada exclusivamente en el temor de que los impulsos destructores del niño pudieran haber destruido el objeto amado del que depende total y absolutamente. Durante este momento, el niño introyecta el objeto, incorporándolo. De este modo lo protege contra sus propias tendencias destructoras.

Freud (1992 [1914]) afirma que el niño, al nacer, es un organismo psicológicamente indiferenciado y, consecuentemente, durante el período prenatal no hay propiamente conciencia. Freud (1992 [1900]) sostiene que, durante la vida intrauterina, la madre no es un objeto para el feto, y que en ese momento para él tampoco existe objeto alguno. Greenacre (1967, citado en Pelento, 1985) asevera que la observación del recién nacido pone de manifiesto una predisposición a la angustia muy temprana. Por este motivo, afirma que la constitución, las vivencias prenatales y las circunstancias inmediatamente posteriores al nacimiento coadyuvan a crear una

preangustia. Esto implica un esbozo, un germen de conducta que será utilizado en las auténticas manifestaciones de angustia posteriores.

Partiendo de que la comprensión psicoanalítica de la evolución del psiquismo toma como punto inicial el nacimiento, lo que resulta insuficiente para explicar la relación del Yo con los objetos internos, Rascovsky (1960) plantea la necesidad de desarrollar el psiquismo fetal. El autor parte del supuesto de que en el nacimiento comienza la relación del individuo con los objetos externos, ya que el recién nacido pierde el suministro incondicional que satisfacía sus necesidades básicas al cortarse el cordón umbilical. En ese momento crucial, los instintos tanáticos se incrementan, se tornan muy amenazadores, por lo que el Yo se ve forzado a la búsqueda de objetos externos para liberarse de los instintos de muerte proyectándolos sobre objetos externos.

Basándose en las consideraciones de Melanie Klein (1992 [1945]) acerca de las posiciones depresivas y esquizo paranoide, Rascovsky (1960) describe una posición fetal o autista anterior a la posición esquizo paranoide y a la etapa oral descrita por Freud (1992 [1905]), refiriendo una relación de objetos muy rica compuesta por todo el acervo del conocimiento heredado. En este sentido, se concibe al Ello como el primitivo ambiente del Yo, como el mundo inicial de sus objetos. Entonces, la fase oral representa una etapa evolucionada en el desarrollo del psiquismo y marca el comienzo de la relación con los objetos externos. Para que esto suceda, antes el Yo debió organizar su relación perceptiva e identificatoria con sus objetos internos, o sea, representaciones innatas. Éstas serán el patrón sobre el cual actuará el incremento instintivo que impulsa a la búsqueda del objeto externo después del nacimiento. La organización del psiquismo fetal está dada por la inexistencia de la relación con objetos externos reales y la fortísima relación con los objetos internos. El Yo prenatal es absolutamente permeable a los contenidos del Ello, que, como señaló Freud (1992 [1900]), constituye el primitivo

ambiente del Yo, donde se desenvuelve la herencia, o sea, el acervo de representaciones heredadas. Raskovsky (1960) considera que el libre flujo de contenidos y cargas psíquicas del Ello al Yo es un paralelo del suministro incondicional físico existente a través del cordón umbilical. Según el autor, existe un extenso y profundo período ontogenético durante el cual la organización evolutiva del Yo se concreta a expensas de las percepciones e identificaciones provenientes del Ello.

Esta permeabilidad y continuidad entre Yo y Ello es análoga a la relación simbiótica biológicamente dada entre el feto y su madre, y se quiebra bruscamente con el acto del nacimiento. A partir de este momento, el Yo se ve constreñido a buscar objetos externos que satisfagan sus necesidades pulsionales. Éstas se ven abruptamente incrementadas al cortarse la conexión umbilical, fuente constante de suministros (*ibid.*).

El mundo fetal se caracteriza por una falta casi absoluta de tensión y por la permanente satisfacción de sus necesidades. El cordón umbilical avitualla de lo necesario para disminuir casi totalmente la tensión; consecuentemente, la frustración es prácticamente inexistente. Se da aquí una situación de extrema dependencia, pero también de extrema seguridad. Mientras está en el vientre, el feto está perfectamente alimentado y en un ambiente propicio para apropiarse de lo necesario para concretar su plan de autoconstrucción (*ibid.*).

Se considera que el momento de dormir es, en la vida extrauterina, en todas las edades, un retorno a la primitiva situación fetal. Se podría hacer una analogía entre el dormir y la vida prenatal. Durante el momento de reposo se regresaría a una situación de seguridad y dependencia ideales, dadas por la posibilidad de volverse hacia el mundo interno. Durante el dormir, el Yo se reconecta con sus imágenes inconscientes debido a la permeabilidad que permite el estado de abolición del movimiento. Se restaura así, temporalmente, el flujo perdido entre el Yo fetal y el Ello (*ibid.*). Este planteo

rascovskiano de la existencia de una vida anímica del feto con representaciones heredadas y con ideas-objetos propias tiene una importancia radical para la comprensión de una continuidad psíquica entre la vida intrauterina y la vida extrauterina.

Siendo pioneras en lo que fue la introducción de la teoría psicoanalítica en la Argentina y teniendo intensa comunicación personal con Melanie Klein, Aberastury (1947) y Garma (1992) continuaron y adaptaron los desarrollos teóricos de la autora a la realidad argentina desde la década de los años cuarenta del siglo pasado. Las autoras modificaron el enfoque primitivo de Klein incorporando la mirada hacia la importancia de cada una de las vicisitudes del crecimiento del niño, de la trascendencia de las condiciones de la vida cotidiana y de la presencia y comportamiento de los padres en el desarrollo del infante (Grigoravicius, 2011)

Aberastury desarrolló el “test de construcción de casas”, un juego que consistía en armar una casa con elementos que son o simulan ser partes de ella. Esto le permitió observar la proyección de fantasías del niño en la construcción de la casa. Aquí es donde introducen otro concepto importante: el de conciencia de enfermedad en el niño y su consecuente fantasía de curación. (Grigoravicius, 2011).

Haciendo confluir los aportes de Klein (1992 [1945]), el psiquismo fetal de Rascovsky (1960) y los aportes de Spitz y Cobliner (1969), comenzaron a considerar el tratamiento, así como las tareas preventivas, en edades muy tempranas (primeros meses de vida del niño) y asimismo a trabajar preventivamente con madres y padres (Garma, 1992).

Bleger (1975) planteó la necesidad de establecer, además de las posiciones esquizoparanoide y depresiva planteadas por Klein (1992 [1945]), cada una de ellas con objetos, ansiedades y defensas características (definidas en un apartado anterior), una posición anterior a ambas. Sugirió para ella la denominación de “posición glischro-

cárica”. Ésta se caracteriza por presentar una relación de objeto aglutinado y la presencia de ansiedad catastrófica y mecanismos de defensa, tales como la escisión, proyección e inmovilización, que se dan en un máximo de intensidad, masividad y violencia.

El pasaje de la posición glischro-cárica a la esquizoparanoide se produce merced a una fragmentación y discriminación progresivas dentro del objeto aglutinado. Esto sucede coincidentemente con una moderación gradual en el proceso de introyección-proyección y con la aparición de nuevos mecanismos de defensa (Bleger, 1975).

Aberastury (1947) enunció sus conceptos sobre el desarrollo primitivo a partir de los procesos mediante los cuales el niño organiza su vida mental; teniendo en cuenta las diferencias individuales y la importancia de la alternancia entre placer y displacer, el niño pasa en el primer año de vida a captar y reconocer la realidad, desarrollar la memoria y componer su imagen corporal, en la que basará su personalidad futura. El niño pequeño responde llorando a la tensión interna, pero la mirada atenta de la madre revela la especificidad de su pedido: apetito, malestar o temor. A partir de aquí comienza la comprensión de la interrelación de las funciones corporales con el desarrollo mental. Las experiencias repetidas enseñarían al pequeño a crear una imagen del objeto que le produce bienestar. Planteado de este modo, la imaginación o la fantasía serían el primer peldaño en el funcionamiento mental. En los primeros momentos, el niño espera que la imagen fantaseada lo satisfaga y aprehenderá que esto no lo alivia como sí lo hace el objeto real. Esta experiencia, al repetirse, creará el distingo entre fantasía y el objeto real, y éste será el mayor progreso en la vida mental del niño pequeño (Griffa & Moreno, 1999).

Durante el segundo semestre de vida, se establece un orden creciente interno y surgen otras categorías (además de la díada placer-displacer), tales como: sí mismo y

otros; extraño y conocido; real o fantaseado y una incipiente diferencia entre pasado, presente y futuro. Asimismo, la relación con la madre también se modifica: en un principio existe la preocupación por ella sólo en la necesidad y la indiferencia en períodos en los que el niño se encuentra satisfecho. Luego, la relación evoluciona hasta que la imagen de la madre se mantiene permanentemente, no sólo en momentos de necesidad. Surge así su primera relación de amor estable, no dependiente de los estados fluctuantes de necesidad y satisfacción. Si la madre es constante como proveedora o fuente de satisfacción de necesidad del niño, la ligazón del niño con ella será constante. Esta será la base para el crecimiento y desarrollo de vínculos similares con otros. Si la madre interrumpe su tarea como proveedora o la realiza muy indiferentemente, el niño crecerá muy inseguro con relación al cumplimiento de sus necesidades y se desarrollará dependiente de las personas que lo asisten. Anna Freud (1960) llama a estos dos peldaños de la vida vincular del niño “relaciones inconstantes autocentradas” y “salida constante”.

### **3.5. El desarrollo del niño como proceso madurativo**

Winnicott (1971) hizo sus aportes a la Psicología Evolutiva siendo pediatra, psiquiatra y psicoanalista. Se opuso a los desarrollos teóricos que estaban haciendo contemporáneamente Klein y Anna Freud. Sostenía que los postulados de estas autoras no explicaban suficientemente el desarrollo y construcción del psiquismo más temprano. Señalaba la importancia de lo afectivo, más que de las pulsiones. Éstas recién cobrarían significado cuando el Yo estuviera suficientemente constituido para poderlas contener y vehicular su posible búsqueda de satisfacción. Partiendo de la conceptualización de etapas más precoces del desarrollo, descartó el concepto de deseo,

aportando el de necesidad. En este sentido, sostuvo que el instinto, al ser externo, podía llegar a ser perturbador si aparecía en momentos en que el Yo no se hallaba en condiciones o era apto para recibirlo. En el desarrollo del psiquismo temprano tienen preponderancia la realidad ambiental (factor externo), por un lado, muy especialmente en las etapas precoces del desarrollo; el potencial heredado (que podía desarrollarse o no), por otro lado; y finalmente, la respuesta propia del individuo. En relación con la conceptualización del desarrollo emocional primitivo, Winnicott (1971) teorizó con relación a qué es lo que hace a cada individuo único, es decir, la subjetivación, construyendo así una teoría del desarrollo emocional primitivo. El desarrollo primario del infante es una problemática de necesidades, no de deseos. En relación con esto, tomó como eje el *self* y la construcción de éste dentro de un vínculo, de una mutualidad. Teniendo en cuenta la vulnerabilidad y dependencia original del ser humano, su psiquismo sólo puede estructurarse en el encuentro con el otro, es decir que la viabilidad en la vida de un niño depende de que exista otro (madre) que lo cuide (Pelento, 1985).

Lo expuesto en el párrafo anterior ocurrirá únicamente a través de la posibilidad de vivir o no las experiencias de vida desde el propio *self*. Estos hechos posibilitarían el desarrollo de un verdadero *self* y no un falso *self* patológico. Aquí cobran gran importancia el medio ambiente y la madre, que reconocen, o no, desde el comienzo de la vida al niño como ser individual con posibilidades propias y le permiten así la experiencia de ser. El niño comienza su vida inmerso en una situación paradójica constituida por la unidad dual. Acontecen cosas buenas y cosas malas que superan ampliamente su capacidad de resolverlas o siquiera tramitarlas psíquicamente. Los cuidados maternos, apoyando el Yo incipiente, permiten que el niño viva y se desarrolle. Existe una situación de máxima dependencia con otro, pero se trata de una dependencia doble, ya que el infante no sabe de ella. Él se encuentra indiscriminado, amalgamado

con el medio, y sin embargo, es deseable y necesario que conserve la ilusión de que todo es logrado por él (creatividad primaria). Del mismo modo, el niño no debería reconocer al otro como imprescindible, prematuramente. Puede vivir así la necesaria experiencia de omnipotencia, merced a que otro ser humano, generalmente la madre, al ser confiable y previsible, y que conoce las necesidades de su niño, se las acerca en el preciso momento en que él las necesita. Esto va reflejando lo que el bebé va descubriendo y le proporciona el sostén indispensable para crecer (*ibid.*).

Tanto la madre como el niño transitan una mutualidad de experiencia. Ésta permitirá que el infante vaya desarrollando su propia creación: el *self* y también el mundo. Pelento afirma que para Winnicott importan tanto los procesos de desarrollo como las funciones que lo posibilitan. En este sentido, no será posible esta experiencia de creación en el niño si no hay una experiencia desde el *self* auténtico de su madre. Esto es así porque la madre y el niño no son uno sin el otro. El *self* va emergiendo a partir de los rudimentos corporales, lo sensoriomotriz y sus funciones. A partir de aquí elaborará imaginativamente las funciones y, dando lugar a la psique, comenzará a integrar el Yo desde sus núcleos, posesionándose del cuerpo y elaborando un esquema corporal, en una unidad armónica.

A la elaboración del esquema corporal el autor la denominó “personalización”, y la resolución esperada es el logro de la unidad psique-soma. No obstante, también y simultáneamente, tiene que poder volver a un estado no integrado, o estado de lo informe, aunque sin haberse producido en su desarrollo una falla importante de su continuidad existencial. El *self*, en tanto organizador, aunará los detalles de la experiencia de estar vivo, mixturando lo que proviene del cuerpo y del entorno, a través de una experiencia vivida como propia del sí mismo, estableciendo los límites entre el yo y el no-yo. Así, al transitar repetidas experiencias de omnipotencia, se irá

construyendo la noción de tiempo, categoría fundamental para el autor. Será en el entrecruce de un tiempo y un espacio donde se produzca la experiencia (Winnicott, 1971).

El infante, al ir madurando, irá creando el pecho, la madre y el mundo. Sosteniéndose con los fenómenos transicionales, irá vivenciando ese difícil salto evolutivo que es la aceptación de la realidad. Esto implica el establecimiento de límites entre el sí mismo y el otro, y la consecuente aparición de los espacios de la realidad interior o mundo interno, el espacio transicional, o sea el del juego, la cultura y el espacio de la realidad exterior. En condiciones de salud, estos nuevos espacios mantendrán una fluida relación, que hará posible y será permeable para nuevas experiencias. El desarrollo del niño implicará experiencias cada vez más complejas de ser, existir, sentirse real, tener un gesto espontáneo, desarrollar una idea personal. Esto implica un Yo que interpreta, que busca significados desde el primer momento de su vida (*ibid.*).

### **3.6. El desarrollo como proceso cognitivo**

En la prosecución del estudio de la evolución de la inteligencia desde la primera infancia, Piaget (1966) llegó a formular su hipótesis acerca de un paralelismo entre los procesos de construcción del conocimiento individual y los procesos de elaboración del conocimiento colectivo, o sea, entre la Psicogénesis y la historia de las ciencias. Entonces, el postulado básico de la psicoepistemología genética, desarrollada por Piaget es el siguiente: la explicación de todo fenómeno, independientemente de la índole que sea (físico, psicológico o social), debe ser rastreada en su propia génesis. Se puede afirmar, siguiendo estos conceptos, que, según Piaget, toda teoría, todo concepto, todo

objeto creado por el ser humano ha sido anteriormente o una estrategia, o una acción, o un gesto. Al analizar el desarrollo cognitivo, Piaget introduce el concepto de “adaptación”, que, siendo una característica presente en todo ser vivo, según su grado de desarrollo, tiene distintas formas o estructuras. En lo que el autor llama proceso de adaptación, hay que sopesar dos aspectos, opuestos y complementarios a la vez: la asimilación o incorporación de lo externo a las propias estructuras del niño y la acomodación o modificación de las propias estructuras en relación con los cambios del medio exterior. El autor introduce, entonces, el concepto de “equilibración” para explicar el mecanismo que actúa como reóstato entre el ser humano y su medio. Considera la adaptación mental como una extensión de la adaptación biológica, aunque la considera una forma de equilibrio superior. Los intercambios permanentes entre el niño y el medio circundante van tomando formas progresivamente más complejas. Piaget acude a un modelo matemático para proponer su explicación del desarrollo cognitivo usando el término de reversibilidad. Este concepto, que preliminarmente sirve para caracterizar un aspecto fundamental del desarrollo cognitivo, se aplica también a los aspectos afectivos y sociales de la evolución del niño (Pelento, 1985).

De aquí se desprende un concepto central en los desarrollos teóricos de Piaget: el de “estadio”. Desde una concepción psicológica, estadio es entendido como un escalón, una etapa de límites precisos, necesaria en la construcción del edificio del conocimiento y la maduración. Es un momento determinado por la naturaleza misma, muy ligada a la biología, del proceso de crecimiento. Desde esta perspectiva, representa un logro estable y sólido sin el cual toda construcción posterior sería prácticamente inviable (Piaget, 1966).

Piaget distingue cuatro estadios en el desarrollo de la configuración cognitiva que se hallan intrínsecamente unidos al desarrollo de la afectividad y de la socialización del infante. Éstos son los siguientes:

1. Período sensoriomotor: se extiende desde el nacimiento hasta los 24 meses; prima en él la inteligencia sensoriomotriz, que es anterior al lenguaje y al pensamiento. Hay un primer momento de ejercicios de los reflejos innatos en que las reacciones del pequeño están profundamente unidas a tendencias instintivas, tales como la nutrición y la reacción simple de defensa. Encaramado a esto aparecen los primeros hábitos elementales. Sensaciones, percepciones y actividades propias del niño se instituyen en lo que Piaget llama esquemas de acción. A partir de los 6 meses de vida, se incrementan y diferencian los comportamientos del momento anterior. El bebé incorpora nuevos objetos percibidos a los esquemas de acción ya establecidos (asimilación) y, paralelamente, los esquemas de acción se modifican (acomodación) en función del proceso de asimilación. Se produce, en consecuencia, un doble juego de asimilación y acomodación mediante el cual el niño se adapta al medio circundante. Al coordinarse distintos movimientos y percepciones, tienen lugar nuevos esquemas de mayor amplitud y complejidad. Merced a las posteriores coordinaciones, se edifican las principales categorías de conocimiento, a saber: de objeto, espacio, tiempo y causalidad. Éstas le permitirán al niño objetivar el mundo exterior con respecto a su propio cuerpo. Hasta el final del primer estadio, el niño logrará considerar los objetos como independientes de su actividad y podrá seguir los movimientos de este objeto en el espacio.

2. Período preoperatorio: se extiende desde los 24 meses de edad hasta los 6 años. El pensamiento del niño evoluciona a la posibilidad de realizar acciones

coordinadas interiormente con las percepciones. Además, gracias al lenguaje, hay un gran progreso en el pensamiento del niño y en su comportamiento. La acción mediante la cual conoce el mundo es, en un principio, un soporte necesario para la representación. En la medida en que se desarrollan imitación y representación, el niño logra simbolizar, es decir, integrar un objeto en su esquema de acción como vicariante de otro objeto. Se sitúa en este momento el inicio del simbolismo. La función simbólica tiene un gran desarrollo a partir de los 3 años. Puede realizar juegos simbólicos, por una parte, para tomar conciencia del mundo, aunque deformada. Por otra parte, puede, mediante el juego, reproducir vivencias que le han impresionado, ya que no puede pensar en ellas, porque no puede aún separar acción propia y pensamiento. Para el niño pequeño el juego simbólico es el modo de adaptación tanto intelectual como afectivo. El camino hacia la objetividad implica una evolución lenta y trabajosa. En un principio, el pensamiento del niño es completamente subjetivo. Se llama a este fenómeno egocentrismo intelectual durante el período preoperatorio. A su vez, el pensamiento es unidireccional. El niño presta atención a sus percepciones a medida que efectúa las acciones, o se suceden las percepciones, sin tener retroactividad. El pensamiento es irreversible, y en ese sentido habla Piaget de preoperatividad. La subjetividad o egocentrismo de su punto de vista y su incapacidad evolutiva de situarse en la perspectiva de los otros repercute en el comportamiento del niño.

3. Estadio de las operaciones concretas: este período se extiende entre los 7 y los 12 años. Acaece en este momento una importante evolución en lo que concierne a objetivación del pensamiento y socialización. Si bien sigue vigente aún la necesidad de invocar a la intuición y a la propia acción, el niño ha logrado descentrarse. Esto tiene sus efectos en el plano cognitivo, en el afectivo y moral.

El niño ya no está limitado a su propio punto de vista únicamente. Es capaz de coordinar distintos puntos de vista y de prever consecuencias. No obstante, las operaciones del pensamiento son concretas, ya que sólo alcanzan a la realidad pasible de ser manipulada. El niño logra comprender a los sucesivos estados de un proceso como modificaciones que pueden compensarse entre sí, lo que implica la reversibilidad del pensamiento. Las explicaciones a sucesos físicos y de la naturaleza se hacen más objetivas. Es el germen de una causalidad objetivada, espacializada y temporalizada. El pensamiento del niño se objetiva merced a la interrelación social. Por lo tanto, la progresiva descentralización afecta tanto al campo del comportamiento social como al mundo afectivo interno del niño. Hay una evolución en su conducta, se hace posible la cooperación.

4. Período de las operaciones formales: Piaget considera a este momento evolutivo de suma importancia, dado que se da en él el mayor desarrollo de los procesos cognitivos y, consecuentemente, nuevas y más evolucionadas relaciones sociales. Desde el punto de vista intelectual, se da un gran salto evolutivo: la aparición del pensamiento formal. Gracias a éste se hace posible una coordinación de operaciones que anteriormente no existía: es la capacidad de desprenderse del contenido concreto para ubicar lo actual en un esquema más vasto de posibilidades. Piaget (1966) enfatiza que los progresos de la lógica en el adolescente están emparejados con los cambios del pensamiento y la personalidad, consecuencia de la evolución en sus relaciones con la sociedad.

### 3.7. El desarrollo como conducta aprendida

La teoría del condicionamiento operante, también llamada conductismo o behaviorismo, fue formulada por Bruns Frederic Skinner en la década de los años treinta del siglo pasado, a partir de una serie de artículos con los resultados de sus estudios de laboratorio con animales. En su estudio ofrece las posibilidades del control científico de la conducta mediante un reforzador que puede ser positivo o negativo; o castigo, también positivo y negativo; hasta conseguir o disminuir la conducta deseada. Por ende, el condicionamiento operante se refiere al proceso en el cual una frecuencia con la que ocurre una conducta se altera o modifica debido a las consecuencias que dicha conducta produce. El condicionamiento operante propuesto por Skinner se interesa en la relación existente entre la conducta y el medio ambiente de un organismo (de Puga, & Pellón, 2013).

El condicionamiento se guía con el modelo de tres términos “ $E \rightarrow R \rightarrow ER$ ”, es decir, un estímulo E producirá una respuesta R, que es la conducta, y ésta será reforzada por estímulo reforzante o reforzador ER. Los procedimientos de condicionamiento operante pueden ser muy efectivos, sobre todo si el sujeto ya dispone en su repertorio de los estímulos que provocan respuestas semejantes en algo a la conducta deseada (Bandura & Walters, 1974).

El reforzamiento es simplemente el acto de presentar o suprimir un reforzador. Skinner clasifica a los reforzamientos en dos: los primeros consisten en presentar estímulos sexuales o básicos; los segundos, en suprimir (negativos) un estímulo aversivo. Un reforzador es un estímulo que al presentarse o suprimirse aumenta la posibilidad de que ocurra una respuesta deseada. Existen dos tipos de reforzadores, el positivo y el negativo. Respecto del primero, Skinner afirma que un organismo repite la

conducta, ya que encuentra las consecuencias (reforzador) satisfactorias o agradables. Los reforzadores positivos son estímulos agradables para el organismo; al presentarlos, su objetivo es el de incrementar la frecuencia de la conducta deseada, aunque también se pueden elevar otras conductas. Casualmente, también se aumenta la fuerza, frecuencia y la topografía de la conducta. (de Puga, & Pellón, 2013). Su efectividad está relacionada con las siguientes premisas:

1. A mayor cantidad de recompensa, mayor esfuerzo realizado.
2. Entre el esfuerzo y la conducta reforzada debe haber una proximidad temporal.
3. El nivel de motivación es fundamental en el aprendizaje.

Los reforzadores negativos son estímulos aversivos o desagradables para el organismo; al suprimirlos, su objetivo es el de incrementar la conducta deseada, aunque también se pueden elevar otras conductas (*ibid.*). Cuando una respuesta es seguida de un estímulo que disminuye la probabilidad de ocurrencia de la respuesta, se dice que la respuesta es castigada. El castigo, ya sea positivo o negativo, produce una disminución en las respuestas (Schunk, 1997).

El castigo positivo sucede cuando se quiere disminuir la tasa de una respuesta; consiste en presentar un estímulo aversivo para el organismo cuando este último emite la conducta que se desea eliminar. Si el sujeto no comete la conducta, no se presentará el estímulo aversivo.

El castigo negativo sucede cuando se quiere disminuir la tasa de una respuesta; consiste en retirar el reforzador al organismo si comete la conducta que se desea eliminar. Si el sujeto no emite dicha conducta, se presentará el reforzador.

En el condicionamiento respondiente, las respuestas son naturales y automáticas ante la presencia de un estímulo incondicionado. Por el contrario, el condicionamiento respondiente es un proceso mediante el cual la respuesta se moldea para lograr una

respuesta deseada, seguida de un reforzador. Para Skinner, la conducta o respondiente se produce por estímulos específicos; contrario al condicionamiento clásico, en que las respuestas son reflejas ante estímulos provocadores. Otra diferencia primordial es la asociación que existe en ambos condicionamientos: por un lado, el condicionamiento respondiente es la asociación de estímulos incondicionada a estímulos neutros, mientras que en el condicionamiento operante, es la asociación del estímulo a una respuesta determinada (De Puga & Pellón, 2013).

En la década de los años sesenta del siglo pasado, el enfoque conductual era la máxima explicación del aprendizaje, es decir, el condicionamiento tanto clásico como operante afirmaban que las conductas se aprendían por medio del apareamiento de estímulos. Sin embargo, Albert Bandura (citado en Beltrán & Bueno, 1995) criticaba al conductismo de Skinner por enfocarse exclusivamente en los estímulos externos. Bandura creía que, además de estos estímulos externos, el aprendizaje también se generaba a partir de determinantes internas y sociales.

Bandura destacó que hay una combinación de factores sociales y psicológicos que influyen en la conducta. Consideró que los factores externos son tan importantes como los internos y que los acontecimientos ambientales, los factores personales y las conductas interactúan con el proceso de aprendizaje (*ibid.*).

En este sentido, es importante mencionar que las conductas que los niños adquieren se pueden dar de dos formas:

1. Experiencia directa: el aprendizaje más rudimentario está basado en la experiencia directa y es el que más se debe a los efectos positivos y negativos que producen las acciones. A través de este proceso de reforzamiento diferencial, llega finalmente un momento en que se seleccionan las formas de respuesta sobre la base del éxito que han tenido y se descartan las respuestas ineficaces. Las

consecuencias de las respuestas tienen varias funciones; en primer lugar, proporcionan información, y en segundo lugar, tienen una función motivadora (Bandura & Walters, 1974).

2. Aprendizaje por medio de modelos: los niños aprenden la mayor parte de su conducta a través de la observación, por medio de modelado: al observar a los demás, nos hacemos idea de cómo se efectúan las conductas nuevas y, posteriormente, esta información nos sirve como guía. Cuando se exponen a un modelo, las personas que lo observan adquieren principalmente representaciones simbólicas de las actividades efectuadas por el modelo.

Siguiendo esta conceptualización, Bandura y Walters (1974) dividen el aprendizaje social en cuatro procesos: atención, partiendo de rasgos significativos de la conducta; retención, de aquellas conductas que pudieron servir de modelo; producción o reproducción motora, en la que se produce la conversión de las representaciones simbólicas en acciones apropiadas; y motivación, que tiene lugar al observar las consecuencias de las acciones realizadas en pos de lograr una mayor efectividad.

### **3.8. El desarrollo como cuestión psicosocial**

Erikson (2012), partiendo de desarrollos teóricos de Henry Murray y Kurt Lewin, así como de los antropólogos Ruth Benedict, Margaret Mead y Gregory Bateson, da cuerpo a su teoría de los ciclos vitales para explicar el desarrollo y evolución humanos durante la vida.

El autor presenta el desarrollo de la identidad en la persona humana repartido en etapas como estadios o fases de la vida ineludibles. Cada una de estas fases coincide con

etapas muy significativas de la vida, tales como infancia, niñez, adolescencia y adultez joven, media y tardía.

Cada una de estas etapas, a las que el autor denomina ciclos, está relacionada con una crisis, una virtud y un ritual. Cada crisis implica un conflicto. Éste surge por la interacción que se da entre la maduración fisiológica y los requerimientos que la sociedad impone. Así, en cada crisis aparecen en puja potencialidades positivas y negativas. Si el conflicto se resuelve adecuadamente, la parte positiva o funcional al desarrollo logra su realización. Se suma, por lo tanto, al desarrollo del Yo. El Yo es, según Erikson, la instancia psíquica encargada de coordinar las necesidades del individuo con las necesidades impuestas por su ambiente. A lo largo del ciclo vital es esperable que el Yo se desarrolle, evolucione y cobre fuerza.

Erikson (2012) relaciona el crecimiento y evolución del individuo más allá de la dupla madre e hijo o de la relación triangular con el padre. Aquí radica uno de sus novedosos aportes. El ser humano es en tanto se halla en una sociedad que aporta tradiciones e ideales en un momento histórico determinado. Esta circunstancia histórico-social influirá en él. Y de acuerdo a su conformación, logrará adecuarse al ambiente e integrarse con una personalidad sana. En este sentido, el autor considera al ser humano un ser biológico, psicológico y social, ya que se halla en constante interacción permanente con el medio. La sociedad ayuda al individuo a vehiculizar cada una de sus potencialidades. Y con relación al individuo en tanto ser biológico, el autor señaló la importancia de incorporar el principio epigenético que se deriva del desarrollo de los seres vivos *in utero*. Este principio sostiene que todo lo que se desarrolla se subordina a un plano o proyecto de base. Dependiendo de éste, entonces, surgirá cada una de las piezas que lo conformarán. Cada una de ellas tendrá su momento crítico de eclosión, así como de riesgo de defecto. Según la teoría epigenética, proveniente de la biología, cada

uno de los rasgos que individualizan a un ser vivo se conforman en el curso del desarrollo, sin que hayan estado premodelados en el germen. Así, como siguiendo un plan de desarrollo o plano de construcción, el ser vivo, ignorándolo, va siguiéndolo; de manera que en el momento oportuno emerge cada pieza hasta formarse la totalidad. Entonces, los cambios ocurridos son ocasionados por las tendencias propias del desarrollo que son dirigidas y actúan desde el interior del ser en cuestión. Esta propensión promueve el despliegue de potencialidades, de la forma interna y externa de la organización. Este principio explica el desarrollo en el período fetal, pero también da cuenta de la evolución de la personalidad del individuo. Erikson (2012) sostuvo que todo niño sano que cuente con un ambiente adecuado se desarrollará siguiendo leyes internas de desarrollo. Éstas determinan una sucesión de potencialidades destinadas a un intercambio significativo con los adultos que lo atienden y le responden. De este modo, la personalidad se constituye en un interjuego entre lo heredado, lo adquirido y lo libremente tomado de ambos conjuntos de elementos. Lo dado incluye tanto las leyes del desarrollo como las potencialidades que lo posibilitan. Lo adquirido es aquello que se construye en el vínculo con los adultos significativos, el ámbito social y la cultura en su totalidad. Lo que el sujeto toma de todo esto libremente materializará el interjuego de todos los factores. Deviene así un movimiento dialéctico cultura-individuo que permite el mutuo crecimiento y desarrollo.

Erikson (2012) plantea ocho edades evolutivas del hombre y considera que las distintas etapas libidinales del ciclo evolutivo (oral, anal, fálica y genital) representan verdaderas crisis, en tanto son desafíos, antítesis. Si una crisis se resuelve positivamente, alcanzando un adecuado equilibrio, se logra lo que el autor denomina una virtud. De este modo, en los primeros momentos de la vida, durante lo que en términos freudianos sería la etapa oral, a la oralidad le corresponde el desafío de la

confianza en los proveedores externos, a la que se le opone la desconfianza. La resolución adecuada de este ciclo, con el consecuente logro de un equilibrio, deviene en la esperanza.

La primera etapa se da desde el nacimiento hasta el primer año de vida, mientras que la segunda etapa, en la que este autor destaca el antagonismo “autonomía versus vergüenza y duda”, se da en el segundo y tercer año de vida, cuando se observa un mayor desarrollo muscular, del movimiento y del lenguaje. El bebé inicia el control de esfínteres y, junto con una creciente sensación de afirmación de la propia voluntad de un Yo incipiente, se afirma muchas veces oponiéndose a los demás. El niño empieza a explorar su propia voluntad autónoma experimentando fuerzas impulsivas que se establecen en diversas expresiones de su conducta y que oscilan entre la cooperación y la terquedad, entre el sometimiento dócil y la oposición violenta. Todo esto tiene su explicación en la dinámica entre los impulsos instintivos, las exigencias de la realidad y el Yo.

Las actitudes de los padres y su propio sentimiento de autonomía son fundamentales en el desarrollo de la autonomía del niño; quien establece su primera emancipación, la que hace respecto de la madre. Esta emancipación es tal, que en posteriores etapas la repetirá de muchas maneras para ser alguien que puede desear libremente, y autoorientarse. Estas experiencias tempranas de libre voluntad y deseo constituyen la afirmación de una incipiente y rudimentario Yo. Este desarrollo es lento y progresivo y no siempre es consistente y estable, por ello el bebé pasa por momentos de vergüenza y duda. Los posibles problemas están dados, por ejemplo, por las actitudes de los padres, que pueden dificultar al niño crecer hacia su independencia en una madurez y autocontrol responsable. Esto sucede cuando se marca el camino a una propensión duradera hacia la vergüenza y duda, deterioro de la autoestima, y esto está en la base de

situaciones emocionales conflictivas. Una autoconciencia rígida precozmente alertada será la base de excesivos temores a equivocarse, duda y de inseguridad en sí mismo. Es necesario evitar avergonzar innecesariamente al niño, u obligarlo a hacer algo sin ninguna proporción con su edad o capacidad.

La tercera etapa de la iniciativa se da en la edad del juego, entre los 3 y los 5 años. El niño ha desarrollado una vigorosa actividad, imaginación, y es más enérgico y locuaz. Hacia el tercer año de vida, el niño aprende a moverse más libre y vehementemente y, por lo tanto, establece un radio de metas más amplio que para él es ilimitado.

A su vez, su conocimiento del lenguaje se perfecciona, comprende mejor y hace preguntas constantemente; hecho que le permite expandir su imaginación hasta alcanzar roles que él mismo fantasea. Todo esto le posibilita adquirir un sentimiento de iniciativa que constituye la base realista de un sentido de ambición y de propósito. Al igual que en los anteriores estadios, se da una crisis que se resuelve con un incremento de su sensación de ser él mismo. Es más activo y está provisto de un cierto excedente de energía que lo aproxima a nuevas áreas con un creciente sentido de dirección y de contento. Con la adquisición de la habilidad en marcha, le es posible ocuparse de qué es lo que se puede hacer con la acción; descubre lo que puede hacer junto con lo que es capaz de hacer. A este respecto trata de comprender los posibles roles futuros, o de imaginarlos. A la vez, puede establecer contacto más rápido con niños de su edad y se incorpora a grupos de juego.

En esta edad, su aprendizaje se destaca por ser intrusivo y vigoroso. Se caracteriza por la intrusión en el espacio mediante una locomoción vigorosa; la intrusión en lo desconocido por medio de una curiosidad grande; la intrusión en el campo perceptual de los demás; y fantasías sexuales (los juegos en esta edad tienen especiales

connotaciones simbólicas sobre aspectos sexuales, respecto de lo cual el niño posee una genitalidad rudimentaria y tiene muchas veces sentimientos de culpa y temores asociados a ello). En cuanto a la problemática, se traduce aquí como un bloqueo en la acción y la iniciativa; a la vez que una tendencia paralizante a la culpa, o una fijación a un estado de dependencia que anula la capacidad. El origen de esto es constituido por las más tempranas emociones infantiles, como celos y rivalidad, en el contexto de una exagerada y ansiosa dependencia hacia figuras parentales, junto con el temor a equivocarse y una exagerada conciencia de lo que puede o no hacer.

### **3.9. El desarrollo como cuestión contextual**

Los desarrollos de Vygotsky (1979, 1981) en materia de Psicología Evolutiva representan un aporte de gran relevancia en campos de la teoría evolutiva, tales como el desarrollo sociocognitivo en la primera infancia, la aparición del lenguaje y la comunicación y construcción del lenguaje escrito. Desde esta perspectiva, un comportamiento sólo puede ser entendido si se analizan sus fases, su cambio, es decir, su historia (Vygotsky, 1979). Este énfasis le da prioridad al estudio de los procesos, considerando que los procesos psicológicos en la persona solamente pueden ser entendidos mediante la consideración de la forma y el momento de su aparición durante el desarrollo. El autor analizó los efectos de la interrupción y las intervenciones sobre dichos procesos, dando así lugar a las variantes del análisis genético denominadas método genético-comparativo y el método experimental-evolutivo (*ibid.*).

Aplicó el método genético a la concepción del desarrollo humano en cuatro ámbitos:

1. Filogenético: desde la perspectiva del desarrollo de la especie humana, el autor describió las razones que permiten la aparición de funciones psicológicas exclusivamente humanas a las que llamó funciones superiores.
2. Histórico sociocultural: es el ámbito que genera sistemas artificiales, complejos y arbitrarios que son reguladores de la conducta social.
3. Ontogenético: este ámbito representa el punto de encuentro de la evolución biológica y la sociocultural.
4. Microgenético: es el relativo al desarrollo de aspectos específicos del repertorio psicológico de cada sujeto, da lugar a una manera de estudiar *in vivo* la construcción de un proceso psicológico determinado.

Vygotsky (1979) señaló que en el desarrollo ontogenético, lenguaje y pensamiento provienen de distintas raíces genéticas. En el desarrollo del habla del niño se puede establecer con precisión una etapa preintelectual; y en el desarrollo del pensamiento, una etapa prelingüística. En un principio, los dos aspectos se desarrollan independientemente uno del otro. En un momento se encuentran y allí el pensamiento se torna verbal y el lenguaje racional. La transmisión racional e intencional de la experiencia y el pensamiento a los otros requiere un sistema mediatizador, tal como resulta el lenguaje humano.

EL autor indicó que aprendizaje y desarrollo están interrelacionados desde los primeros días de vida del niño. En este sentido, describió dos niveles evolutivos:

1. El nivel evolutivo real: comprende el nivel de desarrollo de las funciones mentales de un niño; incluye aquellas actividades que los niños pueden realizar por sí solos y que son indicativas de sus capacidades intelectuales.

2. El nivel de desarrollo potencial: qué hace con ayuda de otros, lo que constituye su nivel de desarrollo potencial. Lo que los niños pueden hacer con ayuda de otro sería más indicativo, en cierto sentido, de su desarrollo mental que lo que pueden hacer por sí solos.

La diferencia entre ambos niveles es lo que el autor denominó “zona de desarrollo próximo”; se trata de la distancia entre el nivel real de desarrollo, determinado por la capacidad de resolver de manera independiente un problema, y el nivel de desarrollo potencial, establecido a través de la resolución de un problema bajo la dirección de un adulto o en colaboración con otro compañero más hábil (*ibid.*).

En este sentido, el nivel real de desarrollo indica la resolución independiente de un problema, exterioriza las funciones que ya han madurado, caracteriza el desarrollo mental retrospectivamente. La zona de desarrollo próximo señala aquellas funciones que todavía no han madurado, pero que se encuentran en proceso de maduración. En este sentido, se caracteriza el desarrollo mental prospectivamente. La relación que establece Vygotsky (1979) entre aprendizaje y desarrollo se cimienta en la Ley Genética General. Ésta establece que toda función en el desarrollo cultural del niño emerge en dos planos. Primero aparece en el plano social, y posteriormente, en el plano psicológico. En primer término, aparece entre la gente como una categoría intrapsicológica, y luego dentro del niño como una categoría intrapsicológica (Wertsch, 1988). Desde esta perspectiva, puede afirmarse que el aprendizaje estimula y activa una multiplicidad de procesos mentales que afloran en el marco de la interacción con otras personas. Esta interacción ocurre en distintos contextos y es siempre mediada por el lenguaje. Dichos procesos mentales son internalizados en el transcurso del aprendizaje social hasta convertirse en modos de autorregulación.

En concordancia con una mirada contextualizadora del desarrollo del niño, se encuentra también la teoría bioecológica (Bronfenbrenner, 1977, 2009), que contempla el desarrollo humano en forma ampliada, y destaca la importancia de las interacciones mutuas entre el individuo y su medio ambiente. Según este modelo, el desarrollo humano es un proceso dinámico, bidireccional y recíproco, en que el niño, al tiempo que recibe el influjo de los factores vinculados con su entorno inmediato y mediato, reestructura de modo activo su ambiente.

El modelo está compuesto por cuatro conceptos nucleares que están interrelacionados:

1. Persona: entendida como ser biopsicosocial, poseedora de características innatas y adquiridas en el contacto con su entorno.
2. Proceso: es la forma en que la persona interactúa con su contexto, con sus características peculiares, su forma de vivenciar experiencias y el rol que desempeña en su vida.
3. Contexto: este núcleo está compuesto por un conjunto de cuatro sistemas concéntricos interconectados, agrupados, interdependientes y dinámicos. Son niveles que ocurren simultáneamente y que van desde el contacto más cercano del niño con los responsables de su cuidado hasta los ámbitos sociales más amplios. Estos niveles son denominados microsistema, mesosistema, exosistema y macrosistema.
4. Tiempo: también llamado cronosistema, involucra eventos y rutinas de la persona a lo largo del ciclo vital, así como los acontecimientos históricos acaecidos en cada época.

Según este modelo, los procesos o modos de interactuar entre personas, objetos, símbolos o contextos pueden ser distales o proximales. Se denomina distal o proximal a

los extremos de un continuo en el que algunas variables son propiamente más lejanas que otras en una cadena causal. Así, los factores distales estarían dados por lo macrosocial, ya que no afectarían directamente al niño, pero sí tendrían un impacto sobre algunos de los procesos o comportamientos que acontecen a nivel proximal (Bronfenbrenner, 1977).

El *microsistema*, que está relacionado con las actividades y roles del niño en su medio inmediato, se refiere al conjunto de actividades y relaciones interpersonales vivenciadas en el entorno más íntimo y a través del contacto directo —corresponden a la más cercana interacción entre personas y ambiente—, definidas por la reciprocidad y estabilidad. El *mesosistema* es el entrecruzamiento de varios microsistemas que envuelven a una persona, incluyendo vínculos entre familia y escuela, o familia y grupo de relación más próximo. Estas relaciones pueden ir modificándose o ampliándose en el curso del desarrollo. El *exosistema* implica entornos entre los cuales la persona no está como participante activa, no obstante lo cual, los eventos acaecidos en esos ambientes influyen su desarrollo. El *macrosistema* está compuesto por los modelos culturales vigentes, tales como valores, creencias, ideologías, sistemas políticos o económicos, organización de entidades sociales y comunitarias en una particular cultura o subcultura. Este sistema tiene mucha incidencia en las formas de relación que ocurren en los sistemas anteriores, ya que esos modelos son internalizados de forma activa por cada individuo, influenciando sus conductas (Bronfenbrenner, 2009).

### **3.10. La noción de ética en el desarrollo del niño**

El desarrollo moral del niño es un tema de creciente interés para distintos autores, debido a que se lo considera una invaluable ayuda tanto para comprender mejor el

crecimiento e inserción social del niño como para entender la moralidad del adulto y emprender las tareas preventivas necesarias en vista de los cambios de paradigmas morales (Lejarraga, 2006). En este sentido, Lipovetsky (2000, citado en Lejarraga, 2006) habló de “crepúsculo del deber”.

La condición humana incluye entre sus atributos el pensamiento y la conducta ética. Algunos autores argumentan que en condiciones de extremo sufrimiento y humillación podría desaparecer o debilitarse ese sentido ético. Pero es necesario reducir al hombre a condiciones excepcionales para que eso suceda. Tan fuerte es la búsqueda de la dignidad, de la justicia, del rescate de la moral en la persona humana, que sólo en condiciones extremas esa búsqueda puede desaparecer; precisamente, en circunstancias que son consideradas no-humanas o infrahumanas (Lejarraga, 2006).

Las teorías estructuralistas plantean que el niño desarrolla su sentido ético a través del cumplimiento de determinadas fases secuenciales y programadas, que pertenecen a la estructura del niño mismo, y que son de carácter universal. Piaget estudió las ideas y actitudes de los niños hacia las reglas que rigen el comportamiento, creadas por los mismos niños (Fuentes, Gamboa, Morales & Retamal, 2012). Describió una primera etapa, que denominó “pensamiento heterónomo”: la fuente de legitimación de la regla está fuera del niño, puesta en una autoridad superior. Posteriormente en el desarrollo del niño, describió la etapa de “pensamiento autónomo”, en que la fuente de legitimación de las reglas está en los niños mismos y tiene su sostén en un acuerdo social (*ibid.*). Con posterioridad y siguiendo los postulados de Piaget, Kohlberg y Hersh (1977) llevaron a cabo un estudio longitudinal de veinte años de duración en el que evaluó el pensamiento moral de una muestra de 58 varones, de entre 10 y 17 años de edad, quienes, al finalizar el estudio, ya eran adultos de más de 30 años. Los jóvenes fueron entrevistados en forma periódica cada tres años. Se hacían a los niños y adolescentes preguntas

secuenciales sobre determinados dilemas éticos. A las respuestas se les asignaron puntajes y, sobre estos resultados, el autor reconoció distintos niveles y estadios del desarrollo ético, a saber:

1. Nivel I. Preconvencional: en este nivel hay ausencia de reglas. El niño posee una visión individualista y concreta. Sólo trata de satisfacer los deseos. Aquí se reconoce un primer estadio de moralidad heterónoma, en el que la conducta del niño se rige por la obediencia y por el objetivo de evitar el castigo. Hay en este nivel un segundo estadio que el autor denomina individualismo, en que se siguen los propios deseos, pero reconociendo que hay otras personas que pueden desear lo mismo o lo contrario, y es necesario conciliar para evitar conflictos.

2. Nivel II. Convencional: en este nivel hay reglas que son convenciones. En el estadio 3, correspondiente a este nivel, el autor describe lo que llama expectativas interpersonales. Es decir que hay reglas que observar entre los seres cercanos. En el estadio 4, denominado “sistema social y conciencia”, aparecen reglas que es necesario preservar, porque de esa manera se preserva la convivencia. Estas reglas alcanzan a grupos más o menos amplios de la sociedad.

3. Nivel III. Posconvencional: en este nivel hay valores y principios en juego. Las reglas se respetan porque no está bien violarlas. Se trata de un estadio superior e independiente en relación con el estadio anterior, en el que las personas generan reglas propias con sus propios criterios. El estadio 5, llamado “contrato social”, se caracteriza por reglas que son el resultado de un acuerdo social. Se establecen reglas sabiendo que éstas representan principios, valores. El acatamiento a la ley está en función de defender el derecho de las personas y de la sociedad. Finalmente, Kohlberg describe un estadio 6, al que denomina “principios éticos

universales”. En este estadio, lo correcto es lo que respeta estos principios, aunque no esté considerado en la ley.

Según la teorización de Kohlber, los estadios son secuenciales, es decir, se pasa de un estadio inferior a otro inmediato superior. Además, no observó que ningún niño retrocediera en estadios. Lejarraga (2006) afirmó que si bien Freud no produjo una verdadera teoría del desarrollo ético, su contribución fue fundamental, ya que introdujo el tema del desarrollo del sentido ético en la persona dentro del campo de la ciencia. Freud (1918, citado en Lejarraga, 2006) postuló la existencia del Superyó, instancia psíquica con dos funciones: por un lado, organizar al Yo, y, por otro, darle un orden moral a las pulsiones y a los contenidos del Yo.

Diversos autores han estudiado el desarrollo ético del niño desde las circunstancias y el medio ambiente en que éste se desarrolla. Vygotsky (1979, 1981) estudió grupos de jóvenes criados en un entorno rural sin educación, campesinos de granjas colectivas con educación básica y estudiantes universitarios. El autor observó que el nivel de estudios alcanzado promovía el desarrollo del lenguaje y del pensamiento abstracto, y acrecentaba la complejidad del pensamiento moral. El autor destacó las estrechas relaciones existentes entre pensamiento y lenguaje. Describió una Zona de Desarrollo Próximo (ZDP), instancia psíquica sumamente activa, encargada de interactuar con el mundo exterior, de establecer un intercambio cognitivo con el ambiente y las personas. Esta ZDP metaboliza estos intercambios e incorpora los conocimientos así adquiridos, para introyectarlos posteriormente en zonas más estables de la mente, contribuyendo y constituyendo al desarrollo mismo. El aprendizaje promueve el desarrollo. Enfatiza la importancia del lenguaje en el desarrollo del pensamiento moral, la relevancia del medio social en que el niño crece, de la educación que recibe y el carácter contextual que tienen las acciones y el pensamiento.

### **3.11. Factores de riesgo en el desarrollo del niño**

Rutter (2012) destacó la importancia de identificar los factores de riesgo y protección que permiten predecir resultados negativos o positivos en el proceso de desarrollo del niño. El factor de riesgo estaría dado por aquellas circunstancias o situaciones de carácter biológico, psicológico o social que dificultan el desarrollo del niño y que aumentan la probabilidad de que surja una determinada conducta, situación o problema que dificulte el ajuste personal y social del niño. Un factor de riesgo, por sí solo, puede no ser significativo, pero la asociación de varios factores potencia ese riesgo, por lo cual es importante su detección, ya que se asocian firmemente con una elevada probabilidad de dañar la salud.

Desde una visión ecológica, es importante identificar factores de riesgo asociados con el desarrollo de competencias cognitivas y socioemocionales. Estos factores involucran variables próximas, tales como la interacción de la madre-hijo; variables intermedias, tales como la salud mental de la madre; y variables distales relacionadas con los recursos económicos y sociales de la familia. Los principales factores de riesgo que han tomado interés para algunos autores son los efectos de la pobreza y los efectos de vivir en un hogar monoparental. El nivel de ingresos y el estado civil de los padres también tienen impacto en la conducta del niño (López, Rosales, Chavez, Byrne & Cruz, 2009). Sameroff y Seifer (1983) describieron, en un estudio longitudinal durante cuatro años, la interacción de varios factores de riesgo, tales como salud mental de los padres, estatus social, relaciones parentales y estrés familiar. Afirmaron que éstos condicionaban las competencias del niño y su desarrollo saludable.

Lejarraga (2006) afirmó que el desarrollo del niño puede ser expresión de sus potencialidades y su desempeño en la vida adulta. La presencia de trastornos en el

desarrollo puede causar discapacidad y afectar la dignidad de las personas, por lo que su medición es relevante, sobre todo en un período crítico y vulnerable de 0 a 5 años. Flores, García-Gómez y Zunzunegui (2014) coinciden en afirmar que la infancia, en especial la etapa prenatal y la de 0 a 5 años son los períodos más críticos de la vida. Esto implica que determinadas capacidades físicas, cognitivas y socioemocionales sólo pueden desarrollarse en un determinado período del ciclo vital de una persona. Por ejemplo, es en la etapa embrionaria, entre la segunda y octava semana desde la concepción, cuando se originan los sistemas orgánicos, y es a partir del segundo mes desde la concepción hasta el nacimiento cuando se forman los músculos y el sistema óseo, cuando el ritmo de crecimiento cerebral es mayor y cuando los sistemas respiratorio y digestivo empiezan a funcionar de manera autónoma. Asimismo, señalan que es durante los primeros años cuando se adquieren las habilidades que posibilitarán un desarrollo exitoso: esto implica establecer relaciones de apego seguras con los adultos que favorecerán la exploración del mundo, la comunicación con otros y, consecuentemente, la autorregulación de pensamientos, emociones y conductas. La infancia constituye, además de un período crítico, un período sensible, vulnerable ante factores de riesgo, así como permeable a factores protectores.

El éxito en el desenvolvimiento de cada una de estas capacidades influye en la probabilidad de éxito en el desarrollo de otras. Por ejemplo, las relaciones de apego seguras promueven la exploración y descubrimiento activos del medio ambiente, y viceversa. Al mismo tiempo, el fracaso o la disrupción en el desarrollo de capacidades durante la infancia pueden tener efectos permanentes, incluso irreversibles, cuando éstas no pueden ser corregidas mediante intervenciones adecuadas (*ibid.*).

Por estos motivos, Lejarraga *et al.* (2010) subrayaron la importancia de detectar factores de riesgo y factores protectores del desarrollo infantil. En este sentido, indican como factores de riesgo los siguientes:

1. Bajo nivel socioeconómico: considerando la población que tiene necesidades básicas insatisfechas. Lejarraga, Kelmansky, Pascucci, Masautis, Insua, Lejarraga y Nunes (2016) estudiaron el impacto en la Argentina del nivel socioeconómico en el desarrollo normal del niño. Los resultados expresan un retraso importante en los niños de las zonas más desfavorecidas, tal como ha sido encontrado en otros estudios (Lejarraga, 2006). El retraso no se observa en el primer año de vida, sino que aparece alrededor de los 1,5 años y progresa sensiblemente con la edad.
2. Bajo nivel educativo de la madre: estudios recientes relacionaron el nivel de estudios de la madre con su respuesta empática a las demandas del niño; se encontró que había entre ambas variables una relación directamente proporcional (Santelices *et al.*, 2015).
3. Bajo nivel de estimulación en el hogar: estudios relacionan de manera positiva el desarrollo psicomotor del niño con el nivel de estimulación recibida en el hogar por sus cuidadores principales (Ontiveros Mendoza, Cravioto, Sánchez Pérez & Barragán Mejía, 2000).
4. Familia desintegrada, padres ausentes, o aquejados de alguna enfermedad (adicción a sustancias, enfermedades mentales, violencia doméstica, enfermedades físicas que impliquen discapacidad del adulto significativo para el niño o su alejamiento del hogar).
5. Falta de acceso a servicios de salud y de redes de asistencia social: Lejarraga *et al.* (2016) señalaron la importancia fundamental que tiene para un desarrollo

saludable el acceso regular a controles médicos y programas de prevención de enfermedades infantiles.

6. Sucesos familiares estresantes: la ocurrencia de determinados eventos vitales o situaciones transicionales de la vida, tales como el nacimiento de un nuevo hijo, enfermedad o muerte de un familiar, alejamiento de algún miembro de la familia por un largo período, divorcio, enfermedad crónica, provocan cambios o alteraciones en la estructura familiar o en los patrones de interacción entre sus miembros (Kertész, 2008). Un evento vital o situación de crisis no generan por sí solos el estrés familiar, sino que éste depende de la significación que la familia otorga al evento o situación transicional (Flores *et al.*, 2014).

7. Bajo peso al nacer: la Organización Mundial de la Salud (OMS) acuñó el término de “recién nacido de bajo peso” para identificar a todo aquel recién nacido con peso inferior a 2500 gramos. Actualmente, la OMS señala que “el bajo peso al nacer es, en todo el mundo y en todos los grupos de población, el factor individual más importante que determina las probabilidades del recién nacido de sobrevivir y tener un crecimiento y desarrollo sanos”. El bajo peso al nacer es un problema de salud pública mundial, que impacta sobre la mortalidad neonatal e infantil. Las consecuencias del bajo peso neonatal se extienden al período neonatal inmediato, al mediano y largo plazo, debido a que el retardo en el crecimiento y, consecuentemente, en el desarrollo pueden continuar hasta la edad adulta, e incluso manifestarse sobre la descendencia (Velázquez Quintana, Zárraga, Luis & Ávila Reyes, 2004).

8. Exposición a sustancias tóxicas durante el período de gestación, tales como radiaciones, alcohol, tabaco, cocaína u otras sustancias psicoactivas: el consumo y dependencia de sustancias se ha constituido en un serio problema social con alta

morbilidad materno-fetal. El aumento de la oferta y el entorno social favorecedor, han hecho posible que la difusión del consumo sustancias tóxicas ilícitas conlleve una incidencia creciente en embarazadas consumidoras de sustancias y el consecuente aumento de recién nacidos dañados por las prácticas tóxicas de sus madres (Ruoti Cosp, Ontano, Calabrese, Airaldi, Gruhn, Galeano, Espinosa & Gallo Vallejos, 2009).

9. Enfermedades de la madre no controladas, tales como diabetes, hipertensión o desnutrición: la literatura existente demuestra que la diabetes gestacional se asocia con una alta morbilidad materna y perinatal (Rodríguez, Díaz & Medina, 2013). Asimismo, Flores *et al.* (2014) afirmaron que la exposición del neonato a estrés o desnutrición durante los períodos críticos de la etapa prenatal está ligada a un mayor riesgo a corto, mediano y largo plazo de que el niño contraiga enfermedades coronarias, ictus, diabetes de tipo 2 e hipertensión.

10. Asfixia al momento del nacimiento: la asfixia en el neonato es un evento frecuente en el parto, y una de las causas más importantes de mortalidad y secuelas neurológicas en el recién nacido a término, que pueden dar lugar a problemas en el desarrollo psicomotor posterior del niño. El daño asfíctico del cerebro del feto y neonato es la resultante de fenómenos hipóxicos e isquémicos que afectan en forma selectiva áreas vulnerables del cerebro, según su grado de madurez en el momento de producirse la noxa (Lejarraga, 2006).

11. Desnutrición infantil: la literatura indica que la nutrición del ser humano en desarrollo tiene una importancia trascendental durante el período prenatal y los primeros años de la vida, con una influencia esencial sobre el crecimiento, y el desarrollo físico y mental. La desnutrición proteico-energética favorece las infecciones, reduce la resistencia a casi todas las enfermedades, se presenta como

causa coadyuvante de morbilidad y mortalidad infantiles, además de repercutir sobre el desarrollo psíquico (Cordero Herrera, 2014).

12. Déficit sensorial, como hipoacusia y disminución de la visión. Lejarraga *et al.* (2010) afirmó que la hipoacusia durante los primeros años de vida del niño puede dificultar la adquisición del lenguaje, así como también el desarrollo psicológico e intelectual del niño con consecuencias negativas en su desarrollo general. El autor agrega que en relación con la visión disminuida o ausente, ésta provoca minusvalías para los niños, trayendo como consecuencia trastornos del aprendizaje y de su desarrollo integral.

Con relación a lo que se constituye en factores de riesgo en el desarrollo infantil, Gayá Ballester, Molero Mañes y Gil Llario (2016) afirmaron que el apego desorganizado en los primeros dos años de vida puede ser considerado tanto un factor de riesgo de respuestas patológicas a traumas posteriores como un trauma relacional temprano que aparece como el primero de los traumas acumulativos capaces de conducir al desarrollo del Trastorno Traumático del Desarrollo (*ibid.*). Los autores que presentan esta entidad nosológica afirman que un trauma psicológico es un evento emotivamente no sostenible por quien lo padece. Por su parte, el evento traumático está referido a un suceso estresante, del que el sujeto no puede sustraerse y que supera su capacidad de resistencia (Kertész, 2008). Gayá Ballester *et al.* (2016) definen la expresión “desarrollo traumático” como un conjunto de condiciones estables de amenaza abrumadora del que no es posible evadirse, que se repite con efectos acumulativos, por un largo período del desarrollo. Los resultados patológicos de traumas repetidos y acumulativos en la infancia recibirán el nombre, para algunos autores, de “desarrollo traumático” o “trauma relacional precoz”.

Diversos autores han propuesto distintas categorías diagnósticas para identificar el trastorno que sigue a un desarrollo traumático:

1. Trastorno traumático del desarrollo (Van der Kolk, 2005).
2. Trastorno postraumático de estrés complejo (Herman, 1992, citado en Soler, 2008).
3. Trastorno de estrés extremo no especificado (Pelcovitz *et al.*, 1997, citado en Soler, 2008).
4. Trastorno postraumático de la personalidad (Classen *et al.*, 2006, citado en Soler, 2008).

La ausencia de una entidad nosográfica bien delimitada que permita identificar el síndrome del desarrollo relacionado con vínculos en los que al cuidado del niño se le sobrepone el maltrato y traumas acumulativos hace que los manuales de salud mental, tales como el DSM V o el CIE-10, no incluyan consideraciones al respecto. Diversos autores coinciden en tomar la denominación de Van der Kolk (2005) de “trastorno traumático del desarrollo”, que se caracterizaría por presentar dificultades en el funcionamiento global familiar, social, escolar, comportamiento del niño. Por otra parte, estos autores describieron los siguientes criterios diagnósticos:

1. Grupo A: Exposiciones a violencia interpersonal y grave negligencia por parte de los cuidadores principales.
2. Grupo B: Desregulación emocional y de las funciones fisiológicas.
  - 2.1. B1: Incapacidad para modular y tolerar estados emocionales negativos.
  - 2.2. B2: Trastornos de la regulación de las funciones corporales de base, como trastornos del sueño, de la alimentación, hiperreactividad a distintos estímulos sensoriales.

- 2.3. B3: Estados disociativos o disociaciones somatoformes.
- 2.4. B4: Marcada alexitimia, manifestada como dificultad para reconocer, describir y comunicar sensaciones corporales, estados emocionales, deseos y necesidades.
3. Grupo C: Trastornos comportamentales y cognitivos.
- 3.1. C1: Incapacidad para percibir y evitar o defenderse de amenazas, o alarma excesiva por estímulos amenazantes, sean estos ambientales o relacionales.
- 3.2. C2: Alteraciones de la capacidad de protegerse o exposiciones a situaciones de riesgo.
- 3.3. C3: Trastornos comportamentales derivados de maniobras autoestimulantes, tales como masturbación crónica, estereotipias motoras, automutilaciones o abuso de sustancias.
- 3.4. C4: Comportamientos de automutilación reactivos o habituales.
- 3.5. C5: Dificultades para planificar, iniciar o completar una tarea, concentrarse en una tarea, organizarse para lograr objetivos.
4. Grupo D: Trastornos de la percepción del Yo y de las relaciones interpersonales.
- 4.1. D1: Trastornos de las relaciones de apego manifestados como dificultad de separación o temor a la reunificación.
- 4.2. D2: Sentimientos de aversión hacia sí mismo, sentimientos de no poder ser ayudado, convicción de falta de valor, incapacidad, estar equivocado o ser defectuoso, distorsiones en la autopercepción de sí mismo.
- 4.3. D3: Sentimiento de desconfianza hacia sí mismo y hacia los otros con actitud hipercrítica o de rechazo hacia las personas más cercanas.

4.4. D4: Comportamientos agresivos tanto verbales como físicos hacia el cuidador.

4.5. D5: Comportamientos inapropiados de acercamiento y confianza hacia extraños con o sin comportamientos sexuales inapropiados.

4.6. D6: Dificultad o incapacidad para regular el contacto empático, como participación excesiva o desvinculación en las situaciones sociales.

### **3.12. Factores protectores para un desarrollo saludable**

Un factor protector es una condición de la persona o del entorno tendiente a favorecer el desarrollo saludable del individuo o de reducir los efectos de circunstancias desfavorables. Sin embargo, cabe señalar que el carácter protector que adquieren estos factores está dado por la interacción que cada uno de ellos tiene con el medio, en momentos determinados. Es decir que si actúan en forma independiente, no resultan ser lo suficientemente protectores. Cuando varios de estos factores actúan simultáneamente, tenderán a promover un desarrollo saludable independiente de las dificultades presentes en las condiciones de vida. Torrecillas y Rodrigo (2010) afirmaron que un factor de protección es una influencia que modifica, mejora o altera la respuesta de una persona ante una situación de riesgo cualquiera.

Delage (2010) ha investigado la incidencia de los factores protectores familiares en el desarrollo saludable de los niños. Entre éstos se encuentran la flexibilidad, la protección, la solidaridad y la cohesión de la familia. Por su parte, Amar, Llanos y Acosta (2003) también incluyen los siguientes factores protectores familiares:

1. El tamaño familiar pequeño: familias con un número menor de cuatro hijos.
2. El nivel educativo de la madre: a menor instrucción, mayor riesgo.

3. La competencia maternal: dada por la capacidad de la madre de captar las necesidades de sus hijos y satisfacerlas.
4. Vínculo estrecho con cuidador primario: promotor de apego seguro.
5. Apoyo de abuelos: como generador de mayor seguridad para los padres.
6. Apoyo de hermanos: como consecuencia de la cohesión y solidaridad familiares.

Werner (1993, citado en Fiorentino, 2008) consideró que algunos de estos factores tienen un peso mayor en relación con su incidencia en el desarrollo saludable del niño. Éstos son: la competencia maternal y el nivel educativo de la madre, a los que se expone el hijo en su primer año de vida. Por otro lado, los cuidadores alternativos en familias de alto riesgo con padres incapaces o ausentes son otro de los factores protectores familiares de mayor incidencia. Se trata de miembros de la familia, como hermanos o abuelos, y operan como sostén del niño y como modelos de identificación.

Asimismo, los autores señalan la importancia de detectar y promover la presencia de factores protectores del desarrollo infantil. Éstos serían aquellas circunstancias que protegen al niño de injurias externas y que tienen valor preventivo o terapéutico al momento de instalarse un problema de desarrollo (Lejarraga, 2010a). Se pueden citar factores protectores de diversos orígenes:

1. Factores sociales: tales como la pertenencia a grupos de contención (club, escuela, centros barriales, entidades religiosas).
2. Factores familiares: dados por la presencia de parientes dispuestos a prestar apoyo, colaboración y contención al niño y a sus padres.
3. Factores vinculados al niño: estado nutricional, recursos inmunitarios, capacidad para la comunicación con el medio.

4. Factores económicos: que permitan el acceso a las necesidades básicas del niño y su familia.

Ben-Shlomo, Mishra y Kuh (2014), basándose en el enfoque de curso de vida en la epidemiología (*life course epidemiology*), han identificado cuatro posibilidades de que los eventos del pasado afecten la probabilidad de un resultado posterior en la vida. Éstos serían los siguientes:

1. Modelo de período crítico, según el cual existen momentos críticos o sensibles, ventanas de tiempo durante el curso de la vida, en que una determinada exposición ambiental posee una influencia decisiva o incluso permanente en el resultado postrero.

2. Modelo de período crítico con modificadores del efecto posteriores: hace referencia a los períodos durante los cuales las exposiciones tienen importantes efectos que son pasibles de ser modificados por experiencias posteriores.

3. Modelo de acumulación de riesgos independientes y no correlacionados: plantea que existen efectos acumulativos (de riesgo o protección), que pueden actuar en un sentido aditivo pero también sinérgico con otras exposiciones a lo largo del tiempo. Kuh, Ben-Shlomo, Lynch, Hallqvist y Power (2003) han presentado diferentes formas en que los riesgos se pueden acumular. El concepto de riesgo acumulativo considera que el resultado a largo plazo se desencadena a través de la sumatoria de las exposiciones ambientales, socioeconómicas y comportamentales durante la vida.

4. Modelo de acumulación de riesgos correlacionados: según el cual existen cadenas de exposiciones secuenciales o en cascada (*clustering*, cadenas o vías de riesgo). Cada exposición implica el aumento de la probabilidad de la exposición siguiente, influyendo en el riesgo posterior, con un efecto de sumatoria sucesiva,

pero de una forma independiente a exposiciones postreras (Ben-Shlomo *et al.*, 2014).

Araujo *et al.* (2015), en el marco del Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes, plantearon intervenciones en promoción del desarrollo del niño. Las medidas generales de promoción del desarrollo saludable del niño que los autores consideran más eficaces son las siguientes:

1. Acceso del niño a una educación preescolar y escolar de alta calidad.
2. Presencia en el hogar de cambios favorables, tales como un mejor ambiente afectivo-emocional.
3. Promoción de factores protectores: manejo saludable de la agresión, fomento de una sana autoestima, promoción de la esperanza.
4. Promoción en los padres de pautas de crianza saludables.
5. Capacitación de los profesionales, técnicos y auxiliares que trabajan en salud infanto juvenil.
6. Cambios estructurales en las políticas públicas de bienestar social, con énfasis en el desarrollo infantil.
7. Refuerzo y facilitación del apego madre-hijo.

Asimismo, Lejarraga *et al.* (2011) afirmaron la relevancia de la prevención de los problemas de desarrollo en la infancia, destacando la realización de intervenciones eficaces. Los autores consideraron eficaces las siguientes intervenciones:

1. Detección de acciones de apoyo a grupos de alto riesgo social.
2. Prevención del parto prematuro.

3. Promoción del ingreso del niño y su madre a programas de control pre- y posnatal.
4. Control del proceso de crecimiento.
5. Promoción y refuerzo de los factores protectores.

### **3.13. Problemas del desarrollo**

Lejarraga (2004) plantea una distinción terminológica entre retraso madurativo, retraso del desarrollo y problemas del desarrollo. El autor propone no usar el término “retraso madurativo” en la investigación sobre desarrollo infantil, dado que este concepto hace referencia a un retardo inespecífico. Tal alocución no estaría indicando a qué aspecto de la maduración se refiere: dentario, sexual, esquelético u otros. A los fines del presente trabajo, se utilizará el término “problema de desarrollo”, ya que éste incluye a los conceptos de retardo del desarrollo y trastorno del desarrollo. Es decir que la presencia de un problema de desarrollo estaría indicando que algún aspecto del desarrollo de un niño determinado se aleja de la normalidad, sin indicar su naturaleza ni su gravedad. Una investigación posterior sobre los síntomas que presenta podrá conducir a discriminar si se trata de un retraso del desarrollo o un trastorno del desarrollo. En el primer caso, el niño presenta una demora en el cumplimiento de las pautas de desarrollo; ésto implica que no hay otros problemas, tales como espasticidad, paresias o trastornos sensoriales. En el segundo caso se presenta una patología específica, tal como trastorno general del desarrollo, autismo, síndrome de Asperger, trastornos del lenguaje, retraso mental, etcétera.

El complejo proceso del descubrimiento de la infancia a lo largo de la historia es concebido como una evolución progresiva de una edad infantil feliz, o cuando menos

vivida en formas no constrictivas, a reducir la libertad primitiva mediante vínculos, esquemas educativos, formas de instrucción y largos períodos de preparación para la vida adulta.

Existe una evolución en la relación entre padres e hijos y se descarta la idea de que la infancia sea un período evolutivo de bienestar pleno, ya que encuentra que muchas veces esta signado por la violencia en la vida del niño.

El desarrollo del niño se enrola dentro del concepto más vasto de desarrollo humano y, a los fines de este trabajo, del desarrollo individual del ser humano. Aunque existen diversos factores intrapersonales que tienen injerencia en el desarrollo psicosocial, muchas habilidades que se adquieren dependen primordialmente de las interacciones con los adultos significativos y con el medioambiente que los circunda, en especial, durante las primeras etapas del desarrollo humano; que tendría lugar en un contexto de relaciones familiares y no dependería, por lo tanto, exclusivamente de factores ontogénicos, sino precisamente de la interacción con el entorno familiar más cercano y con otros componentes del ambiente.

Según las concepciones más actuales del desarrollo infantil, las capacidades con las que se inicia en la vida el ser humano le permiten relacionarse activamente con quienes comparte la vida y lo acogen, así como aprender y resolver problemas de su entorno más cercano y encontrar las oportunidades necesarias para su desarrollo.

Diversos autores consideran el desarrollo del niño como consecuencia de un proceso sistemático de cambios y continuidad en el individuo, que tienen lugar en la vida del ser humano desde la concepción hasta la adolescencia.

Durante la infancia deben adquirirse las habilidades cruciales para el éxito a mediano y largo plazo, como son establecer relaciones de apego seguras con sus cuidadores primarios desde el nacimiento hasta aproximadamente el primer año de vida,

aprender a explorar y comunicarse con otros, como ocurre entre los 12 y los 36 meses de edad, y aprender a autorregular los pensamientos las conductas y las emociones, lo que sucede entre los 3 y los 5 años.

La infancia, además de ser un período crítico, suele ser un período sensible vulnerable ante factores de riesgo, así como permeable a factores protectores.

## Capítulo 4. Vínculo madre-hijo

En el presente capítulo se ofrece un acercamiento al asunto vínculo madre-hijo desde distintas perspectivas y modelos explicativos. En primer lugar, se desarrolla el concepto de maternidad, sus implicancias en la vida de la mujer en el contexto actual, a través de la historia de la humanidad y en distintas culturas. Luego nos referimos al tópico vínculo y su evolución como constructo teórico. Posteriormente, relacionamos este concepto con las implicancias que tiene en el desarrollo del niño para finalmente analizar la comunicación madre-hijo desde distintos modelos teóricos.

Distintos autores han descripto un conjunto de procesos de carácter psicoafectivo que tienen lugar en el momento de la maternidad y que se integran en la mujer. Al desencadenarse a raíz de la maternidad, los consideran como fenómenos biopsicológicos. Benedek (1983) y Recamier (1984) (citados en Oiberman, 2008) se refirieron a estos procesos utilizando los términos “cualidad maternal” y “maternaje”, respectivamente. Oiberman (2008), por su parte, habló de “maternalización”.

Estos autores consideran la maternidad como una fase del desarrollo psicoafectivo de la mujer, dado que los distintos procesos que ocurren en esta etapa encuentran su sentido en las distintas ligazones tanto conscientes como inconscientes de la madre con su hijo. A su vez, estas relaciones tienen su basamento en las que la madre tuvo con sus propios padres. El tomar contacto con la realidad corporal de su hijo reactiva la historia de ella en tanto hija. Por otra parte, distintos factores, tales como la estructura de personalidad de la mujer, la situación conyugal familiar y social, así como las

características del niño, condicionarán el atravesamiento de la crisis evolutiva que implica la maternidad (Oberman, 1998).

La maternidad, en tanto proceso psicobiológico y crisis vital y evolutiva, es un catalizador que reactiva conflictos pretéritos y aumenta los conflictos presentes; en especial, aquellos relacionados con los vínculos con otros significativos. Es de esperar que el proceso de maternalización tenga lugar al nacer el primer hijo, aunque no siempre ocurre esto. Los mecanismos de defensa originados en los conflictos no resueltos de la mujer pueden retrasar o debilitar el desarrollo de la maternalización (Oberman, 2008).

El desarrollo del niño ubica a la madre frente a una sucesión de momentos diferentes que implican para ella desafíos que debe superar y constantes y nuevos problemas que debe resolver valiéndose de todos los recursos internos y externos con los que cuenta. Estos avatares constituyen las crisis del desarrollo del niño, de la madre y del vínculo entre ambos. Esto se traduce en demandas que gravan las fuerzas psicológicas de la madre desencadenando consecuencias sanas o insanas (Losada, 2015).

La maternalización representa una crisis de identidad comparable a la acaecida durante la adolescencia, ya que tiene lugar una transformación corporal y hormonal, un cambio de estatus social, la reactivación de conflictos infantiles, la reconfiguración de identificaciones primarias —en especial con la madre—, y una brusca transformación de la imagen corporal en dos tiempos: primero al producirse el embarazo y luego al producirse el parto. Como consecuencia de lo descrito, los sistemas defensivos que se encontraban organizados pueden fragmentarse o reforzarse contundentemente (Recamier, 1948, citado en Oberman, 2008).

Esta crisis evolutiva individual se inserta en el marco de una crisis evolutiva familiar denominada “crisis de cuidado temporal”, dada principalmente por la inclusión de la mujer en el mercado laboral. Aparece la necesidad de cuidado del niño como extendida al grupo familiar extenso. Esta dependencia de asistentes externos al microsistema parental puede dar lugar a la aparición de nuevas tensiones o problemas por resolver (Losada, 2015).

Freud (1992 [1905]) sostuvo que la madre tiene para el sujeto una importancia única, inalterable, incondicional. Por otra parte, es, para ambos sexos, el primer objeto de amor, el más importante y prototipo de todas las relaciones ulteriores. El autor consideró al amor maternal como el único lazo no ambivalente entre dos seres.

Freud, al plantear su teoría acerca del complejo de Edipo, afirma que la niña, luego de atravesar la fase oral y anal, en la fase fálica logra reconocer su diferencia con el varón y se desalienta por la falta de pene, teniendo, a partir de ese momento, envidia del pene. Desde entonces se percibe como castrada al reconocer una mayor valoración del atributo masculino que ella no tiene. El resultado de la envidia al pene encauza su interés hacia al padre para acceder al pene deseado. Freud plantea que mediante la ecuación simbólica “hijo igual pene” comienza a fantasear con un hijo del padre que, al no obtenerlo, esperará en el futuro, el hijo de un sustituto del padre. Para Freud, esto es un difícil recorrido, de manera que la niña se enfrentaría a heridas narcisistas que marcarían su subjetividad. De este modo, cambia su objeto de amor: de la madre al padre.

Posteriormente, Freud (1992 [1933]) indaga el desarrollo sexual femenino desde dos vectores; en primer lugar, que la constitución ha de plegarse unidireccionalmente a la función, y en segundo lugar, que los cambios decisivos se completen antes de la pubertad. Así, el desarrollo de la niña desde la infancia hasta la madurez sería más

intrincado y complejo que el del varón, puesto que tiene dos tareas adicionales que éste no tendría. La primera es un proceso en que su clítoris cede en todo o en parte a la vagina su sensibilidad y su valía. La segunda es el proceso de cambio de objeto que atraviesa la niña en la situación edípica, abandonando su primer objeto, la madre, para dirigir su amor hacia el padre. Éste deviene objeto de amor porque le puede dar un sustituto de pene. Es esperable que encuentre luego el camino hacia la elección de objeto definitiva.

En sus teorizaciones acerca de la sexualidad femenina, el autor plantea una lógica falocéntrica que anida en el inconsciente de la mujer. Propone tres destinos posibles para el desarrollo de lo femenino. El primero llevaría a la inhibición sexual o la neurosis; el segundo, a una perturbación del carácter por un complejo de masculinidad; y el tercero, a la femineidad normal o madura. La femineidad madura o normal estaría dada cuando el deseo del pene se sustituye en deseo del hijo.

La maternidad en la mujer, siguiendo el desarrollo freudiano, sólo se basaría en el deseo de un hijo así como desea un pene. Por tanto, la maternidad se podría entender como aquello que se construye psíquicamente desde muy temprana edad, a partir de los apuntalamientos sexuales dados por los imaginarios sociales. Por lo tanto, la sexualidad de la mujer es vista desde el eje central de la reproducción.

Por su parte, Recamier (1948, citado en Oiberman, 2008) planteó que el amor maternal es ambiguo y ambivalente, y que en él se mezclan íntimamente el amor y la agresividad, el investimento y el reconocimiento del niño como otro y la simbiosis. No es un sentimiento puro e ideal, simple o carente de conflictos, tal como parece representarlo el imaginario colectivo.

Winnicott (1971) afirmó que el amor maternal es ambivalente, en especial en los primeros meses de vida del niño. La corriente afectiva de carácter agresivo es natural,

mas es de esperar que no sea la más fuerte. El autor sostiene que la madre tiene razones para desarrollar esta corriente afectiva hostil, ya que su hijo no es idéntico al bebé ideal imaginado por ella y no ha llegado a su vida mágicamente. Por otra parte, el hijo representa para la madre un peligro para su cuerpo tanto durante el embarazo como en el parto. Además, este niño que representa una interferencia en la vida íntima de la madre puede ser hostil, absolutamente demandante, desconsiderado, exigente y no sabe todo lo que ella sacrifica por él. No obstante, es preciso que la madre pueda tolerar estos sentimientos y sobre todo no actuar acorde a ellos. Obviamente, ella no puede expresar su hostilidad.

En relación con esta ambivalencia, Fiszleew y Oiberman (1995) afirmaron que una madre conectada con la realidad —o sea, no psicótica— expresará estos sentimientos como ansiedades maternas referidas a la integridad física y viabilidad del bebé o como temores relativos a fantasías relacionadas con la sustitución del niño.

Oiberman (2008) afirmó que las distintas etapas de la evolución del niño pequeño tienen su correlato en la realidad psíquica de la madre. Para la madre constituye un momento crítico la separación corporal impuesta por el parto, ya que el niño ha estado integrado, hasta ese momento, a su imagen corporal. En este sentido, la lactancia es un proceso que permite continuar con esa integración corporal. El destete posterior implicará una ruptura para la madre. Lo mismo ocurrirá con el comienzo de la locomoción en el niño, momento en el que el bebé puede alejarse del cuerpo de la madre por voluntad y medios propios. Las distintas consecuciones evolutivas que conducen al hijo a una independencia creciente tienen su correlato en la psiquis de la madre. Spitz y Cobliner (1969) señalaron que se han tratado de aplicar a este vínculo madre-niño distintos nombres, ya que se trata de una relación sumamente particular que se halla aislada relativamente de lo que la rodea y unida entre sí por lazos afectivos

singularmente intensos y poderosos. Por otra parte, es evidente la disparidad entre los protagonistas de este vínculo especial que el autor denominó díada. El niño presenta un Yo incipiente y rudimentario. Por eso mismo, Winnicott (1971) señaló la importancia del funcionamiento de la mamá como Yo auxiliar del bebé a fin de compensar la inmadurez psíquica de éste.

#### **4.1. La relación materno-filial en los distintos contextos histórico-sociales**

Se puede decir que la maternidad no es un hecho natural, sino una construcción cultural multideterminada, definida y organizada por reglas que se desprenden de las necesidades de un grupo social determinado y de una época específica de su historia. Se trata de un fenómeno complejo, atravesado por discursos y prácticas socioculturales que conforman un imaginario social. Éste tiene en la actualidad, como ideas rectoras, dos variables que lo sostienen y a las que diversos autores (Badinter, 1980; Knibiehler, 2001) atribuyen un valor de esencia: el amor maternal y el instinto materno. Se parte, entonces, del supuesto de que la naturaleza femenina se enraiza en una biología que asegura ambos elementos. Consecuentemente, la maternidad es entendida como un hecho que se presenta aislado e independiente del contexto histórico y cultural, y cuyo significado es unívoco e invariante. Actualmente, y en contraposición con este imaginario social, existen trabajos que intentan presentar a la maternidad como un suceso en movimiento cuyo sentido y aspecto fenomenológico va variando conforme varía el contexto histórico social y cultural. En consecuencia, podría afirmarse que las madres poseen una historia y, por lo tanto, la maternidad deja de comprenderse como un hecho de la naturaleza meramente, universal y atemporal, sino como un componente de la cultura humana y en constante evolución.

Knibielher (2001) señala que la palabra “maternidad” no existía en la Antigüedad, ni en griego ni en latín. Su aparición como vocablo es registrada a partir del siglo XII. Aparece el término *maternitas* acompañado del término *paternitas* por parte de clérigos. Éstos lo utilizaron para caracterizar la función cumplida por la Iglesia. Según la autora, en un momento de gran expansión del culto a la Virgen María, aparece la necesidad de dar una dimensión espiritual a la maternidad despreciando la maternidad carnal de Eva. En ese contexto histórico sitúa Knibielher el surgimiento de la idea del amor maternal como algo intrínsecamente femenino.

Desde una perspectiva cultural, afirma Palomar Vereá (2005) que tanto los cuidados cuanto la atención dados a los niños están íntimamente relacionados, en los distintos grupos sociales, con la organización cultural amplia que contiene el principio simbólico del género, las concepciones de lo femenino y lo masculino y las distintas creencias con relación a lo que determina la diferencia entre varones y mujeres. Se puede afirmar que, a excepción del parto y la lactancia materna, todo lo concerniente al cuidado, crianza y formación de los niños es modificado en relación con el contexto de valores de género predominantes en cada cultura.

En la actualidad, se está registrando una profusión de intensa transformación de los vínculos humanos; se muestran con nuevos y distintos contenidos que los hacen más frágiles y ambiguos. Bauman (2005) afirma que los hijos son un objeto de consumo emocional y, como tales, sirven para satisfacer necesidades. Estas necesidades insatisfechas, que se pretenden cumplimentar en los hijos, producen lo que el autor llama “las dolencias líquidas modernas”, generadoras de dolorosos e indeseables efectos sociales. Basados en sus conceptualizaciones, hemos desarrollado el concepto de “amor sintético” (Menna & Pommorsky, 2013) aplicable a la relación madre-hijo. Estos modos sintéticos de vincularidad no responden a los sentimientos, sino a un molde. Es

oportuno incluir la idea de mandato para pensarla en el molde del amor sintético, aunque no se restringe a un mandato. El mandato contiene generalmente una prescripción doctrinal que puede asentarse en la tradición.

Tampoco se puede decir que el amor sintético se basa en la costumbre. Ésta responde a un vínculo semiológico con necesidades sociales y culturales en un momento determinado. Más que a la costumbre, el mandato o la tradición, el amor sintético responde a la moda. Brinda la seguridad de estar “*in*”, puede favorecer el ajuste a mandatos, pero no necesariamente, ya que veces está a la moda oponerse a mandatos. Ofrece, además, la fantasía de la certidumbre: estar “*in*” es más importante que una existencia auténtica. Preserva a los padres de la soledad en una realización que no es auténtica, sino un producto de molde, sintético, un “como si”. Este molde relacional es rígido. Una vez moldeada, la relación madre-hijo toma definitivamente su forma estandarizada, y esa forma perfecta es más importante que el contenido. El amor sintético es un amor a las formas, vacío de contenido, vacío de sensibilidad (*ibid.*).

El constructo teórico “maternidad” resulta, a lo largo de la historia, un complejo conjunto de creencias y significados en constante evolución, influidos por factores culturales y sociales. Estas transformaciones han surgido sobre la base de las ideas en torno a la mujer, a la procreación y a la crianza predominantes en cada momento histórico. Siendo la maternidad un concepto propio del espacio social, su interpretación y repercusión en la vivencia individual de la mujer es altamente significativa. Se puede afirmar que ha sido, y es, una investidura sumamente cargada de significado con relación a la autodefinición y autoevaluación de cada mujer. Resulta relevante considerar la maternidad como un proceso que se desarrolla en el tiempo, ya que una comprensión histórica del concepto aporta un panorama de las numerosas vicisitudes

que ha afrontado y los significados que la maternidad ha tomado en el pasado. También abre una perspectiva evolutiva hacia el futuro (*ibid.*).

En la Antigüedad, la participación del padre en la procreación era ignorada; paralelamente, era evidente la de la mujer. A la madre se la atribuía la generación, conservación y alimentación del niño en su seno. Era quien transmitía, hacía proliferar la vida de su clan en el mundo visible. En este contexto histórico, el universo es comprendido por el hombre primitivo como una Madre bondadosa y dadora, y la tierra, en su fertilidad, representa a la mujer. Este primer ordenamiento que hace el hombre del mundo se encuentra regido por un principio de vinculación social solidario que, por lo tanto, no se basa en modelos de dominación. Esta cultura arcaica es derribada por la aparición de invasiones de pueblos guerreros y la concomitante dominación a pueblos más pacíficos, que impone un modelo dominador patriarcal (Kniebelher, 2001).

En la mitología griega, las diosas vírgenes (Artemisa, Atenea y Hestia) representan la cualidad de la independencia y la idoneidad para hallar el sentido a las cosas de la vida. Ellas acrecientan los atributos femeninos adicionando la competencia y la autosuficiencia. Por otro lado, las diosas vulnerables (Hera, Démeter y Perséfone) representan los papeles tradicionales de esposa, madre e hija, y reflejan las necesidades de dependencia, comunión y vinculación. Estas diosas son vejadas, oprimidas o avasalladas por dioses masculinos. En este contexto, la mujer virtuosa es la esposa fiel, sometida al esposo. Démeter, diosa de las cosechas, simboliza la maternidad. Su carácter está dado por es la generosidad que se expresa en el cuidado y nutrición de otros. En la antigua Grecia, se transforma la visión original de la procreación: se sostiene que es el padre quien engendra, mientras la madre es la nodriza del germen depositado en su vientre (*ibid.*).

Por su parte, la teología cristiana, con sus raíces en el judaísmo, tiene hondas derivaciones en la historia de la mujer y la maternidad. El primero de estos efectos proviene del Génesis, que muestra una imagen de Eva, la primera mujer, vulnerable a la tentación y culpable de la desventura de Adán, el primer hombre. San Pablo, en el Nuevo Testamento, establece la jerarquía del hombre sobre la mujer. El esposo recibe de Dios un legado de poder. Entonces, la Iglesia enfatiza la subordinación de la mujer al esposo. Posteriormente, en el siglo IV, con la influencia de San Agustín, la mujer aparece ligada a un símbolo del mal. Este conjunto de concepciones van constituyendo un marco de significados de lo femenino y lo maternal. Hablan de la necesidad de una purificación para que la mujer pueda ser parte de la sociedad, ya que ella es imprescindible para su prosperidad. En este contexto, la mujer casta, sumisa y obediente, entregada con devoción al cuidado de sus hijos, ofrece un marco para ensalzar lo femenino, indispensable para la vida y el orden en la sociedad. La figura de la Virgen María representa esta fuerte revalorización de la mujer (Micolta León, 2011).

Durante la Edad Media, entre los siglos IX y XIV, en Europa ha tenido lugar uno de los períodos más misóginos de la historia. Aparece una valoración extrema de la virginidad. Parece haber en la cultura de ese momento, sobre todo en los varones, una aversión a la realidad biológica del nacimiento humano. Esto hace que se exacerbe la virginidad como virtud. Con la virginidad se puede prevenir la concepción, considerada un atentado al pudor, y el nacimiento, considerado un atentado a la vida. Con respecto a la maternidad, se considera que la obligación primordial de la mujer respecto a la prole es la de traerla al mundo, engendrar hijos de modo continuado. La esterilidad es vivida, por lo tanto, como condenación (Palomar Vereza, 2005).

El amor de las madres a los hijos es visto como algo indubitable y dado naturalmente. El papel pedagógico que se le asigna a la madre es prácticamente nulo.

Una vez que el niño supera la edad de la primera infancia, en la cual el cuidado materno es casi irremplazable, la atención del niño tiende a quedar a cargo del padre. La educación de los hijos es una responsabilidad paterna (*ibid.*).

Antes de la Revolución Francesa, la maternidad es vista como función procreadora y no como un compromiso con las necesidades de afecto en el niño. Las madres sólo engendran y paren a sus hijos. De la crianza se encarga la nodriza. Al respecto, ha comentado Foucault (1991) que durante el siglo XVII se había generado en torno a la vida familiar un circuito que hacía que los niños nacieran temporalmente muy próximos. Sucedió que la tradición médica y popular planteaba que una mujer, cuando estuviera criando, no tenía ya derecho a tener relaciones sexuales, ya que, de tenerlas su leche se echaría a perder. Es entonces cuando las mujeres, sobre todo las ricas, para poder guardar a sus maridos entregándose sexualmente, enviaban sus hijos a una nodriza. Se gesta una verdadera industria de la lactancia. Las mujeres pobres criaban niños para ganar dinero. No existía ningún medio para verificar cómo se educaba al niño, ni siquiera si el niño estaba vivo o muerto. Así, las nodrizas, y sobre todo los intermediarios entre las nodrizas y los padres, solían aprovecharse de esta circunstancia. Muchas seguían percibiendo la pensión de un bebé que ya había muerto. El autor aporta un dato escalofriante: algunas nodrizas alcanzaron el récord de diecinueve bebés muertos sobre veinte que se les habían confiado. En este contexto y para restablecer un poco el orden, se estimuló a las madres a que criaran a sus hijos. Desde la comunidad médica se hizo caer la incompatibilidad entre las relaciones sexuales y la crianza. La condición era que las mujeres volvieran a quedar embarazadas inmediatamente. Esto hacía que las madres pudieran amamantar períodos más cortos. Es también la época en que se inventa el biberón moderno, precisamente, 1876 —el significado de “biberón” es

la traducción francesa de la manera de amamantar los niños con la mano cuando faltan las nodrizas; fue creación del italiano Baldini—.

Posteriormente, entre los siglos XVII y XVIII, se genera un cambio en la clase burguesa y aristocrática europea. Se empieza a considerar al niño como inocente y necesitado de protección. Rousseau (citado en Bedía, 2012) imprime el sello de objetivo central de la vida de una mujer a la maternidad, abonando teorías biológicas de la maternidad como instintiva. Los principios de crianza son responsabilidad de los padres, la Iglesia y la comunidad. Las madres no participan en la crianza, ya que las mujeres son valoradas por su fertilidad y no por su capacidad para criar niños.

En 1650, Harvey descubre el óvulo femenino, que es descrito como un huevo producido por la mujer que es pasible de ser fecundado por el semen masculino. Aquí aparece la idea de que ambos sexos se constituyen como complementarios. La sexualidad femenina comienza a ser valorada y se comienza el proceso histórico de la veneración materna (Oiberman, 2004).

Durante el siglo XVII, el culto a la Virgen María pasa a ser una veneración por la maternidad, y toda mujer adquiere valor social como posible futura madre. A partir de este descubrimiento que vincula a la mujer con la reproducción y su valoración, comienzan a perder fuerza las ideas que conciben a la mujer como un hombre inacabado (Micolta León, 2011).

Con el advenimiento de la Revolución Industrial aparecen las diferencias entre el ámbito privado del hogar y el público del trabajo. Los hombres se vinculan a la vida pública, mientras que las mujeres se mantienen en el dominio privado del hogar. Es entonces cuando la mujer como encargada del hogar queda a cargo de la crianza de los hijos (Oiberman, 2004).

Hacia fines del siglo XIX, debido a los grandes avances de la ciencia, sus métodos empiezan a dominar la medicina, la vida pública y doméstica. Consecuencia de ello es que las mujeres pierden su papel como proveedoras de cuidados en la familia. Entonces, los instintos y cuidados maternos parecen ya ser deficientes. Las madres comienzan a ser consideradas como incompetentes para el cuidado de los niños. Al ser consideradas indulgentes, irracionales y emotivas, o sea ineptas para la crianza, deben ser formadas para esta tarea. A la tarea de crianza se suman los esfuerzos del Estado: técnicas científicas, leyes de escolaridad, movimiento de los jardines infantiles, tribunales de menores (*ibid.*).

A comienzos del siglo XX, aparece en la sociedad una valoración simultánea del hogar y la maternidad. Surge un culto a lo hogareño. Las mujeres madres están protegidas en este contexto reservado, individual, bajo creencias de la maternidad como moral: la madre tiene como tarea ofrecer apoyo moral y emocional a sus esposo e hijos. De esta manera, colabora en la formación de una sociedad moralmente más sana. La madre aparece como guardiana de la moral. Desde esta perspectiva —afirma Hays (1998)—, la maternidad es vista como una importante posición social por su contribución al bienestar general de la comunidad. La crianza comienza a ser concebida así como una tarea exclusiva de aquella que mejor la cumple: la madre individual. Esto se resume en la ideología de la “maternidad exclusiva”. La presencia exclusiva y constante de la madre es irremplazable para dar al niño una experiencia temprana constructiva. En este modelo de maternidad, el padre no es directamente importante. Se enlaza esta concepción con otra creencia, la “maternidad intensiva”. Ésta aparece como compromiso que requiere de la madre dedicación total, gran gasto de energía y recursos, idoneidad para la tarea de la crianza, observación constante de su propio

comportamiento y subordinación de los propios deseos. Es una tarea sumamente sacrificada, pero que ofrece como recompensa su realización personal (*ibid.*).

La atención materna, hasta ahora puesta en el desarrollo del carácter moral del niño, va ampliándose en una preocupación por su desarrollo físico, emotivo, cognitivo y conductual. Aquí se ve la relevancia e influencia en la vida doméstica y en la crianza de los niños de las teorías psicoanalíticas acerca de la relación madre-hijo y el desarrollo del niño, los desarrollos de piagetianos acerca del desarrollo del infante y la teoría del apego. Estos avances teóricos contribuyen a dar suma importancia a la madre en el desarrollo sano del niño. Con el desarrollo de la teoría del apego (Bowlby, 1954), se pone de manifiesto que las primeras relaciones entre el niño y el adulto encargado de su atención son críticas y trascendentales en la construcción del tipo de relación afectiva que ese niño tendrá como adulto con otros. Desde este enfoque, las cualidades sanas y funcionales de vinculación y respuesta emocional en la vida adulta resultan de una buena calidad de cuidado materno. En este sentido, la experiencia del niño con sus adultos significativos tiene un rol fundamental en la habilidad posterior del niño para establecer vínculos afectivos; por lo tanto, una de las funciones principales de los padres sería proporcionar al niño una base segura para, desde allí, animarlo a salir al mundo y a relacionarse con otros. De esto se desprende que es importante que el niño pueda depender de sus figuras de apego. Pero también que éstas puedan contener, proteger o estimular al niño cuando sea necesario. La relación que se establezca entre el cuidador y el niño será indicador de la calidad del vínculo. Esto último se relaciona con lo que Bowlby (1980) presentó como “modelos operantes internos”: las ideas que posee el niño acerca de sí mismo y de los otros, que le posibilitan anticipar, interpretar y responder a la conducta de sus figuras significativas. Esto es viable porque integran vivencias presentes y pasadas en esquemas cognitivos y emocionales. Asimismo, Fonagy *et al.*

(2002) señalan que a partir de experiencias reiteradas con sus figuras de apego, los niños conciben ideas en cuanto a la naturaleza de las relaciones con otros.

Por otra parte, rasgos de personalidad disfuncionales o trastornos emocionales de la madre tendrían repercusiones negativas en el desarrollo de los niños. Desde una perspectiva causal, se desprende que factores maternos y de crianza contribuyen a asociar significados de alta responsabilidad, fuerza e incidencia a la tarea que asume una mujer con la maternidad (Oberman, 2004).

Según Hays (1998), este paradigma de maternidad —dado por la aparición y participación en la crianza de la ciencia psicológica— tiene una doble dimensión, ya que, por una parte, atribuye gran responsabilidad a la función materna, y, por otra, plantea una especie de intromisión o adueñamiento de las funciones parentales por parte de los expertos. Consecuentemente, se establecen criterios acerca de lo que es ser buena o mala madre. Se origina, entonces, la ideología de la “madre omnipotente”. Ésta es, por un lado, la madre idealizada, que puede lograr resultados inmejorables. Y por otro, la culpable de resultados adversos en el desarrollo y los concomitantes desórdenes psicológicos individuales.

En este contexto de considerar a la madre como figura idealizada aparece implícita la fusión entre mujer y madre. La maternidad aparece como un objetivo central en la vida de las mujeres y, consecuentemente, la naturaleza femenina es condición para la maternidad. Se atribuye a la mujer una capacidad natural de empatía, de sentir y dar amor. Otra derivación de esta concepción de la maternidad omnipotente es la madre asexuada. Al encontrarse fusionada la mujer con la madre, no es posible la vida sexual ajena a la maternidad. Se rechaza la idea de que la vida sexual de la mujer sea un fin en sí mismo. Un indicador de esta desexualización de la maternidad estaría dado por la falta de discusión sobre cómo la madre concibió a su hijo. En inglés, la expresión *single*

*mother* ('madre singular') parece negar implícitamente la condición de estar en relación con otro. Esto la llevaría a una forma viciada de maternidad que existe sin paternidad. Esto es planteado por Freud (1992 [1905]) cuando afirma que el niño, al descubrir en el complejo de Edipo que la madre desea al padre, divide la imagen entre la madre casta y la prostituta. Por lo tanto, la madre aparece como mujer asexualada.

Paralelamente, surge el paradigma de crianza que considera a los niños inocentes y al amor materno como factor nuclear de la crianza. Se propone que sean los niños quienes establezcan sus ritmos de alimentación y sueño en función de sus necesidades. La obediencia estricta no es recomendable y la educación no debe ser demasiado inflexible. Afirma Hays (1998) que este momento —que puede decirse que dura hasta la actualidad— está signado por la opinión de los expertos que tienen gran influencia en esta visión de la crianza de mediados del siglo XX, que propone, basándose en el amor materno, consentir que el niño tenga amplia holgura para manifestar sus deseos y necesidades.

En los últimos años se han dejado los criterios de crianza de la primera mitad del siglo XX que se basaban en un modelo disciplinario de lo permitido y lo prohibido. Aparecen visiones más amplias de la realidad, y un marcado fomento por la libertad de elección y la realización personal. En relación con la maternidad, se origina una zona de conflicto entre crianza intensiva del niño y las demandas generadas en relaciones impersonales y competitivas que apuntan a la búsqueda de ganancias individuales. En este contexto, la maternidad empieza a ser contraria a la realización personal. Se hace necesario planificar la maternidad, postergándola, y disminuir el número de hijos en función de las demandas que pesan actualmente sobre la mujer. La crianza propiamente dicha está comenzando a ser considerada como una tarea colectiva. Aparecen nuevas formas de definir roles parentales y de género en la familia (Palomar Vereá, 2005).

Esta complejización de las ideas en torno a la maternidad y la ampliación de posibilidades para la mujer hacen que se pueda considerar a la función materna escasamente constructiva y menos atractiva que en otras épocas. Ya no es un rol que valoriza a la mujer, y muchas veces los propios hijos empiezan a ser vistos como carga y considerados como obstáculos para la realización profesional. Por otra parte, las problemáticas que vive la infancia y la juventud actual, en alarmante crecimiento, tales como problemas conductuales y de desarrollo, violencia, adicciones con sustancias y sin ellas, y sexualidad precoz, ya no son atribuidas a una falla materna. En este sentido, puede decirse que reaparece la concepción del niño como no inocente. A consecuencia de ello, el adulto puede sentirse amenazado, desconfiado, conflictuado entre tomar acciones de cuidado, entrega, provisión y cercanía, o defensa, castigo y distancia (*ibid.*).

Ehrenberg (2000) afirma que la aparición de sentimientos de insuficiencia en cuanto al desempeño del rol parental puede ser considerada una consecuencia psicológica de la posmodernidad. Sin embargo, no relaciona este fenómeno directamente con condiciones sociales, sino más bien, considera que se origina por una tendencia a dar prioridad a la iniciativa y acción individual. Para el autor, la propia identidad se encuentra amenazada por un cambio de paradigma que vira desde el lenguaje normativo de principios del siglo XX a otro de posibilidad. El individuo se ha liberado, al menos en apariencia, de las limitaciones impuestas por las normas culturales, pero sigue atrapado en la dicotomía entre lo posible y lo imposible.

Una consecuencia de estos fenómenos descritos por Ehrenberg (2000) en las madres es la depresión, entendida como una respuesta a la sensación de insuficiencia frente a responsabilidades muy arduas de sobrellevar. Pesa sobre la mujer la particular situación en la que se halla: ha arribado a una conquista de derechos que plantean un horizonte lleno de posibilidades de realización personal, pero que implica también una

enorme carga dada por las exigencias que plantea la maternidad. El autor afirma que existe una nueva estructura social caracterizada por un debilitamiento en los vínculos sociales que se han tornado más diversos y más superficiales. Existe, paralelamente, un desdibujamiento de los límites entre el ámbito de lo público y el de lo privado. En relación con la crianza, han aparecido distintas instituciones (de salud, administración pública, social y legal) que de algún modo se introducen en la vida individual y las relaciones familiares, reemplazando o complementando funciones que anteriormente eran realizadas únicamente en el ámbito privado o doméstico. Estas instituciones construyen nuevas formas de acción social que satisfacen necesidades no cubiertas suficientemente por los roles parentales tradicionales.

La mujer-madre posmoderna se desempeña simultáneamente en el ámbito privado y público, en condiciones de intensa competencia e individualismo con valores muy contrarios a los presentes en décadas anteriores, cuando la investidura de madre era central y dadora de identidad. No obstante, la noción de maternidad no logra unificar significados integrados y congruentes, ya que, por un lado, se enfatiza una función cargada de responsabilidad individual, y por otro, nuevas posibilidades de experiencia y autorrealización para la mujer en el ámbito profesional y laboral. Las representaciones sociales con relación a la maternidad continúan fuertemente asociadas a concepciones provenientes de la era moderna normativa, con un paradigma de maternidad caracterizado por ser omnipotente e intensiva. En este sentido, Medina Bravo, Figueras-Maz y Gómez-Puertas (2014) plantean que el modelo de maternidad intensiva de Hays (1998) se sostiene fuertemente desde las revistas dedicadas a maternidad, embarazo y crianza, con la consiguiente repercusión en la representación social de maternidad, ya que este ideal de perfección maternal implica un enorme peso emocional al depositar la tarea de la crianza únicamente en la mujer-madre. Surge entonces un conflicto entre la

mujer que aparece abriéndose paso hacia nuevos valores de autorrealización y satisfacción personal, en que la función materna parece relegada, y la madre con funciones de procreación, nutrición, crianza y educación intensivas. Pareciera una disyuntiva sin salida: madre versus mujer, que, según afirma Ehrenberg (2000), se genera en una concepción de maternidad rígida, omnipotente, exclusiva e intensiva.

#### **4.2. Concepto de vínculo**

El vocablo “vínculo” proviene del latín y significa ‘atadura’. Se puede decir que un vínculo es una ligadura o relación muy estrecha entre dos personas. Esto implica necesariamente que la modificación de una de las partes de este imbricado lazo provoca y conduce a la modificación de la otra. La relación así descrita incluye la comunicación, lo que acontece permanentemente entre madre e hijo. Hasta podría afirmarse que el vínculo madre-hijo es el producto de un proceso comunicacional permanente y continuo (Oberman, 2008).

Por su parte, Berenstein (1991) describió vínculo como toda ligadura emocional estable entre dos seres. Distinguió en esta unión tres áreas: una intrasubjetiva también llamada intrapsíquica, otra intersubjetiva o interpersonal, y la tercera, transubjetiva o social. La primera se caracteriza por nutrirse de relaciones objetales consideradas estables y tendientes a perpetuarse. Son, de todos modos, susceptibles de sufrir modificaciones relacionadas con experiencias personales trascendentes. El área intersubjetiva se singulariza por la existencia de uniones estables entre dos sujetos, como la pareja, los hermanos o padres e hijos. Aquí las acciones comunicacionales se rigen por la búsqueda de reciprocidad. Por último, el término “transubjetiva” remite a las representaciones relacionadas con la ideología, religiosidad y ética. Aquí se ubican las uniones socioculturales relacionadas con el sentimiento de pertenencia. Por otra

parte, los significados que surgen de lo transubjetivo invisten tanto a lo intrapsíquico como a lo intersubjetivo. Las leyes, tanto las normas de ética como el discurso social al cual pertenecen, imponen su carácter a través de situaciones traumáticas o de aceptación cultural.

El autor ha observado dos tipos de configuraciones vinculares: las simétricas y las asimétricas. En las primeras, los componentes del vínculo presentarán necesariamente niveles similares de maduración psíquica. La relación madre-hijo es asimétrica, ya que sus miembros poseen distinto grado de maduración psíquica.

Vives (1991), por su parte, afirmó que el vínculo madre-niño se establece en un período no verbal de uno de sus miembros. Comienza a establecerse durante la gestación, momento en que la madre percibe los movimientos fetales, y se formaliza en el momento del nacimiento en lo que el autor denominó “internalización en ambos miembros de la díada”. Este proceso implica el atravesamiento de múltiples vicisitudes. En este sentido, Rossel (2004) describió el vínculo madre-hijo como una conducta predecible y que tiene lugar en etapas secuenciadas. La primera de estas etapas de vinculación afectiva ocurre durante el período prenatal. Durante la gestación y los momentos previos al parto, la madre se encuentra ansiosa y cargada de expectativas con respecto a su hijo. Ese afecto que se ha ido formando a lo largo del período gestacional tomará forma tangible con el nacimiento del bebé. Se idealiza al bebé y la madre fantasea sobre la vida del futuro hijo. Se produce lo que el autor denomina “enamoramamiento de la idea del bebé ideal”. La segunda etapa en este proceso de vinculación comienza en el momento del parto e inmediatamente posterior. La madre toma en este momento y por primera vez contacto real y directo con el niño. El neonato de término posee la capacidad innata de buscar el pezón y succionar firmemente. Este evento, que se produce en las primeras horas de vida (salvo en casos en que ha habido

complicaciones durante el parto), resulta de vital importancia en esta creciente vinculación afectiva, ya que es en ese preciso momento cuando se producen en la madre crecientes descargas de oxitocina a nivel cerebral, se elevan los niveles plasmáticos de opiodes endógenos, lo que desencadena un estado de somnolencia y ansiedad, con consecuente elevado umbral para el dolor. En medio de un estado emocional muy particular, la madre, al ver y sentir a su hijo, completa y consolida la fase de enamoramiento que se hubo iniciado en la fase de embarazo.

Posteriormente, pasado el momento del parto y alumbramiento comienza el tercer período de vinculación. Es el período más largo con mayores saltos evolutivos, durante el cual se refuerzan los lazos afectivos que se establecieron en un primer momento; comienza así el proceso de apego, caracterizado por la interacción de ambas partes de la díada madre-hijo.

En tanto el vínculo madre-hijo es una íntima unión que implica un proceso comunicacional e interaccional permanente, resulta pertinente recurrir a la clasificación realizada por Soulé (1970). El autor consideró que pueden describirse distintos niveles en la interacción madre-niño. En primer lugar, detalló un nivel biológico de interacción, considerando que la gestación no sería un fenómeno natural, sino que implicaría un sistema conflictual. Al producirse la implantación del huevo fecundado, éste, convertido en mórula, para sobrevivir genera sustancias que contrarrestan las que el cuerpo materno segregaría para protegerse de un cuerpo extraño. El embrión seguirá creciendo, en parte, merced a su propia lucha —muchas veces manifiesta por parte de la madre—. También refirió a un nivel instintivo de interacción que hace referencia a las competencias interactivas que poseen tanto la madre como el bebé. Éstas serían innatas, como acervo filogenético de la especie. Esto puede observarse durante el período de lactancia, cuando al percibir la madre el llanto del niño por hambre, se desencadena en

sus pechos la secreción de leche. Otro nivel interaccional es el imaginario. Por último, Soulé (1970) describió el nivel de interacción inconsciente o fantasmática: partiendo de la observable relación en el plano consciente, extrapoló sentimientos inconscientes profundos que la madre tiene por su niño.

Oberman (2004) señaló la importancia de contemplar tanto el nivel manifiesto como el fantasmático a fin de comprender el origen de patologías. Lebovici (1996), por su parte, señaló que el psiquismo del niño y el de su madre se ven definidos por la relación intesubjetiva. La diferencia entre uno y otro reside en que el niño vive en un mundo sensorial; carece de la vida perceptiva que posee su madre. Eso lo hace depender completamente de los cuidados de su progenitora. No obstante, esta necesidad del bebé de su mamá le confiere a ella el estatus de madre. En este sentido, las capacidades precoces del neonato adquieren significado sólo dentro de esta relación interactiva.

Lebovici (1996) introdujo dentro de las interacciones fantasmáticas la influencia del peso transgeneracional. Además de lo que ella experimenta como madre, incorpora en los cuidados maternos su experiencia como hija de sus padres. Así, al sostener a su niño en brazos, la madre, inconscientemente, abraza al bebé imaginado durante el embarazo, al hijo de sus fantasías infantiles e inconscientes y al bebé real que es producto de la interacción entre ambos.

#### **4.2.1. Modelos explicativos: desde el modelo unidireccional hacia el concepto de vínculo como interaccional**

En un recorrido histórico por las distintas concepciones acerca de la relación madre-bebé, Oberman (2008) afirmó que los primeros desarrollos teóricos al respecto planteaban que el niño es un objeto pasivo sobre el que la madre ejerce su influencia. En este marco, Watson (1925) planteó que el niño es modelado por su entorno, y que su

desarrollo está determinado por las influencias que ejerce el medio sobre él. El autor describía metafóricamente al niño como un bloque de arcilla dispuesto para ser modelado por sus padres. El neonato era concebido como un ser desorganizado por completo y pasivo receptor de la educación.

Spitz & Cobliner (1969) pusieron el acento en la influencia del tipo de presencia materna, así como en el ambiente, en la etiología de trastornos en el desarrollo saludable del niño. Para el autor, los primeros meses de vida extrauterina constituyen una etapa de indiferenciación con el entorno. La percepción, la actividad del bebé y sus funciones no están aún suficientemente organizadas. El niño no puede distinguir yo-no yo, tampoco dentro y fuera. En este sentido, el medio que lo circunda es vivido como una parte de sí. Hay un débil registro de los estímulos exteriores. El recién nacido responde fundamentalmente a sus estímulos internos. En los primeros momentos de la vida extrauterina se ponen en acción los reflejos innatos que denotan que las reacciones del pequeño están íntimamente ligadas a tendencias instintivas, tales como la nutrición y la reacción simple de defensa. Sería la madre quien comenzaría a coadyuvar a construir gradualmente una imagen del mundo otorgándole sentido y significación a las desordenadas sensaciones del niño. La madre, un ser humano con una individualidad lograda y madura, es la figura primordial que ordena, orienta y contiene al niño, cuya individualidad se está desplegando progresivamente.

A partir de las aportaciones de Herbinet y Busnel (1990, citados en Oiberman, 2008), se produjo un cambio en este sentido. El bebé dejó de ser considerado un ser pasivo, desorganizado e informe que se presta a ser formado por el influjo de los adultos y el ambiente que lo rodean para comenzar a ser considerado un ser complejo, dotado de capacidades y activo en su relación con los adultos y el ambiente.

Al respecto, Brazelton (1983) afirmó que el ser humano nace equipado emocional y cognitivamente. Refiere, con relación a esta afirmación, que la existencia de distintos exámenes que permiten evaluar las repuestas del feto a diversos estímulos auditivos o visuales demuestran que el niño en gestación puede habituarse a estímulos desagradables o activarse como respuesta a estímulos preferenciales. Un niño, al nacer, presenta una marcada coordinación intersensorial, así como la capacidad para relacionarse con cierto orden con los estímulos que provienen del mundo exterior.

A partir de estas conceptualizaciones, se comenzó a investigar acerca de la posible influencia que tendrían los distintos comportamientos del niño sobre los padres y los adultos que interactúan con él. En este sentido, se ha afirmado que las características y capacidades innatas del niño tienen un papel fundamental en el establecimiento y desenvolvimiento de la relación con sus padres. Burlingham (1964) y Fraiberg y Freedman (1964), en sus investigaciones sobre niños con ceguera congénita, por una parte, y Klaus y Kennell (1979), con sus trabajos con bebés prematuros, por otra, abonaron estos desarrollos afirmando que el niño contribuye activamente en sus relaciones con sus padres y entorno, y que puede producir también alteraciones en ellas.

En este sentido, Oiberman (2008) afirma que autores como Brazelton (1983) otorgan un peso casi exclusivo a la influencia de las peculiaridades del niño sobre el adulto significativo, frecuentemente en detrimento del condicionamiento recíproco. Este último autor parte de la idea de un neonato que cuenta con medios poderosos capaces de influenciar e incluso neutralizar a aquellos que lo rodean.

Los desarrollos basados en un modelo de causalidad lineal, considerando un conjunto de factores maternos o factores relacionados con competencias del niño, han dejado lugar a conceptualizaciones que afirman que el niño, su madre y el medio se influyen mutuamente en un proceso dialéctico de desarrollo y cambio.

Gradualmente, los estudios posteriores a la década de los años ochenta del siglo pasado fueron poniendo énfasis en la relación madre-hijo o bebé-entorno como procesos bidireccionales. Comenzó a considerarse al niño integrante de un sistema interaccional (Emde, 1983; Kaye, 1986).

Al referirse a sistema interaccional, los distintos autores indican que las interacciones que se producen en la díada madre-hijo son más que la suma de las respuestas o estímulos producidos por cada uno de los integrantes considerados de forma independiente. El concepto proviene de la teoría general de los sistemas (Von Bertalanffy, 1981). Según ésta, los organismos vivos son descritos como sistemas abiertos y cerrados simultánea y dialécticamente. En este sentido, las relaciones entre los organismos vivos son consideradas interacciones determinadas y programadas genéticamente y a la vez condicionadas por las modificaciones sufridas por cada uno de los participantes. El autor señaló que el sistema es un todo, por lo tanto, sus componentes pueden ser descritos sólo en relación con la totalidad. En esta relación se pone en juego el concepto de homeostasis, ya que luego de las modificaciones producidas por los estímulos exteriores, el sistema tenderá a buscar nuevamente el equilibrio. En este sentido la causalidad es circular, no lineal.

El concepto de sistemas entró en el terreno de las investigaciones acerca de la primera infancia cuando los psicólogos y pediatras empezaron a considerar la relación madre-bebé como una díada en su conjunto. Kaye (1986) destacó que el comportamiento del niño pequeño en su interacción con personas y objetos de su entorno depende tanto de las conductas de la madre o adulto, y de los patrones de interacción que éste proponga, como de las competencias cognitivas intrínsecas de ese niño. El autor sostuvo que el cachorro humano nace social, pues su desarrollo depende, desde un principio, de la relación con otros humanos adultos y de los patrones de

interacción que pueda establecer con ellos. El niño entra gradualmente en esa interacción, que a su vez se retroalimenta dialécticamente. El pensamiento irá surgiendo como resultado de esa comunicación interpersonal.

El desarrollo de la mente humana descrito es, para el autor mencionado, universal en la especie humana y está determinado filogenéticamente. El pensamiento, el lenguaje, vienen en germen en el neonato para el posterior desarrollo y complejización. Esta preadaptación tiene un carácter sistémico, ya que se da una evolución conjunta del sistema que la madre forma con su hijo. Un ejemplo de ésta está dado por la transmisión y desarrollo del lenguaje.

El aporte de Kaye (1986) está dado principalmente por una comprensión sistémica del vínculo madre-hijo y la tesis de la evolución filogenética conjunta. Esto implica que la interacción con los adultos significativos tiene un rol fundamental para el desarrollo psíquico del niño. Para el autor, en este derrotero el cachorro humano se convierte en persona.

En relación con la importancia de este vínculo bidireccional, el autor señala que por medio de procesos empáticos que son eminentemente emocionales se transmiten de padres a hijos conocimientos y habilidades. Esta forma de transmitirlos es propia de la especie humana y se trata de un proceso social en el que participan padres e hijos. En este sentido, afirma que en este proceso es fundamental el manejo, por parte de los padres, de los niveles de activación del niño. Este manejo es correlativo a la transmisión de afecto. La sonrisa y la risa indican niveles óptimos de activación. El llanto y el apartar la mirada serían indicadores de sobreactivación. En consecuencia, se puede observar el surgimiento de trastornos en el desarrollo del niño si los adultos son insensibles, ansiosos o extremadamente sensibles. Esto provocaría que el bebé no pueda beneficiarse con la transmisión de información que los padres intentan hacer.

### **4.3. Relación madre-hijo y sus implicancias en el desarrollo del niño**

#### **4.3.1. Comunicación madre-hijo**

El vocablo “comunicar” proviene del término latino *munus* y significa ‘función o servicio público’. Etimológicamente, podría interpretarse como el hecho de hacer participar de algo a otros. En este sentido, la relación madre-hijo puede considerarse una serie de sucesos dinámicos que tienen lugar en un tiempo y un espacio.

Cabe considerar aquí que toda comunicación implica la transmisión a través de un canal de determinada información. Por otra parte, tanto el emisor como el receptor hacen permanentemente un trabajo de codificación y decodificación. Los componentes —la fuente y el destino— son diferentes en el tiempo y el espacio. En el caso de la comunicación entre la madre y su hijo, se hace patente la particularidad del sistema comunicacional dada por la heterogeneidad y disparidad entre sus componentes. El niño se expresa primordialmente, sobre todo en los primeros momentos de su vida extrauterina, con una modalidad somática. Esto se debe a la precariedad esperable que presenta su psiquismo. La madre, por su parte, se comunica con una forma primordialmente psicológica.

Spitz y Cobliner (1969) afirmaron que el origen de esta comunicación está en el acervo filogenético de la especie. Sobre esta base tiene lugar el desarrollo ontogenético. Ésto da a cada díada su carácter de unicidad y originalidad. La comunicación entre sus miembros se basa en un diálogo no verbal. Las investigaciones de Spitz y Cobliner indican que el aspecto más importante de la relación madre-infante es el clima afectivo. Sostienen que el diálogo continuo de estímulo y respuesta, movido por lo afectivo, que resulta mutuamente estimulante, proporciona el contexto en el que surgen las relaciones de objeto y las estructuras intrapsíquicas. Los autores plantean que este diálogo

comienza en la situación de amamantamiento, pero que rápidamente se extiende más allá de ella. Por otra parte, sugieren que estas primeras experiencias de alimentación deben ser consideradas como organizadoras de las primeras interacciones importantes con la madre. Este primitivo diálogo se da en términos de expresiones faciales no verbales, movimientos, vocalizaciones, interacciones lúdicas. Este conjunto de códigos constituye la base para el desarrollo de una forma de comunicación única, original y exclusiva del niño con la madre. Este sistema temprano de comunicación permitirá sostener, mantener y enriquecer mutuamente la dualidad madre-niño.

Los signos y señales percibidos por el bebé en los primeros meses de vida extrauterina pertenecen a las categorías de sensaciones corporales, tales como equilibrio, tensión muscular, temperatura, posición en que es sostenido, vibración, sensación de contacto, resonancia. Estas sensaciones resultan difíciles de captar conscientemente y de describir verbalmente por un adulto.

Soulé (1970) afirmó que las señales que la mamá dirige a su niño están dadas, en su mayoría, por su reacción a lo que recibe del bebé. Asimismo, sugirió que el niño es una especie de revelador de distintos conflictos inconscientes de la madre. Apoyan esta última teorización los trabajos de Subiela (2004) sobre trastornos psicossomáticos en niños pequeños.

Tal como se ha señalado precedentemente, la comunicación entre madre e hijo es permanente, por lo tanto, cobra primordial importancia el transcurso del tiempo. Esto se debe a que el bebé adquiere, día a día, nuevas competencias sensoriales y motrices que tienen repercusión en la madre. Ante cada nueva conducta del niño, la mamá debe adaptarse en su manera de responder. Por ello existe en cada uno de estos momentos lo que Oiberman (2008) denomina una transacción entre madre e hijo. Esto es una

búsqueda de equilibrio que conduce a la mamá y a su niño a un intercambio de informaciones.

#### **4.4. Modelos explicativos**

Además de los aportes hechos por el psicoanálisis freudiano y posfreudiano, que fueran desarrollados precedentemente, es oportuno profundizar en las aportaciones hechas por la teoría del apego, de Bowlby; y la teoría de los estilos parentales o de crianza, de Baumrind.

##### **4.4.1. Teoría del apego**

Bowlby (1954, 1968, 1980) afirma que el vínculo de un lactante y su madre tiene su origen en sistemas del comportamiento característicos de la especie humana. Éstos son, originariamente, relativamente independientes entre sí. Aparecen en momentos sucesivos, relacionados con la madre como objeto principal. Actúan vinculando dialécticamente a la madre y al niño. Estos sistemas de comportamiento que ligan primordialmente a la madre y al niño son: succionar, agarrar, llorar y sonreír. Estas conductas se activan cuando hay una separación o alejamiento de la figura de apego o cuando el niño percibe indicios de amenazas. Se ponen en marcha, precisamente, con el fin de restablecer la proximidad. En el curso del desarrollo evolucionan integrándose y, siempre centrados en la madre, forman el germen de la conducta de unión. Posteriormente sostiene que entre los 9 y 18 meses, los sistemas de comportamiento más simples se fusionan y forman sistemas dirigidos hacia una meta. El fin es siempre para el infante mantenerse cerca de su madre (Bowlby, 1969). Por lo tanto, esta conducta instintiva humana no es una pauta fija de comportamiento —tal como lo

plantean los etólogos— que se reproduce siempre de idéntica forma ante un determinado estímulo. Más bien se trata de un plan programado que corrige sus objetivos en una relación de retroalimentación con las condiciones del ambiente. En la construcción de su teoría, el autor integra constructos de campos de conocimiento diversos, a saber: de la teoría psicoanalítica, las relaciones objetales; de la ciencia etológica, la observación metódica de las conductas del niño y su madre; de la teoría de los sistemas, la descripción de los sistemas vinculares; y conceptos de las ciencias cognitivistas. Se trata de una teoría estructural que entiende el desarrollo humano como un proceso de construcción y transformación permanente (Sroufe, 1996).

Ainsworth *et al.* (1978), a partir del análisis de los datos recogidos en sus observaciones de díadas madre-hijo, aporta desarrollos trascendentales para el estudio de las diferencias cualitativas de la interacción madre-hijo y su consecuente influencia sobre la formación del apego. Señalan la enorme relevancia que tiene la sensibilidad de la madre en las demandas del bebé. Los autores describen tres patrones principales de apego: primero, pequeños que muestran apego seguro; éstos lloran poco y se muestran contentos cuando están en presencia de la madre. En segundo término, niños de apego inseguro; éstos lloran frecuentemente, incluso encontrándose en brazos de sus madres. Por último, niños que parecen no mostrar apego ni conductas especiales hacia sus madres (Bell & Ainsworth, 1972).

Esta clasificación de los tipos de apego descritos por Ainsworth es considerada en numerosas investigaciones sobre apego. No obstante, posteriormente (Main & Solomon, 1986) se ha establecido la existencia de un cuarto tipo de apego. Éste se ha denominado “inseguro desorganizado/desorientado”. Reúne numerosas características de los dos grupos de apego inseguro descritos por Ainsworth *et al.* (1978). Se trata de los pequeños

que manifiestan la mayor inseguridad, mostrando conductas confusas y contradictorias al reunirse con su madre tras la separación.

Basado en estas evidencias, posteriormente Bowlby (1980), plantea el constructo teórico llamado modelo interno activo o modelo representacional (*internal working model*). Éste es una representación mental de sí mismo y de los vínculos con otros que incluye componentes afectivos y cognitivos. Este modelo se construye a partir de las relaciones con las figuras de apego. Es, por otra parte, lo que le permite al niño captar e interpretar las acciones e intenciones de los otros y dirigir su conducta. Un aspecto fundamental de estos modelos es la idea de quiénes son las figuras de apego, dónde han de hallarse y qué se puede esperar de ellas. También permiten al niño pensarse a sí mismo, si es posible de ser amado por las figuras de apego. En este sentido, son el basamento de la propia identidad y de la autoestima.

#### **4.4.2. Teoría de los estilos parentales o de crianza**

Los autores que investigan la asociación entre la relación padres-hijo y el desarrollo del niño tienen diferentes miradas al trabajar con la primera variable. Resulta de gran relevancia, entonces, el estudio de estilos parentales realizado por Baumrind (1971). Se ha definido a los estilos parentales como diferentes estrategias para educar a los hijos. Se clasifican abarcando dos dimensiones: la exigencia y la calidez en el modo de criar. Al hablar de estrategias educativas parentales, se hace referencia a las tendencias generales de comportamiento, a las prácticas más frecuentes; ya los padres no suelen utilizar siempre las mismas estrategias con todos sus hijos ni en todas las situaciones. Por el contrario, dentro de un conjunto más o menos amplio de tácticas, los padres seleccionan con flexibilidad las pautas educativas que emplearán. De acuerdo a

las características predominantes en el conjunto disponible de pautas educativas, la autora clasificó los estilos de crianza o parentales de la siguiente manera:

1. Los estilos autoritarios de crianza se caracterizan por ser muy rígidos y estrictos. Los padres que practican este estilo de crianza imponen reglas inflexibles, expectativas altas para con el niño y exigen una obediencia rígida. El castigo es la forma más utilizada para asegurar la obediencia. Generalmente, no hay explicación de la pena, salvo que el niño esté en problemas y, en consecuencia, deba escuchar. Baumrind (1983) halló que los niños criados por padres con estilo autoritario eran menos alegres, más taciturnos y más vulnerables al estrés. Algunos de estos niños también demostraron hostilidad pasiva.

2. El estilo de crianza democrático se basa en el refuerzo positivo y el uso poco frecuente de la punición. Los padres presentan mayor empatía con sus niños. Son más conscientes de los sentimientos de sus hijos y de sus capacidades, y tienden al desarrollo de la autonomía del niño. Diversas investigaciones han concluido que este estilo de crianza es más generador de un desarrollo saludable en los niños (Capano & Ubach, 2013).

3. El estilo de crianza permisivo o indulgente se caracteriza por valorar o sobrevalorar la libertad del niño y su autonomía. Los padres tienden a basarse principalmente en el razonamiento y la explicación. Los castigos están menguados, ya que los padres apuntan a no poner restricciones a sus hijos. Los niños de padres permisivos suelen presentar escasos niveles de autocontrol y autoconfianza (Muñoz Silva, 2005).

Posteriormente, Maccoby y Martin (1983) reformularon el modelo presentado por Baumrind volviendo a interpretar las dimensiones y combinando los dos aspectos

fundamentales de la crianza: control o exigencia y afecto o sensibilidad. Describieron cuatro estilos educativos, que son los siguientes:

1. Estilo autoritario-recíproco: se caracteriza por tener grados de afecto y control altos. Se correspondería con el estilo democrático descrito por Baumrind (1983). Los padres que presentan este tipo de estilo son descritos como “padres con autoridad”.

2. Estilo autoritario-represivo: caracterizado por presentar un grado elevado de control y bajo de afecto. Es semejante al estilo autoritario. Los padres se definen como “padres autocráticos”.

3. Estilo permisivo-indulgente: presenta un nivel bajo de control y alto de afecto. La conducta parental hacia los hijos se caracteriza por la indiferencia ante sus actitudes y comportamientos, la permisividad y la pasividad; comparten las características del estilo permisivo descrito por Baumrind.

4. Estilo permisivo-negligente: se caracteriza por tener niveles bajos tanto de control como de afecto. Se lo asocia a un tipo de maltrato. Los padres presentan conductas con escasa o nula implicación afectiva en los asuntos de sus hijos, además de no asumir la tarea educativa con ellos. La permisividad propia de este estilo es debida a la falta de interés y la negligencia o la comodidad. En esta clasificación, es el estilo de crianza que más consecuencias negativas acarrea para los niños, los cuales presentan niveles bajos de autoestima, de capacidades cognitivas y de logros escolares (Murillo Casas, Priegue Camaño & Carmen Cambeiro Lourido, 2015).

Como afirmaron Palacios y Rodrigo (1998), estas modalidades de crianza podrían verse influidas por diversos factores, algunos temporales o circunstanciales y otros permanentes, tales como la relación marital. En la conducta de los padres hacia los hijos

tiene una influencia relativa el número de adultos convivientes, el número de niños, la educación de los padres, el ingreso familiar y las percepciones de los progenitores de sus propias conductas en las prácticas de crianza. En este sentido, el modelo ecológico del desarrollo humano (Bronfenbrenner, 2009) presenta la existencia de una retroalimentación entre microsistemas, como podría darse entre el de la relación marital y el de la relación paterno-filial. Tomando una visión sistémica, se explica la relación entre el vínculo marital y las dificultades en la crianza por el principio de interdependencia. Este principio se describe como un proceso de co-construcción de la interacción basado en la reciprocidad entre los subsistemas conyugal y parental (Mosmann & Wagner, 2008). Así, el funcionamiento de cualquier relación se verá regulado por las propiedades de las relaciones en otros subsistemas de la familia. En consecuencia, la articulación del subsistema parental genera cambios en las propiedades del subsistema paterno-filial, y viceversa. El vínculo marital influye en la parentalidad, ya que tiene incidencia en lo que se refiere a la atención de las necesidades del niño y afecta, por tanto, el desarrollo infantil (Davies, Dilillo & Martinez, 2004).

Los autores afirman que en una familia sana el subsistema parental debe diferenciarse, comprometerse emocionalmente, pero no en exceso, para poder desempeñar tareas de socialización y nutrición de los hijos sin relegar el apoyo mutuo que caracteriza el subsistema conyugal. Es necesaria la presencia de un límite que permita el acceso al niño a los padres y a la vez lo excluya de las relaciones conyugales (*ibid.*). Es esta condición *sine qua non* para el desarrollo saludable de los niños, pues las familias, y más específicamente los padres, son los encargados de cumplir con las necesidades biológicas y psicológicas para la supervivencia y conservación de la especie humana, siendo un pilar trascendente en la vida psíquica de las personas (Ceberio, 2006).

## **Capítulo 5. Análisis del vínculo madre-hijo y el desarrollo del niño.**

### **Metodología y resultados**

En los apartados siguientes se desarrolla la descripción del trabajo de campo para, posteriormente, definir las variables y demostrar la relación existente entre ellas. En primer lugar, se ofrece un detalle del diseño de investigación desarrollado. Luego se exponen y describen los instrumentos utilizados para el trabajo de investigación. Más adelante, se presenta el procedimiento utilizado en la investigación junto con el análisis de los datos relevados.

#### **5.1. Diseño de investigación y prueba de hipótesis**

Según las características del trabajo de campo, el estudio tuvo un carácter cualitativo. Montero y León (2007) han afirmado que existen estudios, dentro de los diseños de investigación cualitativos, en los cuales las limitaciones para el contraste de las relaciones causales están originadas en la imposibilidad de manipular la variable independiente; el vínculo madre-hijo es una variable que incide en el desarrollo del niño. Se desarrolló una investigación de carácter descriptivo y sincrónico.

El presente estudio ha sido *ex post facto*. Tal como lo han definido Montero y León (2007), se comenzó estudiando una variable independiente (vínculo madre-hijo) para luego medir la dependiente (desarrollo del niño), dado que el lapso temporal entre variables independiente y dependiente permite que la primera actúe sobre la segunda.

Para los fines de recolección de datos se realizaron observaciones participantes y entrevistas semiestructuradas. Por otra parte, se aplicó a los niños la Prueba Nacional de

Pesquisa (en adelante, PRUNAPE) para detectar la sospecha de problemas de desarrollo; y a las madres, el Test de las Dos Personas para evaluar identidad y vínculo.

Se analizaron madres e hijos residentes en la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y partidos del conurbano bonaerense, tales como Avellaneda, Berazategui, La Matanza, Quilmes y San Isidro. Se utilizó un muestreo no probabilístico intencional, de participantes voluntarios en cadena o redes.

Para la obtención de la muestra, se procedió a redactar y distribuir cartas de invitación para participar en la investigación (ver Anexo 1). La distribución se realizó en jardines de infantes, consultorios de salud e instituciones sociales y culturales. Se distribuyeron trescientas notas de las cuales fueron respondidas ochenta. De acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión, la muestra quedó conformada por cincuenta y cinco díadas madre-hijo.

Los criterios para seleccionar las unidades de análisis se fijaron en la edad de 18 a 45 años para las madres; y para los hijos, de entre 1 y 5 años. Debían ser sus hijos biológicos, no adoptivos, que no tuvieran diagnóstico de discapacidad física o mental ni enfermedades incapacitantes. Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

1. Hijos no biológicos: la investigación incluye información acerca de embarazo y parto, pues se considera que podrían ser condicionantes del vínculo madre-hijo. La adopción implica una complejización con relación a lo vincular que merece ser tema de otro estudio.
2. Niños con trastornos del desarrollo diagnosticados, tales como parálisis cerebral, síndrome de Down, hipoacusia, disminución visual severa, TGD, trastornos del espectro autista. La presencia de una o más de las patologías mencionadas sería, de por sí, un condicionante para el vínculo madre-hijo que excede los alcances del presente estudio.

3. Niños que presenten enfermedad física incapacitante: el desarrollo del niño se vería distorsionado por la patología de etiología puramente biológica.

4. Niños que se encuentren institucionalizados: el impacto que puede tener para el niño la separación de su madre ha sido descrito en la literatura científica y merece ser tratado *in extenso*, lo que excede los alcances del presente estudio.

Por otra parte, se solicitó a las madres que firmaran un consentimiento informado antes de participar en la investigación. Tal como afirma Losada (2015), el uso del Consentimiento Informado posibilita contribuir al empoderamiento y autonomía de la persona que interviene en la investigación. La persona debe conocer el motivo, métodos y técnicas utilizadas en el proceso de investigación, así como sus derechos de terminar o retirarse del proceso investigativo del que está participando en cualquier momento, a pesar de haber dado su previo consentimiento. Se ha administrado el instrumento a fin de resguardar las normas éticas que desde la investigación permitieran dar curso al presente estudio. Las madres participantes recibieron información detallada acerca de los alcances, métodos y finalidad de la investigación. Manifestaron su conformidad y aceptación firmando el consentimiento informado (ver Anexo 2 informado).

En función de la mencionada hipótesis y las variables seleccionadas, procederemos a continuación a mostrar la operacionalización de dichas variables, sus dimensiones e indicadores:

1. Variable independiente: vínculo madre-hijo. Se definió como la ligazón emocional estable (Berenstein, 1991) entre dos personas, a los efectos de este estudio madre e hijo, según la evaluación del Test de las Dos Personas. Mediante este test identificamos la modalidad vincular propuesta por la madre como saludable o no saludable.

2. Variable independiente: desarrollo del niño. Ésta se evaluó como el curso de las modificaciones de la conducta sensoriomotriz, la respuesta emocional, la inteligencia y el aprendizaje según la PRUNAPE. Mediante esta prueba identificamos posibles problemas de desarrollo inaparentes.

## **5.2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Tal como se indicó precedentemente, a fin de recabar los datos necesarios se utilizaron dos técnicas validadas: la Prueba Nacional de Pesquisa —PRUNAPE— (Lejarraga, 2004) y el test de las dos personas (Berenstein, 1991). También se realizaron, a fin de contextualizar los datos obtenidos mediante las pruebas mencionadas, entrevistas a todas las madres. Para concluir el relevamiento de información, se realizaron registros correspondientes a una observación participante en la relación madre-hijo en todas las díadas (ver Anexo 5).

A continuación, se ofrece el detalle de dicho trabajo de campo.

### **5.2.1. Entrevista semiestructurada**

Durante la visita a cada familia se llevó a cabo una entrevista con cada una de las madres participantes (ver Anexo 3). Se buscó recabar datos de las siguientes áreas: datos sociodemográficos, datos de filiación y datos de salud psicofísica de los padres y del niño. Asimismo, se agregaron tres preguntas abiertas a fin de analizar el vínculo madre-hijo:

- a. “¿Cómo definirías a tu hijo?”.
- b. “¿Cómo es tu relación con tu hijo?”.
- c. “¿Cómo es tu relación con el papá de tu hijo?”.

**Cuadro 1.** Áreas contextuales: datos sociodemográficos y de salud psicofísica

Áreas	Subáreas	Datos aportados	Pregunta correspondiente
Sociodemográfica	Nivel educativo de los padres	Primario Secundario Terciario/universitario	¿Cuál es el nivel máximo de estudios que han alcanzado vos y el papá de tu hijo?
Sociodemográfica	Tipo de trabajo de los padres	Permanente Eventual Ausente	¿Cuál es tu ocupación habitual y la del papá de tu hijo?
Sociodemográfica	Acceso a servicios sanitarios y de salud	Acceso a servicios sanitarios (agua, luz eléctrica, cloacas) y de salud	¿Con qué servicios sanitarios y de salud cuentan en el barrio?
Filiación	Edad	Años	¿Cuál es tu edad y la de tu hijo?
Filiación	Parentesco	Padre Madre Hermanos	¿Cómo está compuesta la familia?
Filiación	Convivencia con el niño	Familia nuclear Familia ensamblada Familia intergeneracional Familia monoparental	¿Quiénes conviven con el niño en este momento?
Filiación	Cuidado del niño	Padres Hermanos mayores Abuelos o tíos Guardería Cuidadora	¿Quién se encarga del cuidado de tu hijo en tu ausencia?
Salud psicofísica	Salud prenatal	Patologías de la madre	¿Hubo alguna complicación de salud tuya durante el embarazo?
Salud psicofísica	Asistencia en el parto	Complicaciones neonatales	¿Cómo fue el parto? ¿Cómo se desarrolló?
Salud psicofísica	Salud del recién nacido	Estado del niño al nacer	¿Cómo estuvo tu hijo inmediatamente después de nacer?
Salud psicofísica	Estimulación madre a hijo	Cantidad/calidad del tiempo compartido	¿Cuántas horas semanales pasas sin tu hijo?

Salud psicofísica	Salud de ambos padres	Enfermedad leve, moderada, crónica o incapacitante en la madre	¿Tenés algún problema de salud? ¿Podrías decirme cuál?
Salud psicofísica	Salud de ambos padres	Enfermedad leve, moderada, crónica o incapacitante en el padre	¿Tiene el papá de tu hijo algún problema de salud? ¿Podrías decirme cuál?

Fuente: elaboración propia.

A continuación se detallan los criterios de evaluación que se siguieron para las respuestas a las preguntas abiertas relativas al vínculo madre-hijo:

**Cuadro 2.** Preguntas abiertas de entrevista y categorización de respuestas

<b>Pregunta</b>	<b>Definición</b>	<b>Ítems</b>	<b>Subítems</b>
¿Cómo definirías a tu hijo?	Permite evaluar la percepción que la madre tiene de su hijo y la adecuación del niño fantaseado al real.	Percepción negativa Percepción positiva Percepción ambivalente	Idealizada Realista
¿Cómo definirías tu relación con tu hijo?	Permite evaluar el vínculo madre-hijo percibido por la madre.	Vínculo agresivo o de rechazo Vínculo ambivalente Vínculo tierno/amoroso Vínculo distante	
¿Cómo definirías la relación con el papá de tu hijo/a?	Permite evaluar el vínculo parental, el funcionamiento del subsistema parental y la predisposición de la madre a permitir la vinculación del niño con otras personas.	Vínculo desarticulado Vínculo distante Vínculo conflictivo Vínculo ambivalente Vínculo amoroso	

Fuente: elaboración propia.

## 5.2.2. Observación participante

A fin de registrar la observación participante, se siguieron los criterios que se detallan a continuación.

**Cuadro 3.** Criterios de registro en observación participante

Tipo de interacción	Variable	Categoría	Descripción
Madre al hijo	1. Acercamiento: manera en que la madre inicia la interacción con su hijo.	1.1. Amoroso 1.2. Agresivo 1.3. Indiferente 1.4. Ansioso	1.1. La madre sostiene en brazos al niño, le habla suavemente o con palabras cariñosas. 1.2. La madre insulta o agrede al niño o se muestra fastidiada por su presencia. 1.3. No acercamiento al niño. 1.4. La madre intenta estimular al niño con insistencia y sin contemplar el estado o necesidades del niño.
	2. Respuesta: modo en que la madre replica la interacción iniciada por el niño	1. Amorosa 2. Agresiva 3. Indiferente 4. Ansiosa	1.1. La madre responde pacientemente a los pedidos del niño. 1.2. La madre agrede al niño como respuesta a un pedido del hijo. 1.3. No respuesta. 1.4. La madre responde inadecuadamente sobreestimulando al niño, en lugar de

			calmarlo.
Hijo a la madre	<p>1. Acercamiento: interacción iniciada por el niño para con su madre.</p> <p>2. Respuesta: manera en que el niño replica la comunicación comenzada por su madre</p>	<p>1.1. Amoroso 1.2. Demandante 1.3. Indiferente 1.4. Agresivo</p> <p>2.1. Obediente/ amoroso 2.2. Agresivo 2.3. Indiferente</p>	<p>1.1 El niño se acerca buscando el contacto con su madre.</p> <p>1.2. El niño no quiere separarse de su madre o demanda constantemente el contacto físico, sin querer interactuar con terceros.</p> <p>1.3. El niño no busca el contacto con la madre, y permanece aislado.</p> <p>1.4. El niño hace berrinches, golpea o llora rechazando el contacto con su madre.</p> <p>1.1. El niño acepta el contacto o indicación propuestos por la madre.</p> <p>1.2. El niño hace berrinches, golpea, grita o llora como respuesta a un pedido o interacción de su madre.</p> <p>1.3. El niño no da respuesta alguna frente a un acercamiento físico o verbal de su madre.</p>

Fuente: elaboración propia.

### **5.2.3. Test de las Dos Personas**

#### **5.2.3.1. Antecedentes del Test de las Dos Personas**

Febbraio (2006) afirmó que se puede tomar como origen y antecedente del Test de las Dos Personas, el presentado por Goodenough (1926), en su primera versión, llamado Test de la Figura Humana y en el que la consigna era: “Dibuje un hombre”. La hipótesis básica era que el niño al dibujar una figura humana manifestaba, además de su capacidad artística, la expresión de un trabajo intelectual que daba cuenta de una serie de procesos y recursos puestos en juego para la realización de la tarea. La utilidad del test era evaluar el rendimiento de los niños, haciendo hincapié en la inteligencia.

Posteriormente, Harris (1963, citado en Febbraio, 2006) cambió el concepto de inteligencia por “madurez intelectual”. Este concepto estaba ligado a la manera de conceptualizar la realidad en general y el valor obtenido por el test como un índice de ella. Luego amplió la consigna a dibujar una persona y luego a una segunda persona del sexo opuesto, más un autorretrato. Posteriormente agregó el análisis cualitativo de las producciones.

Ambas autoras realizaron numerosos estudios de validación concurrentes con las escalas de inteligencia de Terman y Merrill, y hallaron una buena correlación con la escala de ejecución. No obstante, fue en la versión de Machover (1963) —“El dibujo de la figura humana”—, donde la técnica se convirtió finalmente en un test proyectivo, apoyándose en los señalamientos aportados por Goodenough y las contribuciones de Schilder (1958, citado en Febbraio, 2006) sobre la imagen y el esquema corporal.

A partir de estos desarrollos, también se produce una modificación en la consigna, en que primero se solicita a los examinados que dibujen una persona cualquiera y, posteriormente, al entregar una segunda hoja, se les solicita que dibujen una persona del

sexo opuesto a la ya dibujada. La idea de “pareja” aparece, entonces, insinuada pero no conceptualizada claramente. Febbraio (2006) afirmó que Harris buscaba la evaluación del grado de diferenciación sexual en los sujetos. Por lo tanto, esta técnica, así descrita, permitía evaluar la expresión del sí mismo, la identidad en general y la identidad sexual; además del esquema corporal.

Hammer (1958, citado en Barros & Ison, 2002) indicó que los aspectos emocionales son los más relevantes de un grafismo. Asimismo, señaló que el dibujo, al igual que el lenguaje simbólico, es una manifestación de las capas más profundas y primitivas del sujeto, expresando la interrelación de los aspectos más reales del sí mismo y los más fantaseados e inconscientes relativos a la realización de deseos.

Bernstein (1991) modificó el Test de la Figura Humana de Machover, solicitando a los examinados que dibujen dos personas en una misma hoja y luego escriban una historia acerca de ellos. De este modo introdujo un estímulo para provocar la expresión de aspectos vinculares, es decir, la idea o representación interna de pareja.

Se entiende por representación interna de pareja, en el Test de las Dos Personas, la proyección gráfica y luego verbal de la imagen de una relación sujeto-objeto, con mayor o menor grado de discriminación, tal como se juega predominantemente en el momento actual de la vida del entrevistado, aunque sea la resultante de las relaciones que ha establecido con las personas significativas de su historia particular (Verthelyi, De Hirsch & De Braude, 1985).

Febbraio (2010) sostuvo que Bernstein, influenciado por los aportes de la escuela inglesa psicoanalítica, utilizó el término “idea” como sinónimo de “fantasía”. Para el autor, “fantasías” de vínculos internalizados o la representación interna de pareja se vinculan íntimamente a la idea de “pareja parental”.

Bernstein (1991) afirmó sobre el Test de las Dos Personas que es un instrumento que ofrece una “objetivación” de la pareja interna del examinado, de una imagen de la pareja que éste necesita. Esto, por lo tanto, aporta datos sobre el tipo de vínculo fantaseado, a nivel consciente e inconsciente. A diferencia del test de Machover, su técnica proyectiva ofrece una doble producción: una gráfica y una verbal, lo cual trae como consecuencia un doble análisis que daría información sobre la identidad del sujeto, su relación de pareja y el tipo de vínculo fantaseado con ella. El autor afirmó que el análisis de la parte gráfica no presenta diferencias con la evaluación de Machover, en tanto que el de la parte verbal se aproxima más al del Test de Apercepción Temática de Murray (1939).

Los estudios realizados con el Test de las Dos Personas, así como el estudio normativo efectuado en la Argentina por Verthelyi, De Hirsch y De Braude (1985), han demostrado que la técnica mencionada representa un instrumento válido para evaluar la “imagen de pareja interna” de los examinados (Febbraio, 2010). A su vez, las autoras, a través de dicho estudio, sistematizaron criterios de interpretación y respuestas esperables.

### **5.2.3.2. Administración del Test de la Dos Personas y criterios de interpretación**

Se ofrece a continuación una breve descripción de las pautas seguidas para administrar la presente técnica proyectiva, indicando materiales, consigna y rol del entrevistador.

- **Material:** Se le entrega al examinado una hoja tamaño A4, en forma vertical, y un lápiz negro número dos. Se le aclara que, si lo solicita, se le puede entregar goma de borrar.

- **Consigna:** Se expresa oralmente de la siguiente manera: “Dibuje en esta hoja dos personas. Al terminar los dibujos, coloque un nombre y edad a ambas figuras. Luego, escriba una historia sobre estas personas y una vez terminada colóquele un título”.

- **Rol del psicólogo:** Es un observador participante de las conductas del sujeto durante la prueba, podrá responder a las dudas que pudieran surgir y realizar las aclaraciones que considere pertinentes.

De los criterios de interpretación sistematizados por Verthelyi *et al.* (1985), se seleccionaron siete categorías consideradas las más pertinentes para la realización de este estudio de tesis. Ellas son las que se presentan a continuación.

**Cuadro 4.** Criterios de interpretación seleccionados para el Test Dos Personas

<b>Criterios de interpretación</b>	<b>Categorías</b>	<b>Subcategorías</b>
Emplazamiento	Apaisado Vertical	
Base	Inexistente Separada Unida	Línea recta Línea confusa Línea concreta
Distancia	Inexistente Media Acentuada	
Postura	Ambos de frente Semiperfiles Perfiles	
Kinesia	Inexistente Media Acentuada	
Compleitud de cada figura	Adecuada Inadecuada	
Interacción de las dos figuras en la historia	Integrada Dividida Disociada	

Sexo de la pareja	Heterosexual Dos del sexo del sujeto Dos del sexo opuesto del sujeto	
Edad de la pareja	Infantil Infantil/adulta Adolescente Adulto joven Adulto mayor Otras combinaciones	
Roles	Inespecíficos De amistad De pareja Paterno/materno-filiales Fraternos Otros	
Características de la interacción	Inexistente  Acercamiento mutuo    Acercamiento unilateral   Alejamiento Otros	Gratificante Ambivalente Neutro Frustrante Agresivo  Gratificante Ambivalente Neutro Frustrante Agresivo
Desenlace de la historia	Con continuidad  Real  Fantaseada	Positiva Ambivalente Negativa Positiva Ambivalente Negativa Positiva Ambivalente Negativa

Fuente: Verthelyi *et al.* (1985).

### 5.2.3.3. Definiciones de los criterios de interpretación y sus categorías

**Emplazamiento:** Se analiza la postura de la hoja provista en el momento de realizar la producción gráfica. La hoja puede ser mantenida en la posición vertical en que fue entregada o imprimirse una rotación de 180° o menos. El desvío superior e inferior izquierdo se ha dado en el 12% de los casos y desvío superior e inferior derecho, en el 1%, en los baremos de la Argentina (Vertelhyi *et al.*, 1985).

**Base:** Se evalúa la presencia o ausencia de base figurada bajo las personas graficadas. En caso de que esté presente, se analiza si su consistencia es un trazado de línea recta y firme o débil y confusa. La ausencia de base es frecuente en mujeres; se da en un 67% de los dibujos femeninos. La base unida remite a la relación entre las figuras. La falta de base no es tan significativa, pero sí lo es el reforzamiento, ya que indicaría inseguridad. La falta de discriminación entre base y figuras puede ser indicador de patología, trastorno visomotor o de pensamiento (*ibid.*).

**Distancia, postura y kinesia:** Se analizan, en forma conjunta, los tres criterios, ya que de su interrelación resulta la posibilidad de evaluar si, desde un comienzo, se proyecta gráficamente un vínculo manifiesto entre las figuras, previo a la presentación de relaciones en la historia.

- **Distancia:** Se evalúa el punto de mayor cercanía entre las figuras; se considera *inexistente* cuando éstas se tocan o se superponen, *media* cuando están a una distancia menor del tamaño de la figura más pequeña y *acentuada* cuando ésta es sobrepasada. El desvío más atípico está dado por la superposición o confusión entre las figuras, ya que implicaría pérdida de límites yo-no yo (*ibid.*).

- **Postura:** Se diferencian los dibujos en que ambas figuras están *de frente*, de *semiperfil* y aquellas en que se usó el *perfil* completo para las dos. Se ha observado que la postura de frente aparece en un 75% de las producciones; la de semiperfil, en un 13%; y la de perfil para las dos, en un 9%. Generalmente, la postura de perfil es para dar más acercamiento o diálogo. Ésto es diferente en el dibujo de la figura humana, en el que sería evitación (*ibid.*).

- **Kinesia:** Se evalúa el movimiento como *inexistente* cuando ambas figuras están rígidas o estáticas; *media* cuando, por lo menos en una de las figuras, se indica un movimiento no demasiado enfatizado (darse la mano, saludar, acercar un objeto, una indicación de marcha); *acentuada* cuando el dibujo indica un movimiento evidente, generalizado, en brazos y piernas o todo el cuerpo (figuras corriendo, agitando los brazos en alto, etc.). La ausencia de movimiento es lo más frecuente; aparece en el 64% de los dibujos. Kinesia media, tal como darse la mano, entregar algo o marcha, en el 27%. En tanto que acentuada, dada por movimiento evidente y generalizado, aparece en el 9% de los dibujos y es más frecuente en varones (*ibid.*).

**Completud de cada figura:** Es inadecuada cuando faltan manos, pies o rasgos según los ítems de Koppitz de mayor madurez en niños. Se puede decir que hay *integración adecuada* cuando el tamaño de la cabeza no es superior al tercio del cuerpo ni menor de un quinto; los brazos llegan un poco más abajo de la cintura; y aparecen las articulaciones correctas. *Integración media*, si uno de estos ítems no está logrado. *Inadecuada*: desarmonía severa o más de dos ítems. No se consideran *adiciones* sombreros, cartera, artículos de vestimenta. *Adiciones esperables*: flores, regalos, globos, que sirven para un acercamiento. Menos frecuentes, las que sirven para explicitar identidad. Si las hubiera, en adultos es una regresión gráfica.

**Sexo de la pareja (sexo asignado a ambas figuras):** Se diferencia la combinación:

- Heterosexual.
- Dos del sexo del sujeto.
- Dos del sexo opuesto del sujeto.

El 87% de los adultos dibujan pareja heterosexual. Dibujar dos personas del mismo sexo del entrevistado puede indicar que busca confirmar identidad sexual. Dibujar dos figuras del sexo opuesto indicaría posible patología de identidad sexual. La desnudez es signo de patología. Es frecuente en mujeres dibujar la primera figura masculina; podría indicar en la mujer la necesidad personal o cultural de jerarquizar al hombre.

**Edad de la Pareja. Congruencia de la edad graficada con la edad cronológica:**

Se analizan en primer término las edades de las figuras graficadas:

- Infantil.
- Infantil/adulta.
- Adolescente.
- Adulto joven.
- Adulto mayor.
- Otras combinaciones.

Se calcula la *similitud* o *discrepancia* entre la edad de la primera figura dibujada y la propia del sujeto. Estadísticamente, son mujeres las que representan mayor número de vínculos niño-adulto. Según Verthelyi *et al.* (1985), este test moviliza en las mujeres,

desde temprana edad, fantasías ligadas a una mayor preocupación por las relaciones de pareja y la maternidad. Sólo el 25% de los adultos otorga a la primera figura una edad similar a la suya.

### **Roles:**

Se indica cuál es el rol con que los personajes interactúan en la relación:

- Inespecífico (cuando sólo hay una mención vaga de señor, nene, nombre propio, y no aclarada en el relato, comentario o título).
- De amistad.
- De pareja.
- Paterno/materno-filiales.
- Fraternos.
- Otros (cuando se hace una clara mención en el relato, comentario o título).

La inespecificidad de roles aparece en relatos pobres o muy controlados, o de bajo compromiso afectivo. Puede haber adiciones; en ese caso, es significativo el rol que cumple el personaje adicionado (*ibid.*).

### **Características de la interacción:**

Se diferencia la interacción:

- Inexistente (historias descriptivas sin mención del tipo de interacción).
- Acercamiento mutuo (en que se evidencia una cierta simetría por ser acciones realizadas en común, por ejemplo, pasean, juegan, se quieren, etc.).
- Acercamiento unilateral (cuando uno se muestra más activo y el peso de la interacción reside en el esfuerzo que éste realiza para ser tomado en cuenta o querido por el otro, o intentos de salvarlo, protegerlo, etc.).

- Alejamiento (cuando el nudo argumental central de la historia refiere una conducta de retracción, huida, abandono, etc.).

- Otros.

En las categorías de *acercamiento mutuo* y *acercamiento unilateral* se diferencia el tipo de afecto manifiesto predominante: *gratificante*, *ambivalente*, *neutro*, *frustrante* y *agresivo*.

Según estadísticas (*ibid.*), el acercamiento mutuo se observó en el 72% de los casos; acercamiento unilateral, en el 7%; alejamiento, en el 3%, en todas las edades. Fue muy frecuente en mujeres y adultos en general la relación gratificante. El alejamiento es excepcional y habla de escepticismo y desesperanza. La patología vincular puede expresarse en tres formas:

- a. Evitación total del vínculo a través de historias disociadas. Según Deutsch (1973, citado en Verthelyi *et al.*, 1985), es la de peor pronóstico.

- b. Relación de agresión entre los personajes.

- c. Alejamiento o abandono presentado como eje de la interrelación.

### **Interacción de los personajes en la historia:**

Se evalúan las características de la historia en relación con la integración de ambos personajes en ella. Al respecto, se puede distinguir:

- Historia integrada: ambos personajes tienen una relación que puede o no presentar conflicto entre ellos.

- Historia dividida: se da la existencia de dos relatos paralelos, con una relación no explicitada.

- Historia disociada: se presentan dos historias con la notoria intención de no relación entre ambos personajes.

El 90% hace una única historia; el 6%, dividida; y el 4%, disociada. En la disociada se hace evidente la defensa evitativa frente a la fantasía de vínculo. Es un indicador de patología de las relaciones interpersonales (Verthelyi *et al.*, 1985).

#### **Desenlace de la historia:**

Se evalúa el estilo de resolución que se da al relato. Éste puede ser:

- Con continuidad: se trata de una historia con final abierto, que puede ser positivo, ambivalente o negativo.
- Real: se da al relato un final realista, que puede ser positivo, ambivalente o negativo.
- Fantaseado: la historia presenta un final explícitamente fantaseado, que puede analizarse como positivo, negativo o ambivalente.

#### **5.2.4. Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE)**

La importancia a los llamados “problemas de desarrollo infantil” es creciente en los últimos años. Esto es debido a que se ha notado un incremento de su prevalencia relativa entre los problemas de salud infantil. Diversos autores los han considerado la nueva morbilidad (Lejarraga, 2010a). La mayoría de los problemas de desarrollo pueden ser causa de discapacidad en la vida adulta; por lo tanto, cobra gran importancia la posibilidad de su detección temprana, ya que permitirá, en muchos casos, aplicar acciones terapéuticas y de apoyo que mejoren sustancialmente su evolución (Law, Dockrell, Castelnuovo, Williams, Seeff & Normand, 2006). A fin de llevar a cabo la detección oportuna de estos problemas, es útil y necesario someter a los niños a pruebas objetivas, diseñadas especialmente. En este sentido, las pesquisas son pruebas sencillas

destinadas a detectar individuos probablemente enfermos en una población presuntamente sana (Lejarraga *et al.*, 2008).

Estudios recientes (*ibid.*) afirman que gran parte del total de los problemas asistenciales más relevantes de los trastornos del desarrollo son reconocidos tardíamente, en general durante el período escolar, con el consiguiente sufrimiento para niño y la familia. La temprana identificación de estos problemas se ha asociado a una mejor respuesta terapéutica. Por ello se han diseñado pruebas de pesquisa para reconocer oportunamente los trastornos inaparentes del desarrollo (Lejarraga, del Pino, Kelmansky, Laurencena, Ledri, Laspiur & Varvasini, 2005; Lejarraga, 2004). En este sentido, la Prueba Nacional de Pesquisa de Trastornos del Desarrollo ha sido presentada como un instrumento capaz de detectar un amplio espectro de problemas del desarrollo (Lejarraga *et al.*, 2008). La PRUNAPE es una prueba para revelar trastornos inaparentes del desarrollo en niños menores de 6 años.

Lejarraga *et al.* (2016) afirmaron que la inclusión del desarrollo psicomotor infantil como preocupación de los organismos de salud pública representa un progreso significativo en el ámbito de salud, ya que se trata de un área muy poco transitada en la mayoría de los países en vías de desarrollo. Por lo tanto, considerando una necesidad imperante para definir políticas de prevención en salud infantojuvenil en la Argentina desarrollaron la PRUNAPE. Los estudios preliminares realizados, tendientes a estandarizar la prueba de pesquisa, apuntaron además a:

- 1) estimar la prevalencia en niños menores de 6 años del riesgo de sufrir problemas no aparentes del desarrollo;
- 2) identificar factores condicionantes asociados a dicho riesgo;
- 3) medir globalmente el desarrollo de toda la población infantil.

### 5.2.4.1. Validación de la PRUNAPE

La PRUNAPE es un conjunto de pautas de desarrollo estandarizado en niños sanos de 0 a 5, 99 años y representado en barras que corresponden a los percentiles 25°, 50°, 75° y 90° de la edad de cumplimiento de tales pautas (ver Anexo 4). Para aplicar la prueba, se calcula, en primer lugar, la edad cronológica del niño. En caso de que el chico haya nacido antes de las 40 semanas de gestación y tenga una edad cronológica menor de 2 años, la edad será corregida. En este caso, se restan a la edad del niño las semanas de gestación faltantes. Luego de trazar sobre el gráfico la línea de la edad cronológica o corregida, quedan delimitados dos tipos de pautas de desarrollo:

- 1) Pautas de tipo A: aquellas cuyo borde derecho, correspondiente al percentil 90°, se encuentra completamente a la izquierda de la línea.
- 2) Pautas de tipo B: aquellas que son cruzadas por la línea en la zona sombreada de la barra y que corresponden a los percentiles 75° a 90°.

Las pautas están divididas en cuatro grupos:

- 1) Motor fino: pautas que evalúan la evolución de los movimientos de los miembros superiores, desde las manos semiabiertas de un recién nacido hasta la posibilidad de la escritura en un niño preescolar.
- 2) Motor grueso: ítems que evalúan la evolución hacia un mayor control de los movimientos de los miembros inferiores, tronco y cabeza, desde el sostén cefálico del recién nacido hasta la coordinación de movimientos de tronco y pies.
- 3) Personal social: evalúa el contacto del niño con otros humanos, desde el logro de la sonrisa social hasta la autonomía personal.
- 4) Lenguaje: mide el desarrollo de la capacidad para comunicarse y comprender el mundo circundante, considerando los aspectos biológicos (medida del cócleo

parpebral) y los aspectos individuales de la construcción e internalización del lenguaje.

El incumplimiento de una pauta de tipo A implica siempre mayor riesgo que el incumplimiento de una pauta de tipo B. Esto es debido a que, por definición de percentil, las primeras son aprobadas por más del 90% de los niños de esa edad.

En todos los niños estudiados, se aplicaron tres pautas del tipo A por cada una de las áreas mencionadas, y todas las del tipo B cruzadas por la línea de edad, comenzando por cualquiera de las cuatro áreas en las que se encuentra dividida la prueba y sin orden preestablecido. En caso de que un niño fracasara en una de las pautas ubicadas a la izquierda de la línea de edad, se continuaba tomando pautas de edades inferiores hasta completar tres aprobadas en cada una de las cuatro áreas. Todos los niños que fracasaron en alguna pauta de la PRUNAPE fueron citados nuevamente para repetir la prueba con un intervalo de dos semanas. El fracaso o aprobación de cada pauta se registró debidamente en las planillas usadas a tal fin. Con posterioridad, todos los niños evaluados fueron sometidos a pruebas diagnósticas a fin de corroborar los resultados de la pesquisa.

Con el objeto de evaluar aspectos del desarrollo psicomotor, coeficiente intelectual y conducta adaptativa en los niños menores de 3, 5 años, se aplicó la prueba de Bayley II. En los niños de 3, 5 a 4, 0 años, el coeficiente intelectual se midió con la prueba de Terman, y en los de 4, 01 a 5, 99 años, con el test de Inteligencia para Preescolares de Wechsler (WPPSI). En los de 3, 5 años o más se evaluó la conducta adaptativa con la prueba de Vineland. Del mismo modo, se evaluaron las otras áreas de desarrollo con pruebas específicas de lenguaje y desarrollo neuromotor. Así como también la visión y audición.

Con respecto a la evaluación de salud mental, se realizó a todos los niños una entrevista semiestructurada de aproximadamente sesenta minutos de duración en el servicio de salud mental. Se consideró patológico si cumplía todos los criterios requeridos por el DSM-IV.

La validación de la prueba consistió en la evaluación de la relación entre los resultados de la pesquisa y los de las pruebas diagnósticas.

En el presente trabajo, se entiende por “punto de corte” al número de pautas de la PRUNAPE en las que un niño debe fracasar para ser clasificado como sospechoso de tener un problema de desarrollo. Para establecer este punto de corte, una vez que se contó con los resultados de la PRUNAPE y de los estudios diagnósticos complementarios de los niños estudiados, se calculó la sensibilidad y la especificidad que se obtendría si se estableciera como límite de normalidad el fracaso de una pauta de la PRUNAPE, de dos pautas, de tres, y así sucesivamente. Se calcularon estos dos indicadores para las pautas tipo A, B y para ambos ítems combinados. A los fines de establecer el resto de los indicadores de validez, se seleccionó el punto de corte que brindaría mejores valores de sensibilidad y especificidad. Los programas empleados fueron Epidat y Epistat. Así, se fijó como punto de corte y se estableció como anormal fracasar en un ítem A o en 2 ítems B (1 A o 2 B); así, la sensibilidad permaneció en 80% y la especificidad ascendió a 93%.

#### **5.2.4.2. Criterios de evaluación para la PRUNAPE**

El análisis de datos se realizó aplicando criterios de evaluación de la PRUNAPE, pautas de análisis del Test de las Dos Personas y análisis de la entrevista y observación.

**Cuadro 5.** Criterios de evaluación de la PRUNAPE

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Criterio de valoración de los indicadores
Desarrollo	Curso de las modificaciones de la conducta sensoriomotriz, la respuesta emocional, el lenguaje, la inteligencia y el aprendizaje	Área personal social	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comunicación con el observador</li> <li>2. Sonrisa social</li> <li>3. Actitud frente al espejo</li> <li>4. Resistencia a que le quiten un juguete</li> <li>5. Juego de escondidas</li> <li>6. Búsqueda de objetos</li> <li>7. Entrega de un objeto</li> <li>8. Juego simbólico</li> <li>9. Alimentación autoválida</li> <li>10. Colaboración en el hogar</li> <li>11. Respuesta al llamado del observador</li> <li>12. Imitación de tareas del hogar</li> <li>13. Quitarse ropa o zapatos</li> <li>14. Ponerse ropa o zapatos</li> <li>15. Control de esfínteres diurno</li> <li>16. Armar rompecabezas</li> <li>17. Aparear colores</li> <li>18. Juntar dibujos semejantes</li> </ol>	Prueba Nacional de Pesquisa (Lejarraga <i>et al.</i> , 2008)
		Área de motricidad gruesa	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Sostén cefálico</li> <li>2. Cabeza a 45 grados</li> <li>3. Posición en línea media</li> <li>4. Desaparición del reflejo de Moro, completo simétrico</li> </ol>	Prueba Nacional de Pesquisa ( <i>ibid.</i> )

			<ol style="list-style-type: none"> <li>5. Palanca</li> <li>6. Trípode</li> <li>7. Pasar de posición dorsal a lateral</li> <li>8. Alcanzar objeto, sentado</li> <li>9. Sentarse sin sostén</li> <li>10. Pararse</li> <li>11. Caminar sujeto</li> <li>12. Caminar solo</li> <li>13. Agacharse y levantarse sin sostén</li> <li>14. Patear pelota</li> <li>15. Escalar sin ayuda</li> <li>16. Lanzar pelota</li> <li>17. Saltar con ambos pies</li> <li>18. Parase en un pie</li> <li>19. Saltar 45 centímetros</li> <li>20. Saltar en un pie</li> <li>21. Caminar talón-punta</li> <li>22. Retroceder talón-punta</li> </ol>	
		Área de motricidad fina	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Seguimiento visual hasta línea media</li> <li>2. Manos semiabiertas</li> <li>3. Mirar su mano</li> <li>4. Juntar manos</li> <li>5. Pasar cubo de una mano a otra, mirándolo</li> <li>6. Prensión cúbito-palmar</li> <li>7. Prensión pinza superior</li> <li>8. Verter objeto de una botella</li> <li>9. Colocar objeto en una botella</li> <li>10. Garabatear</li> <li>11. Hacer torre de</li> </ol>	Prueba Nacional de Pesquisa ( <i>ibid.</i> )

			<p>cuatro cubos</p> <p>12. Hacer torre de ocho cubos</p> <p>13. Corregir torre</p> <p>14. Imitar puente con cubos</p> <p>15. Dibujar persona de tres partes</p> <p>16. Copiar una cruz</p> <p>17. Doblar un papel en diagonal</p> <p>18. Dibujar persona de seis partes</p> <p>19. Copiar triángulo</p>	
		Área de lenguaje	<p>1. Reflejo cócleo palpebral</p> <p>2. Buscar con la mirada a la madre</p> <p>3. Responder al “no”</p> <p>4. Silabeo inespecífico</p> <p>5. Silabeo pa-pa, ma-ma no específico</p> <p>6. Silabeo papá-mamá específico</p> <p>7. Palabra frase</p> <p>8. Señalar dos figuras en retrato familiar</p> <p>9. Nombrar dos figuras en retrato familiar</p> <p>10. Tararear en presencia de terceros</p> <p>11. Frase con sustantivo y verbo. Combinación de palabras</p> <p>12. Decir su nombre completo</p> <p>13. Frase completa</p> <p>14. Comprender tres preposiciones</p> <p>15. Cumplir dos indicaciones consecutivas</p>	Prueba Nacional de Pesquisa ( <i>ibid.</i> )

			16. Responder analogías opuestas 17. Reconocer el uso de dos objetos del hogar 18. Reconocer tres colores 19. Saber por qué es de día y por qué es de noche	
--	--	--	--	--

Fuente: Lejarraga *et al.* (2008).

### 5.3. Análisis de los datos

A continuación se procederá a analizar y relacionar los datos relevados. En primer lugar, de las entrevistas; luego, de la observación participante; posteriormente, del Test de las Dos Personas; y por último, de la PRUNAPE. Se consideró que la técnica proyectiva debía ser contrastada y contextualizada, de aquí se desprende la importancia dada a la entrevista y a la observación.

A fin de sistematizar y analizar los datos relevados en las 55 díadas, se confeccionó una grilla en la que se codificaron los elementos resultantes de las entrevistas tomadas a las madres, la observación participante realizada durante ellas, el Test de las Dos Personas aplicado a la madre, y la prueba de pesquisa tomada al niño. Cada dupla madre-hijo tiene asignado un número de caso con el objeto de preservar la identidad de los participantes (ver Anexos 5 y 6).

#### 5.3.1. Análisis de la situación contextual a través de la entrevista semiestructurada

En el presente estudio se pudo detectar que la muestra posee las siguientes características: se trata de un grupo homogéneo en lo que respecta a las condiciones

socioeconómicas de las familias; los niños tienen las necesidades básicas satisfechas, acceso a servicios sanitarios, de salud y sus padres, trabajo estable. Todas las madres entrevistadas tienen estudios primarios y secundarios completos. Sólo dos casos presentaron un contexto de condiciones desventajadas, como bajos ingresos y no contar con servicios sanitarios. En un análisis caso por caso, pudo observarse que, de 55 niños, 31 presentaron uno o ningún factor de riesgo. Lejarraga (2010b) y Montes y Pazos (2016) sostuvieron que la presencia de dos o más factores de riesgo condicionan el desarrollo saludable del niño, haciendo más probable la presencia de problemas de desarrollo inaparentes.

**Cuadro 6.** Tipos de factores de riesgo y cantidad de casos en que aparecen

<b>Factores de riesgo presentes (Montes &amp; Pazos, 2016)</b>	<b>Cantidad de casos</b>	<b>Número de caso</b>
Salud gestacional regular o mala	6	5-8-12-24-26-28
Parto pretérmino (>38 semanas)	11	1-3-8-11-13-17-18-31-36-39-54
Bajo peso al nacer (>2 kg)	3	1-17-18
Hipoxia o anoxia	4	17-18-26-37
Ausencia de controles médicos	0	
Situación socioeconómica desventajada	2	1-35
Nivel de estudios de la madre (bajo o analfabetismo)	0	
Edad de la madre (>40 años al parto)	7	11-12-17-18-20-30-50
Problemas de salud mental o incapacitantes en la madre	7	1-12-13-14-30-50-52
Problemas de salud mental o incapacitante en el padre	3	5-11-50
Familia desmembrada (relaciones altamente conflictivas, familia monoparental)	10	12-13-17-18-27-28-29-30-37-52
Número total de hijos > a 4	1	

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos relevados.

Se analizó el tipo de factor de riesgo presente en cada caso que presentó dos o más factores de riesgo, relacionándolo con el desempeño de cada niño en la prueba de pesquisa. Se consideró la clasificación hecha por Montes y Pazos (2016) entre factores congénitos, tales como toda dificultad surgida en la gestación, problemas en el parto, nacimiento pretérmino y bajo peso; y por otro lado, factores ambientales, tales como situación socioeconómica de la familia, salud y nivel de educación de la madre, situación familiar, acceso a servicios médicos y sanitarios. Los resultados han sido los siguientes:

**Cuadro 7.** Relación entre tipos de factores de riesgo y desempeño en la PRUNAPE

<b>N° caso</b>	<b>Descripción de factor de riesgo</b>	<b>Tipo de FR</b>	<b>PRUNAPE</b>
1	Niña de 4 años nacida pretérmino con bajo peso (menos de 2 kg), situación socioeconómica desventajosa y madre con diagnóstico de trastorno de ansiedad.	Congénito Ambiental	No pasa
5	Niño de 1 año: preclamsia que motivó cesárea de urgencia. Su papá está en tratamiento por consumo de sustancias.	Congénito Ambiental	Pasa
8	Niña de 3 años que nació a las 37 semanas de gestación con un peso de 2 kg.	Congénito	Pasa
11	Niño de 2 años hijo de madre añosa (44 años). Nació a las 36 semanas de gestación con un peso de 2 kg. Su mamá trabaja más de 40 horas semanales, por lo que el niño va a la guardería desde los 2 meses de vida. Su papá está en tratamiento por adicción a sustancias.	Congénito Ambiental	No pasa
12	Niña de 4 años, hija de madre añosa (44 años) con problemas de hipertensión durante la gestación. La madre está en tratamiento psiquiátrico por ataques de pánico. Padres divorciados con relación altamente conflictiva. La niña ve a su papá sólo una vez a la semana.	Congénito Ambiental	No pasa
13	Niña de 3 años, nació a las 36 semanas, peso normal. Su madre padece trastorno depresivo. Los padres están en un proceso de separación muy conflictivo. Conviven con un medio hermano que presenta problemas de conducta.	Congénito Ambiental	No pasa
17	Niño de 3 años, nacido a las 30 semanas de gestación	Congénito	No pasa

	con muy bajo peso. Madre añosa (42 años). Relación de pareja muy conflictiva.	Ambiental	
18	Niña de 3 años, nacida a las 30 semanas con muy bajo peso. Madre añosa (42 años). Relación de pareja muy conflictiva.	Congénito Ambiental	No pasa
26	Niña de 3 años, madre con problemas de salud en la gestación. Hipoxia al nacer.	Congénito	Pasa
28	Niña de 1 año, madre con problemas de salud en la gestación. Padres separados. Papá alejado de la menor.	Congénito Ambiental	Pasa
30	Niña de 3 años, con madre añosa (44 años). La niña es la cuarta hija. Presentó problemas dermatológicos severos desde el nacimiento. Padres separados con relación muy conflictiva.	Ambiental	No pasa
35	Niño de 3 años, problemas de salud de la madre durante la gestación (infecciones urinarias a repetición que requirieron internación. Madre e hijo viven en una zona desfavorecida. El papá nunca convivió con la madre. El niño pasa con su padre 3 días por semana, y se separa de su madre desde los 6 meses de edad.	Congénito Ambiental	No pasa
50	Niño de 4 años, madre añosa (46 años) en tratamiento por depresión. Su papá tiene una enfermedad crónica parcialmente invalidante. La madre trabaja más de 40 horas semanales, por lo que el niño queda al cuidado de una abuela muy mayor (83 años).	Ambiental	No pasa
52	Niño de 18 meses, madre en tratamiento psicológico por crisis de angustia. Padres conviven con el niño pero tienen una relación sumamente conflictiva entre sí y con la familia. El niño no recibe controles médicos regulares.	Ambiental	No pasa

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos relevados.

De 14 niños que están expuestos a dos o más factores de riesgo, 10 no pasan con éxito la prueba de pesquisa. Los 4 que no presentan problemas de desarrollo son:

1. Un niño de 1 año expuesto a factores de riesgos ambientales y congénitos (caso 5).
2. Una niña de 3 años expuesta a factores de riesgo congénitos (caso 8).
3. Una niña de 3 años expuesta a factores de riesgo congénitos (caso 26).
4. Una niña de 1 año expuesta a factores de riesgo congénitos y ambientales (caso 28).

Los autores (Lejarraga *et al.*, 2011) afirmaron que la mayor cantidad de fracasos en la PRUNAPE se da entre los 3 y 4 años de edad, debido a que el niño que ha nacido sano, a término, sin bajo peso y sin complicaciones durante el parto tiene durante los primeros 24 meses un proceso de desarrollo impulsado primordialmente por lo biológico. Esto significa que, a edades más tempranas, tienen más influencia en el desarrollo los factores de riesgo congénitos, y pueden producir problemas en el desarrollo más profundos y difíciles de reparar. Los factores ambientales comienzan a tener relevancia e impacto directo en el niño a medida que éste crece y su mundo se amplía, ya que en los primeros momentos de vida su relación con el mundo exterior se ve mediatizada por la madre y fuertemente condicionada por la maduración biológica. Pudo observarse que los niños que no pasaron la PRUNAPE —y, por consiguiente, pueden presentar problemas de desarrollo— presentan factores de riesgo ambientales (sumados o no a factores congénitos) dados por problemas de salud de la madre o relaciones familiares conflictivas.

A partir de la observación de niños de 1 año de edad que presentan dos o más factores de riesgo, sería oportuno un seguimiento del niño, así como la implementación de tareas preventivas a fin de evitar la presencia, en futuro, de problemas en el desarrollo.

Se realizó, a los fines de contextualizar los datos aportados por la técnica proyectiva administrada, un análisis de las respuestas a las preguntas abiertas en la entrevista semiestructurada. Se preguntó a las madres acerca de su percepción sobre sus hijos, sobre el vínculo con ellos y la relación con el padre de sus hijos. Las respuestas recabadas pueden clasificarse de la siguiente manera:

**Cuadro 8.** Percepción del hijo por parte de las madres

<b>Pregunta: ¿Cómo definirías a tu hijo?</b>	<b>Tipo de respuesta</b>	<b>Número de caso</b>
	Percepción negativa.	No se registraron respuestas correspondientes con esta categoría.
	Percepción positiva idealizada (“Es un sol”, “Es mi vida entera”, “Es un ser maravilloso”, “Es una luchadora de la vida”).	Se registró este estilo de respuesta en 19 casos: 3, 5, 9, 10, 14, 17, 18, 20, 22, 24, 25, 35, 40, 42, 43, 47, 50, 53, 54.
	Percepción positiva realista (“Es un niño feliz”, “Es muy bueno”. “Es muy alegre”, “Le gusta hacer payasadas”).	Se registró este tipo de respuestas en 23 casos: 1, 4, 7, 8, 13, 15, 23, 26, 27, 29, 31, 32, 33, 36, 37, 39, 41, 44, 45, 46, 48, 49, 52, 55.
	Percepción ambivalente (“Es un pegote, pero a veces no lo aguanto”, “Es caprichoso y sociable. Amoroso”, “¡Es terrible! Pega, grita. Es simpático y tierno cuando quiere”).	Se registró este tipo de respuestas en 11 casos: 2, 6, 11, 12, 19, 21, 28, 30, 34, 38, 51.
	Sin información suficiente (“¿Qué te puedo decir? No sé... es mi hijo, es difícil definirlo”).	Se registró en un caso: 16.

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos relevados.

Se han registrado cuatro estilos de respuestas diferentes. Se había pensado en una quinta opción: percepción negativa que hubiera implicado sólo una visión crítica negativa. No se registraron respuestas correspondientes a esta clasificación. Con relación a las cuatro restantes, el estilo que tuvo mayor cantidad de respuestas fue el de percepción positiva realista, que podría indicarse como la forma más saludable de percibir al hijo, ya que implica hacer hincapié en las virtudes y potencialidades del niño. Como estilo de respuesta menos salutífero que el anterior podría considerarse al positivo idealizado, que fue el segundo en cantidad de respuestas. No se lo considera tan saludable porque la idealización aleja la percepción veraz de virtudes y potencialidades, y resulta, finalmente, limitante.

En orden de cantidad de respuestas siguió el estilo de percepción ambivalente, al que se consideró poco salutógeno o probablemente patologizante, ya que es trasmisor de un mensaje confuso y rigidizante que limitará el sano desarrollo de la autoestima del niño.

Por último, se consideró la posibilidad de que no hubiese información suficiente o relevante, lo cual ocurrió en un solo caso.

Al preguntar a las madres sobre la relación de ellas con sus hijos, las respuestas fueron las siguientes:

**Cuadro 9.** Relación madre-hijo percibida por la madre

<b>Pregunta: ¿Cómo describirías tu relación con tu hijo?</b>	<b>Tipo de vínculo percibido por la madre</b>	<b>Número de caso</b>
	Agresivo o de rechazo.	No se registraron respuestas correspondientes a este tipo de vínculo.
	Ambivalente (“Me cuesta mucho manejarla y poner límites”, “Estoy siempre con ella y eso me juega en contra”, “Somos demasiado pegados; me da culpa dejarlo tantas horas en la guardería”, “Es muy mamerero, no me deja ir al baño ni comer”).	Se encontró este estilo de respuestas en 7 casos: 1, 6, 11, 12, 30, 35, 51.
	Amoroso/tierno (“Tenemos y necesitamos del contacto besos, abrazos, upa”, “Es pegado a mí, a veces me cuesta dejarlo”, “Él es muy mimoso conmigo”, “Disfruto ser su mamá”).	Pudieron observarse respuestas de este tipo en 36 casos: 2, 3, 4, 5, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 19, 20, 22, 23, 24, 27, 29, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 41, 42, 43, 45, 46, 48, 50, 52, 53, 54, 55.
	Distante (“La traigo al negocio conmigo y no me hago problema, casi ni me entero que está”, “El tiempo que me queda después de trabajar cumplo con él”).	Se ha podido observar este tipo de respuesta en 2 casos: 28, 49.

	Simbiótico (“Somos muy pegadas, le di teta hasta los 2 años y 9 meses”, “Él es mi compañero, hacemos todo juntos”, “Tenemos una relación de simbiosis total”).	Se registró este tipo de respuestas en 4 casos: 21, 25, 44, 47.
	Sin información suficiente (sin respuesta o “No sé qué decir”, “Normal”).	Se registró este tipo de respuesta en 6 casos: 16, 17, 18, 26, 39, 4.

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos relevados.

Se consideró la posibilidad de seis tipos de respuestas posibles. En orden a la mayor cantidad de respuestas presentes, éstos son: vínculo percibido como amoroso/tierno (65, 54% de las madres); se lo consideró, además, como posible indicador de apego seguro. Sigue en orden de cantidad de respuestas el vínculo clasificado como ambivalente, con un 12, 73%, al que se lo consideró como posible generador de apego inseguro. Luego, con un 10% de la muestra, los casos en los que no se brindó información suficiente. Un número menor de casos (7, 27%) dio un vínculo simbiótico; y un 3, 73%, percepción de vínculo clasificado como distante. A ambos se los podría considerar generadores de apego desorganizado. No hubo respuestas que pudieran clasificarse como percepción de vínculo de rechazo.

Al preguntar a las madres sobre su relación con el padre de sus hijos las respuestas fueron las siguientes:

**Cuadro 10.** Relación madre-padre percibida por la madre

<b>Pregunta: ¿Cómo describirías la relación con el padre de tu hijo?</b>	<b>Tipo de relación percibida por la madre</b>	<b>Número de casos</b>
	Relación desarticulada (“No hay vínculo: todo está judicializado”, “No hablo con él. Todo lo relativo a la nena lo maneja el juez de menores”).	Pudo observarse este tipo de respuestas en 2 casos: 12, 30.
	Relación conflictiva (“Tenemos nuestras crisis”, “Ahora mejor, ya no consume y está yendo al psicólogo”, “Cuando nació T.	Se observó este tipo de respuestas en 5 casos: 9, 5, 10, 11, 13.

	entramos en una crisis profunda, estamos mejorando”, “Él está muy celoso de mi relación con L. porque es muy pegote conmigo”).	
	Relación distante (“Trabajamos mucho, casi no nos vemos”, “Él no está nunca”)	Este tipo de respuestas pudo observarse en 7 casos: 1, 21, 22, 27, 28, 35, 49.
	Relación ambivalente (“Estamos muy enojados, pero estamos bien”, “Nos re queremos, pero últimamente peleamos mucho”, “Con él bien, con su madre muy mal”).	Se presentó este tipo de respuestas en 3 casos: 3, 38, 51.
	Relación amorosa/buena (“Somos muy compañeros”, “Hace años que estamos juntos y nos llevamos muy bien”, “Me ayuda mucho en todo”).	Se presentó este tipo de respuestas en 25 casos: 2, 4, 6, 7, 9, 14, 19, 20, 24, 25, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 41, 42, 44, 45, 46, 48, 50, 54, 55.
	Información insuficiente (“Prefiero no responder”, “Mejor no hablar de ese tema”, “Bien”, “Tranquilo”) o ausencia de respuesta.	Apareció información insuficiente o nula en 12 casos: 8, 15, 16, 17, 18, 23, 39, 40, 43, 47, 52, 53.
	Caso especial: papá fallecido recientemente (hace 9 meses) con un vínculo amoroso de pareja.	Caso 29.

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos relevados.

Al indagar acerca de la relación con el padre del hijo percibida por la madre, el 45% de las madres hablaron de un vínculo amoroso o de cooperación. Se observó ante esta pregunta un gran número de respuestas con información insuficiente o rechazo a responder sobre el tema (un 22%); esto pudo deberse a que el tema de la investigación propuesto a las madres era la relación madre-hijo y pudieron interpretar la pregunta como una invasión a su intimidad. Se observó en gran número de casos relación distante o conflictiva, lo cual se considera como un factor de riesgo para la estabilidad emocional del niño.

Pudo detectarse un caso especial: una madre de 35 años con un único hijo de 2, que había enviudado nueve meses atrás. Refirió haber tenido una relación de amor y

cooperación con su esposo. Se lo consideró un caso especial por las circunstancias impuestas por la realidad: un padre joven que deja a un niño pequeño, pero también por la actitud resiliente de la madre que, a pesar de lo vivido, manifestó una visión positiva realista de su hijo y refirió tener un vínculo amoroso con él. Asimismo, se ha observado, como se detallará a continuación (en todos los casos), una aproximación de la madre al niño calma y amorosa retribuida por una actitud similar en el pequeño al que se observó como desenvuelto, curioso, alegre y sociable.

### **5.3.2. Observación participante: análisis de la interacción madre-hijo durante la entrevista**

Durante los encuentros con cada dupla madre-hijo, además de las entrevistas y prueba de pesquisa, se realizó la observación de la interacción de a ambos, a fin de contrastar las impresiones obtenidas con los datos aportados por el análisis de la técnica proyectiva empleada. Se detallará lo acaecido, teniendo en cuenta que no se trata de una observación metódica. Se ha tomado en consideración la manera en que la madre presentaba a su niño, en cuanto a las palabras empleadas, gestos y estado del niño con relación al aseo y vestimenta. Se consideró que estos dos últimos ítems serían significativos, ya que la muestra está compuesta por familias que tienen sus necesidades básicas satisfechas. A continuación se detallan las impresiones relevadas:

**Cuadro 11.** Tipos de interacciones iniciadas por la madre

<b>Tipo de aproximación</b>	<b>Tipo de respuesta a pedidos del niño</b>
Amorosa/calma: se observó en 40 casos. Las madres acercaban su hijo al entrevistador y esperaban que el niño pudiera establecer contacto, sin presionarlo. En todos los casos los niños estaban tranquilos, vestidos correctamente	Amorosa/calma: 39 madres continuaron teniendo conducta calma y amorosa con sus hijos durante la entrevista como respuesta a requerimientos de sus niños. La mamá del caso 35 que se presentó indiferente, modificó su

y aseados.	actitud, dando a hija respuestas calmas, amorosas, intentando animar a la niña, que se mostraba muy retraída.
Agresiva: No hubo ningún caso en el que la madre inicialmente se mostrara agresiva con su hijo.	Agresiva: una madre (caso 31, varón de 2 años) fue tomando una conducta agresiva a medida que avanzaba la entrevista y que el niño no acataba sus órdenes, hasta gritarle.
Indiferente: Se observó este tipo de conducta materna en 4 casos: 13, 30, 35, 51. En los casos 13 y 35 se trató de niñas de 4 y 3 años, respectivamente. Sendas madres se presentaron muy preocupadas por problemas personales ajenos a sus hijas. En el caso 30 (niño de 3 años), la madre no cuidó del niño, que entraba y salía de la casa a voluntad. En el caso 51 (niño de 18 meses), la madre lo depositó en el suelo y no le habló durante toda la entrevista. El niño presentaba signos de desaseo.	Indiferente: Las madres que se presentaron indiferentes mantuvieron su estilo de comunicación durante toda la entrevista. Sólo en el caso mencionado precedentemente hubo una modificación (de conducta indiferente a amorosa).
Ansiosa: este tipo de conducta materna pudo observarse en 8 casos: 7, 11, 12, 17, 18, 21, 22, 42, 49. Pudo observarse una tendencia a incitar a los niños a mostrar habilidades (casos 7, 12, 21, 22, 42) o, por el contrario, una excesiva preocupación por la salud o seguridad del niño. En el segundo subtipo de conducta ansiosa se observó sobreprotección (casos 11, 17, 18, 49).	La respuesta ansiosa se mantuvo en aquellas madres que se presentaron de esta manera. Se observó que respondían inadecuadamente a los pedidos de sus niños, ya que primaba la insistencia o en estimular destrezas o a cuidar en exceso a los niños.

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos relevados.

Se ha podido establecer, a partir de las observaciones, que hay una relación entre las conductas de la madre y su estado anímico y las reacciones del niño. Las conductas ansiosas de las madres han coincidido con conductas y reacciones agresivas o dependientes en los niños. No se han registrado casos en la presente muestra de niños que hayan tenido una conducta serena o amorosa si su madre se mostraba ansiosa o agresiva. Las madres que presentaron respuestas ansiosas tendieron a hiper estimular o sobreproteger temerosamente a sus hijos. Las primeras generaron respuestas de tipo ansioso en los niños. Las segundas se relacionaron con respuestas de tipo demandante para con ellas o el entrevistador.

**Cuadro 12.** Tipos de interacciones propuestas por el niño

Tipo de aproximación	Tipo de respuesta al estímulo materno
<p>Amorosa: fue el tipo de aproximación hijo-madre observado con mayor frecuencia. Independientemente (casos 17, 18) de la conducta de la madre, se observó la tendencia de los niños a acercarse amorosamente a sus madres, reclamando atención, cuidados o muestras de afecto.</p>	<p>Obediente: pudo observarse este tipo de respuestas en 48 del total de 55 niños observados.</p>
<p>Demandante: se observó este tipo de comportamiento en tres niños. Caso 11 (madre con conducta ansiosa y sobreprotectora): el niño de 2 años no quería despegarse de su madre, quería tomar el pecho repetidas veces durante la entrevista y se negaba a interactuar con el entrevistador. Caso 42 (madre con conducta ansiosa): la niña de 2 años se mostró muy demandante de atención para con su madre y el entrevistador. Caso 49 (madre con conducta ansiosa y sobreprotectora): el niño de 4 años se mostró demandante de atención para con el entrevistador, proponía juegos permanentemente.</p>	<p>Agresiva: pudo observarse que algunos niños (6 en total) respondían agresivamente a indicaciones de sus madres. Pudo notarse en los casos 7, 12, 21, 22 (dos niñas de 2 años y medio, una niña de 4 y un niño de 4) con sendas madres que presentaron conductas ansiosas de hiper estimulación o sobreprotección. Un niño (caso 11, 2 años, madre con conducta ansiosa y sobreprotectora) reaccionaba con irritación si su madre no accedía a sus demandas. En un caso (51, niño de 18 meses) la madre presentó conducta indiferente y vestigios de desidia en el aseo y presentación del niño; en tanto que el pequeño (si tener ningún problema de salud física) se mostró sumamente irritable y agresivo (revoleando juguetes, golpeando a su madre, haciendo berrinches).</p>
<p>Indiferente: pudo observarse en un caso (30, niña de 3 años y 9 meses). Se la vio muy retraída y sin intención de interactuar con el entrevistador ni con su madre.</p>	<p>Indiferente: 1 niña del total de los observados parecía mantenerse indiferente a las indicaciones de su madre (hechas con displicencia, ya que la madre también mostraba conducta indiferente hacia su hija; estaba fundamentalmente imbuida en sus problemas de pareja).</p>
<p>Agresiva No se ha observado conducta inicialmente agresiva en ninguno de los niños observados.</p>	

Fuente: elaboración propia sobre la base de datos relevados.

### **5.3.3. Vínculo madre-hijo. Modalidad vincular propuesta por la madre. Test de las Dos Personas**

Se ha descrito al vínculo como la ligazón entre dos personas (Bernstein, 1979, citado en Febbraio, 2010). Oiberman (2008) plantea el vínculo madre-hijo como una construcción diádica y dialéctica. No obstante, se trata de una relación asimétrica en la que uno de los componentes es más fuerte, experimentado y es quien propone la modalidad vincular. En el presente trabajo se propuso la idea de que es la madre quien predominantemente define el tipo de vínculo madre-hijo. Para analizar esta modalidad vincular se observaron las producciones gráficas de las madres en el Test de las Dos Personas (Bernstein, 1991). Para proceder al análisis de las producciones gráficas se explicitarán a continuación únicamente los indicadores de mayor patología en el vínculo según los baremos existentes para la población argentina (Verthelyi *et al.*, 1985).

#### **5.3.3.1. Presentación y análisis de casos en que se detectan indicadores de patología en el vínculo**

Del total de madres encuestadas, 11 presentan en su producción gráfica indicadores de patología, tales como:

1. Base confusa en la que no hay discriminación piso-figuras.
2. Emplazamiento inferior izquierda o derecha.
3. Macrografía o micrografía.
4. Distancia entre figuras acentuada o inexistente (indiscriminación).
5. Postura de las figuras de espaldas.
6. Kinesia acentuada.

7. Incompletud en las figuras.
8. Sombreado/asimetría u otras características de las figuras.
9. Adiciones.
10. Historia dividida o disociada.
11. Adición de roles o personajes en el relato.
12. Temática de la historia disociada.
13. Título desconectado del relato.

Caso 1. Madre de una niña de 4 años. Presenta los siguientes indicadores:

1. Base en declive hacia la derecha.
2. Emplazamiento inferior izquierdo.
3. Micrografía.
4. Incompletud de ambas figuras: sin manos, con ojos vacíos, piernas pegadas, sin diferenciación sexual ni de edad (incongruente con el relato), figuras inclinadas.

El emplazamiento inferior izquierdo es poco habitual (en los baremos nacionales, se da sólo en el 12% de los casos); es indicador de estados depresivos o baja autoestima. Esto encuentra correlato en el tamaño pequeño de ambas figuras (la micrografía es menos frecuente en adultos e indicador de patología), lo cual se relaciona con baja autoestima e inseguridad. Hay incompletud en ambas figuras (no hay manos, faltan rasgos faciales, tales como la nariz, y los ojos vacíos), lo que puede asociarse con estados depresivos y dificultad para relacionarse con otros. Las piernas de ambas figuras aparecen pegadas, ítem que se asocia con agresividad reprimida (Verthelyi *et al.*, 1985).

En relación con las respuestas a preguntas abiertas de la entrevista, esta mamá, respecto de su vínculo con su hija dio una respuesta que se catalogó como ambivalente:

“Ella es buena, pero a mí me cuesta mucho ponerle límites. No puedo manejarla”. Al ser indagada sobre su relación con el papá de la niña, describió una relación de tipo distante: “No hay peleas entre nosotros, estamos bien, él no está nunca”.

Relacionando ambas fuentes de datos, se puede decir que esta madre presenta dificultades en la vinculación que pueden impactar en la manera de tratar a su hija, de estimular su desarrollo y salida al mundo.

Caso 8. Madre de una niña de 3 años. Presenta los siguientes indicadores:

1. Base dividida, formando picos hacia arriba.
2. Distancia acentuada.
3. Cabeza grande (1/3 del tamaño total de la figura), cabello formando picos y medias terminando en picos en la primera figura; remera que termina en picos en la segunda figura; sombreado en cuerpo y cabeza en ambas figuras.
4. Adición de sol, nubes y árbol. El árbol, con cuatro nudos en el tronco, y la copa, totalmente cruzada (formando un enrejado) por ramas.
5. Historia de contenido conflictivo y ambivalente.

Estos indicadores darían cuenta de la presencia de inseguridad, angustia (evidenciada por el sombreado) y agresividad (manifestada por la presencia de elementos terminados en puntas). La distancia marcada entre figuras, que en la historia se plasma en un contenido conflictivo y ambivalente, daría cuenta de ansiedad con respecto a las relaciones interpersonales. Hay adición de elementos gráficos que no están en función de facilitar el acercamiento (árbol con tronco nudoso y copa enrejada). Esto indicaría inseguridad y preocupación.

Relacionando este análisis con las respuestas a las preguntas abiertas, esta madre ha dado una definición de su hija catalogada como positiva realista, del vínculo con ella como amoroso tierno y de la relación con el padre de la niña sin información suficiente. Durante la observación, hubo aproximaciones y respuestas a los pedidos de la menor que fueron calmas y amorosas. Asimismo, la pequeña se dirigió a su madre amorosamente y fue obediente ante las indicaciones, mostró desenvoltura al jugar y moverse en el espacio. Se la veía alegre y comunicativa. En el relato de esta madre apareció una marcada preocupación por la crianza de sus hijos (una niña de 3 años y un varón de 15 años, hijo de una pareja anterior) y la unión de la familia ensamblada.

Caso 11. Madre de un niño de 2 años. Presenta los siguientes indicadores:

1. Base separada que declina bajo la primera figura.
2. Emplazamiento superior izquierdo.
3. Incompletud en las figuras: ojos vacíos, ausencia de nariz, pies redondos, brazos cortos, dedos en punta, transparencias.
4. Adición de valijas, boletos avión y nubes.
5. La historia no habla de acercamiento, está dividida.

Los indicadores dieron cuenta de inseguridad e inmadurez. La presencia de ojos vacíos, ausencia de nariz y brazos cortos, así como la adición de objetos que marcan una distancia entre los personajes indicarían dificultades para vincularse de manera saludable. La historia aparece dividida, lo cual da cuenta de esta misma dificultad.

Relacionando estos datos con los relevados en la entrevista, se pudo observar una descripción del niño catalogada como ambivalente (“es muy pegote, pero a veces no lo aguanto”) al igual que su descripción del vínculo con él (“Somos demasiado pegados;

me da culpa dejarlo tantas horas en la guardería”). Al preguntarle por su relación con el padre de su hijo, respondió: “Él está muy celoso de mi relación con L. porque es muy pegote conmigo. Eso nos trae problemas”. Durante las observaciones pudo notarse una actitud ansiosa y sobreprotectora por parte de la madre, que se mantuvo estable como conducta. El niño se mostró muy demandante con su madre, negándose en todo momento a interactuar con otra persona, presentando conductas agresivas, tales como hacer berrinches golpeando o revoleando objetos, y calmándose solamente al tomar la teta; cosa que hizo tres veces en sesenta minutos. Las circunstancias descritas dieron cuenta de un vínculo probablemente no salutógeno, ya que la madre no estaría promoviendo la independencia del niño.

Caso 12. Madre de una niña de 4 años. Presenta los siguientes indicadores:

1. Base confusa e indiscriminada con las figuras.
2. Distancia pronunciada.
3. Primera figura inclinada, transparencias (el cabello largo se confunde con los brazos), fosas nasales sin nariz. Numerosos detalles en la vestimenta de ambas figuras (tales como volados en mangas, cuellos y zoquetes, flores y puntos que decoran las prendas). Pies grandes en la primera figura. Número incorrecto de dedos en las manos de ambas figuras.
4. Reiterados cambios de sujeto en el relato (usa “nosotras” y “ellas” indiscriminadamente).

Los indicadores presentes dieron cuenta de indiscriminación en las relaciones interpersonales (base indiscriminada). El tratamiento dado a las figuras indicó inmadurez tendencia al histrionismo. Las transparencias han sido consideradas signo de patología.

En relación con las respuestas a la entrevista, esta madre definió a su hija así: “Feliz, pero se angustia por todo”, lo que se considera una respuesta ambivalente. Al preguntarle por su vínculo con ella, también tuvo una respuesta de este tipo: “Estoy todo el tiempo con ella y eso me juega en contra”. La relación con el padre de la niña se clasificó como desarticulada, no hay comunicación personal con él “No hay vínculo. Todo está judicializado”.

Al observar la interacción madre-hija y el comportamiento de ambas pudo observarse que la madre se presentó ansiosa, sumamente preocupada por el bienestar de la niña en una actitud sobreprotectora. Pudo verse en la niña una actitud demandante para con su madre y de mucha dependencia (no quería jugar si no era con su madre).

La concatenación de datos hizo inferir que este modelo vincular no saludable de la madre ha afectado el estado emocional de la niña, que se mostró desapacible, ansiosa y poco independiente.

Caso 13. Madre de una niña de 3 años. Presenta los siguientes indicadores:

1. Base confusa e indiscriminada.
2. Emplazamiento inferior izquierdo.
3. Micrografía.
4. Distancia inexistente.
5. Incompletud en las figuras: no cumple la consigna “Dibujá dos personas completas, no monigotes”. Las dos figuras tienen cuerpo, brazos y piernas unidimensionales, sin manos ni pies. Cara sin rasgos. Adición de anteojos sombreados.
6. Adición de rocas, mar y sol (ovoide). Los rayos del sol forman picos.

## 7. Historia muy breve dividida.

Los indicadores que aparecen son signos de identidad y vincularidad patológica. La base confusa, la distancia inexistente entre figuras y la historia dividida darían cuenta de dificultades en la discriminación yo-no yo. Las figuras tienen miembros unidimensionales y no hay rasgos en la cara. Los ojos aparecen cubiertos por lentes sombreados, lo que evidencia la dificultad para comunicarse y vincularse. Se adicionaron objetos, tales como rocas y mar con fuerte oleaje, lo que puede asociarse a una vivencia hostil del mundo. El sol adicionado presenta rayos en forma de picos, lo cual se relaciona con la vivencia ambivalente con una figura protectora agresiva.

Relacionando estos datos con los relevados en la entrevista, pudo notarse que la descripción que hizo de su hija fue positiva-realista (“Le gusta hacer payasadas”) y la descripción de su vínculo con la niña amoroso (“Ella es independiente y prefiere a su papá, pero nos llevamos bien”). En relación con su vínculo con el padre de su hija tuvo una respuesta catalogada como de relación conflictiva: “Estamos mal, en crisis, no sé qué va a pasar. Vivimos en crisis”.

Durante la observación se pudo apreciar de parte de la madre una actitud indiferente para con su hija, y en la niña se observó una actitud igualmente displicente para con su mamá. En este caso pudo notarse que había una preocupación casi exclusiva de la madre por sus conflictos de pareja; refería una situación familiar muy tensa (familia ensamblada en la que el hijo adolescente de 17 años presentaba problemas de conducta y tenía una relación muy agresiva con el padre afín). Las dificultades vinculares de esta madre, evidenciadas por el test, la entrevista y la observación probablemente hayan impactado en el psiquismo de la niña que se muestra hosca, arisca y retraída.

Caso 17/18. Madre de mellizos de 3 años. Presenta los siguientes indicadores:

1. Emplazamiento superior derecho.
2. Distancia pronunciada.
3. Indicadores en el tratamiento de las figuras: sombreado en la cabeza de ambas figuras. Sombreado en la cara de la primera figura (niña con un ojo completamente repasado o sombreado). Manos y pies grandes. Dedos en forma de lanza. Cabello en picos. Incongruentemente con la historia, en la que son dos hermanos de la misma edad, la figura femenina (dibujada en primer término) es sensiblemente más pequeña.
4. Historia: relata la lucha por la supervivencia de dos gemelos prematuros que “se mantuvieron siempre juntos y pusieron mucha energía para salir adelante [...] dos pequeños guerreros que saben cómo dar batalla”. Es incongruente con la distancia pronunciada entre las figuras y la no vinculación de ellas.

En este caso se entrevistó a la madre en dos oportunidades (una con cada niño) y se decidió hacer una única toma del Test de las Dos Personas. Se encontró que las figuras que parecían flotar en el aire estaban a una distancia pronunciada, presentaban ambas una integración muy pobre, asimetría pronunciada en las extremidades, que eran desproporcionadamente grandes, y cabello y dedos terminados en picos. Esto evidencia dificultades en la vinculación, inmadurez, agresividad. La figura femenina, dibujada en primer término, es más pequeña y presenta zonas sombreadas en el rostro. La historia concuerda con la producción gráfica, ya que intenta describir una relación en una historia dividida.

Confrontando estos datos con los de la entrevista, se notó que la madre describió a ambos niños de una manera que se catalogó como positiva idealizada: “Es una luchadora de la vida” (refiriéndose a la niña); “Es un titán” (refiriéndose al varón). En

cuanto a su relación con los niños, no aportó datos significativos. Al preguntar por su relación con el padre de los niños, manifestó no querer hablar del tema.

En las observaciones pudo verse que esta mamá tenía con sus niños (no se advirtieron diferencias significativas en el trato con uno y otro niño) una actitud ansiosa de tipo sobreprotector, en tanto que los niños tuvieron conductas de tipo amoroso y obediente para con su madre. Resulta posible que esta actitud sobreprotectora haya sido producto del trauma consecuente a las dificultades sufridas por sus hijos prematuros, pero también —y esto se evidencia en el test— puede ser compensación de su agresividad e inmadurez.

Caso 21. Madre de un niño de 3 años y 9 meses. Presenta los siguientes indicadores:

1. Emplazamiento: inferior izquierdo con la hoja apaisada.
2. Base: trazo débil e irregular.
3. Micrografía: las figuras son pequeñas (menores de 1/3 de la hoja).
4. Completud: adecuada, aunque presenta sombreado en la cabeza, transparencias, cuello largo, hombros anchos, número incorrecto de dedos en las manos de ambas figuras. Ambas presentan una sola oreja (la derecha). Dedos en punta en la primera figura (“mamá”) y también 6 botones en la blusa.
5. Diferenciación sexual: el niño (segunda figura dibujada) tiene en su rostro rasgos femeninos.
6. Historia: correctamente desarrollada. Presenta la adición de un personaje (“papá”) que resulta excluido: “G. va muy contento al jardín con su papá, pero siempre quiere que mamá vaya a buscarlo”. Hay un cambio en la persona de la

redacción: “Cuando *mamá* puede ir, al verla dice fuerte: ‘¡Mamá! ¡Me viniste a buscar!’. *Nos* damos un beso, me cuenta algo del jardín y *volvemos* a casa”.

El trazo débil e irregular, así como la micrografía, estarían indicando inseguridad y baja autoestima. Ambas figuras tienen un tratamiento muy similar, a pesar de que representan personajes en una relación asimétrica (madre-hijo). No hay gran diferenciación en lo sexual ni en la apariencia. La historia adiciona un personaje (“papá”) que termina excluido.

Confrontando estos datos con los relevados en la entrevista, puede inferirse una relación de excesiva sobreprotección que pudo relacionarse con el modo de vincularse de la madre. La percepción de su hijo se encuadró dentro de las respuestas ambivalentes (“Es caprichoso y sociable. Es muy amoroso conmigo”). El vínculo con el niño fue descrito como simbiótico (“Él es mi compañero, hacemos todo juntos”). En tanto que la relación con el padre del niño fue descrita como distante. “Trabajamos mucho los dos, nos vemos poco”).

Durante la observación pudo notarse que la madre se mostró en todo momento ansiosa y sobreprotectora, en tanto que el niño (además de tener conductas de un niño de menor edad, tales como “media lengua”) se mostró muy excitado y agresivo.

Las dificultades de esta madre incidieron en el niño bajo la forma de sobreprotección; que resultó para el menor un condicionamiento para su crecimiento, comunicación y sociabilidad.

Caso 22. Madre de una niña de 2 años y 10 meses. Presenta los siguientes indicadores:

1. Macrografía: las figuras ocupan la mitad de la hoja.

2. Distancia casi inexistente: ambas figuras (una madre y su hija) tomadas de la mano de forma tal que los dedos se intercalan encajando cual engranajes.

3. Tratamiento de las figuras: hay repaso en las dos figuras. Manos grandes. Dedos en puntas. Pies grandes. Piernas pegadas. Cuello largo y ojos grandes (ocupan 1/3 del rostro) en ambas figuras. Las dos tienen una sola oreja: la derecha.

4. Historia: es el relato de la relación madre hija sumamente idealizada (“La niña le enseña a su mamá la manera que más le gusta jugar, en tanto que la madre le enseña a su hija que todo lo que hace en su vida es por ella”). Adición de un personaje (“papá”): “Ellas están esperando que llegue papá del trabajo para disfrazarse todos y jugar en familia”; “R. les dice a sus papis los amo mucho a los dos”.

La presencia de macrografía fue considerada indicador de inseguridad y baja autoestima, corroborada por el repaso de ambas figuras. Hubo asimetría en ambas figuras y poca distancia entre ellas, lo que indicaría poca discriminación con el otro. Ambas figuras tienen un aspecto muy similar, sólo se diferencian por el tamaño. La historia narra una relación sumamente idealizada con la adición de un personaje (“papá”).

Refrendando estos datos con los obtenidos en la entrevista, pudo notarse idealización en la definición de su hija (“Es mi vida entera, el sol y las estrellas”), y una descripción del vínculo de tipo simbiótico (“somos muy pegadas, muy”). En relación con el vínculo con el padre de la niña, la respuesta fue catalogada como del tipo “relación distante”.

Durante la observación se notó a la madre muy ansiosa; trataba de estimular a su hija permanentemente e incitarla a que muestre habilidades, en tanto que la niña se mostró igualmente inquieta y por momentos agresiva.

La modalidad de esta madre, tendiente a perder límites de cercanía con su hija, ha incidido en la niña generando en ella ansiedad y tensión.

Caso 30. Madre de una niña de 4 años. Presenta los siguientes indicadores:

1. Emplazamiento: inferior central.
2. Base: entrecortada y fusionada con los pies de la primera figura.
3. Macrografía.
4. Completud: ambas figuras tienen una pobre integración de sus partes. El torso de ambas, así como los brazos, piernas y pies, son rectángulos, lo que les da un aspecto de robots. La cabeza de las dos figuras está flotando sobre el cuello. El cabello está representado por rayas que se irradian desde la cabeza. Ojos vacíos, boca unidimensional, ausencia de nariz en las dos personas. Adición de un elemento: un globo que parece escaparse de la mano del niño.
5. Diferenciación sexual: pobremente lograda, sólo indicada por una prenda (pollera o pantalón).
6. Edad de la primera figura: dibujó primero a un niño de 7 años (“Néstor”) y luego a su madre, de 37 (“Rufina”).
7. Historia: acercamiento mutuo (“La mamá salió a pasear con su hijo”; “Esta vez a Néstor se le antojó un globo y a Rufina le encanta consentirlo cuando puede”; “Ahora felices vuelven al *lugar* a continuar la rutina semanal”).
8. Título: no tiene.

La presencia de una base fusionada con las figuras pobremente integradas con respecto de robots se consideró un indicador de patología, falta de discriminación yo-no yo. La macrografía, así como el poco detalle e integración en las figuras, podrían indicar un estado depresivo. La historia habla de una madre a la que le encanta consentir a su hijo cuando puede.

Confrontando estos datos con los relevados en la entrevista, pudo observarse que la percepción de la hija por parte de la madre fue ambivalente (“Es una amor si se hace lo que ella quiere”). Lo mismo ocurrió con la referencia al vínculo (“Es fácil llevarse bien si le llevas la corriente”). En tanto que la respuesta con relación al vínculo con el padre de la niña fue descripta como desarticulada (“No hablo con él. Todo lo referente a la nena lo maneja el Juez de Menores”).

De acuerdo con los parámetros del test, esta madre presentó una modalidad vincular patológica, la cual —sumada a otras circunstancias: madre añosa y multípara— incide sobre la presencia anímica de esta niña, que se mostró triste y apocada.

Caso 49. Madre de un niño de 4 años. Presenta los siguientes indicadores:

1. Base: inexistente con figuras flotando a distinta altura.
2. Distancia: pronunciada.
3. Kinesia: media. Ambas figuras parecen dirigirse en la misma dirección: hacia la izquierda.
4. Completud: dibujos pobremente integrados, con brazos y piernas unidimensionales, ausencia de manos en la segunda figura y número incorrecto de dedos en la primera. Cabellos representados por unas escasas líneas temblorosas. Ojos y narices representados por puntos. Boca unidimensional remarcada. Los pies de la primera figura (femenina, adulta) son garabatos.

5. Historia: relato disociado. Se trata de dos historias paralelas en que se evidencia una clara intención de señalar la no interacción.

6. Características de la interacción en la historia: hay una evitación total del vínculo, pues se presentan historias disociadas.

7. Desenlace: ausente.

8. Título: ausente.

La presencia de ambas figuras pobremente integradas y flotando en el aire, y un trazo muy débil y fragmentado fueron considerados indicadores de patología en relación con la identidad propia y el vínculo. La historia disociada corroboró esta hipótesis.

Al confrontar estos elementos con los aportados por la entrevista, pudo notarse que la descripción del niño fue del tipo realista positivo (“Es muy bueno”), en tanto que el tipo de vínculo se catalogó como distante (“El tiempo que me queda después de trabajar cumplo con él”). El vínculo con el padre del niño, por su parte, se inscribió dentro de la categoría relación buena/amorosa (“Nos llevamos bien y nos ayudamos mutuamente”).

Durante la observación se ha logrado apreciar que la madre se aproximaba al hijo de una manera ansiosa, sumamente preocupada por la salud y el bienestar del niño, aproximación que fue catalogada como ansiosa/sobreprotectora. El niño se mostró muy demandante tanto con su madre como con la entrevistadora.

La modalidad vincular de esta madre, que según los parámetros del test resultó patológica, pudo haber tenido consecuencias en el área emocional del niño, que mostró conductas inmaduras, ansiedad y signos de dependencia emocional, tales como pedir constantemente ayuda a los adultos para jugar.

Caso 51. Madre de un niño de 1 año y 6 meses. Presenta los siguientes indicadores:

1. Emplazamiento: superior izquierdo. Hoja apaisada.
2. Base: inexistente, ambas figuras flotan en el aire en posición opuesta y oblicua.
3. Postura: semiperfil la primera figura, y perfil, casi de espaldas, la segunda. No hay conexión entre ellas.
4. Kinesia: acentuada. La primera figura es una bailarina que está girando; la segunda es “un mendigo” (Marcos) que extiende una mano.
5. Completud: ambas figuras están esbozadas con trazos espigados o entrecortados. No hay rasgos faciales en ninguna de las dos personas. Las manos de la primera están esbozadas y no tienen dedos. El “mendigo” tiene sólo una mano visible. Debido a su postura de perfil, casi de espaldas, muestra una sola pierna y un solo pie.
6. Diferenciación sexual: insinuada por la vestimenta (tutú de ballet, la mujer, y galera, el hombre).
7. Historia: deliberadamente disociada:

“Marcos de 68 y Mariana de 24 años de edad son dos personas que no se conocen, pero que pudieron haberse cruzado alguna vez. Ella, una bailarina profesional y él, un mendigo. ¿Habría Marcos sido tan talentoso como lo es Mariana? ¡Cuáles habrán sido sus sueños? ¡Por qué terminó en la calle? Y podría hacer mil preguntas más sobre este personaje; pero la pregunta verdadera es: ¿por qué nos interesamos en el hombre sin hogar y no en la muchacha? [...] Hablemos un poco de ella. Cuando era niña tomaba clases de baile. Resultó que tenía condiciones y, con dedicación, pudo llegar lejos en su carrera. Pero, ¿es feliz? ¿Hace lo que ama o lo que en este momento de su vida cree que es lo más conveniente? ¿Qué es lo que realmente quiere y sueña? ¿Terminará ella igual que Marcos? Si respondiste NO, enumerá tus razones, leelas y volvé a pensarlo”.

8. Desenlace: no hay desenlace porque no hay historia.

9. Título: ausente.

El emplazamiento no habitual (hoja apaisada), la ubicación oblicua de ambas figuras flotando en el aire, la kinesia acentuada y los rasgos apenas esbozados fueron considerados indicadores de patología con relación tanto a identidad como a vínculo. La historia disociada confirmó esta hipótesis.

La confrontación de estos datos con los relevados durante la entrevista indicó coincidencias, ya que la descripción del niño catalogada como ambivalente (“¡Es terrible! Grita, pega, pero es simpático cuando quiere”), así como la descripción del vínculo (“Es muy mamerero, no me deja ir al baño ni comer, me agota”). En tanto que la relación con el papá del niño fue considerada ambivalente (“Con él bien, con su madre muy mal, así que imagínate”).

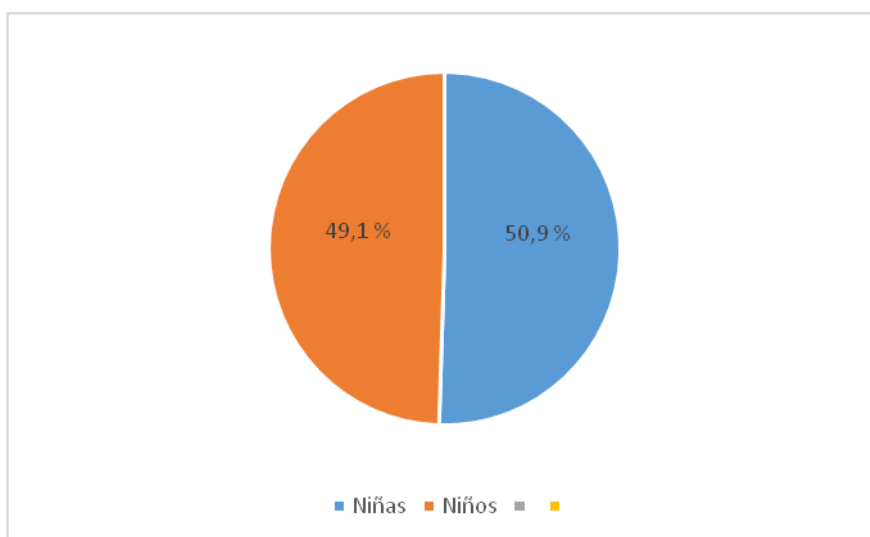
En la observación pudo notarse una actitud indiferente de la madre, que depositó al niño en el suelo y lo ignoró el resto de la entrevista o respondió con fastidio las demandas del niño que se mostró fastidioso y agresivo (revoleando objetos o golpeando a su madre).

Otro indicador de la desidia materna fue la presencia del niño, que estaba desaseado (signo poco esperable en un niño de 21 meses con las necesidades básicas satisfechas y una madre con estudios terciarios completos). Esta confluencia de circunstancias ha sido observada como poco favorable para el desarrollo del niño.

### 5.3.4. Desarrollo del niño: su evaluación a través de la PRUNAPE

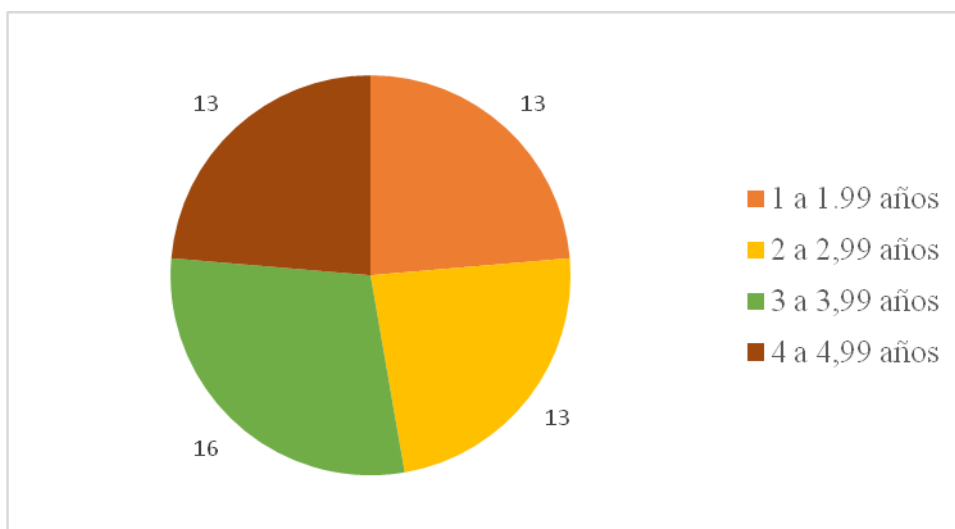
Del total de 55 niños estudiados, 12 no superaron la prueba de pesquisa, lo que significa que son sospechosos de tener un problema de desarrollo, según los indicadores de la PRUNAPE. Este valor representa un 21,81% del total de la muestra. Con relación a los valores nacionales, en zonas no desfavorecidas socioeconómicamente, la muestra trabajada responde a un valor similar al 22% de niños con problemas de desarrollo que muestran los distintos trabajos de investigación (Lejarraga *et al.*, 2008, 2010a, 2016; Montes & Pazos, 2016).

**Gráfico 2.** Distribución de niños integrantes de la muestra por sexo



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos relevados.

**Gráfico 3.** Distribución de niños integrantes de la muestra por edad



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos relevados.

De los 12 niños que fallaron en la PRUNAPE, se analizó cuál fue el área o las áreas en las que fallaron. Se identificó a cada dupla con un número de caso.

- Caso 1. Niña de 4 años. No pasó dos pautas B.

1. Falló en la pregunta “¿Por qué es de día y por qué es de noche?” correspondiente al área Lenguaje.

2. Falló en la prueba “caminar talón-punta” que corresponde al área Control Motor Grueso.

- Caso 11. Niño de 2 años. No pasó dos pautas B, correspondientes al área Personal Social.

1. Acudir al llamado del entrevistador.

2. Entregar objeto al entrevistador.

- Caso 12. Niña de 4 años. Falló en más de dos pautas B.

1. Falló en tres pruebas del área Control Motor Fino: dibujar una persona con tres partes, dibujar una cruz, doblar un papel por la mitad.

2. Falló en dos pruebas del área Lenguaje: decir su nombre completo y armar frases completas con sujeto y predicado.

• Caso 13. Niña de 4 años. Falló en dos pautas B.

1. Analogías opuestas, correspondiente al área Lenguaje.

2. Saltar en un pie, correspondiente al área Motor Grueso.

• Caso 17. Niña de 3 años. Falló en una pauta A.

1. Control de esfínteres diurno no logrado. Pertenece al área Personal Social.

• Caso 18. Niño de 3 años. Falló en una pauta A.

1. Control de esfínteres diurno no logrado. Pertenece al área Personal Social.

• Caso 21. Niño de 4 años. Falló en dos pautas B.

1. El niño sigue dos indicaciones consecutivas, perteneciente al área Lenguaje

2. El niño conoce el uso de dos objetos, pauta perteneciente al área de lenguaje.

• Caso 25. Niño de 3 años. Falló en tres pautas B, todas correspondientes al área Lenguaje.

1. Decir su nombre.

2. Tararear en presencia de terceros.

3. Decir una frase completa.

• Caso 30. Niña de 4 años. Falló en tres pautas B correspondientes al área de Lenguaje.

1. Decir su nombre completo.

2. Decir frases completas con sujeto y predicado.

3. Dibujar una persona con tres partes.

- Caso 42. Niña de 3 años. Falló en dos pautas B correspondientes al área Lenguaje.

1. Tararear en presencia de terceros.
2. Decir frase con sujeto y predicado.

- Caso 49. Niño de 4 años. Falló en dos pautas B correspondientes al área Control Motor Grueso.

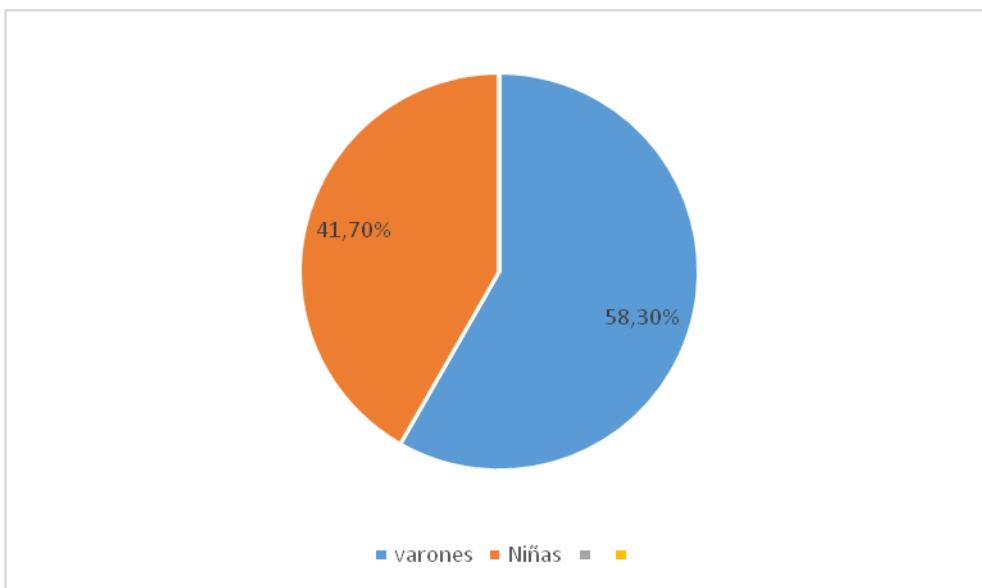
1. Caminar talón-punta.
2. Saltar en un pie.

- Caso 51: Niño de 21 meses. Falló en tres pautas B

1. Acudir al llamado del entrevistador, correspondiente al área Personal Social.
2. Armar una torre de cuatro cubos, correspondiente al área Control Motor Fino.
3. Lanzar pelota al entrevistador, correspondiente al área Control Motor Fino.

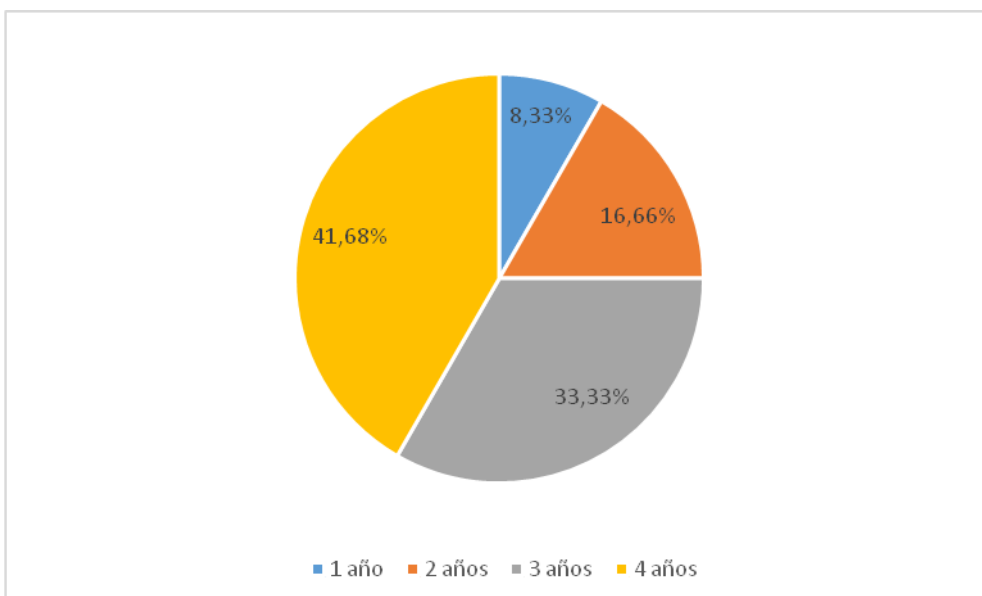
De los 12 menores que no pasaron la prueba, 5 son niñas y 7 son varones, lo que representaría un 41,7% y un 58,3% de la muestra, respectivamente. De las 5 niñas, 3 tienen 4 años, una 3 y otra 2 años. Del grupo de varones que no pasaron la prueba, 2 tienen 4 años, 3 tienen 3 años, 1 tiene 2 años y 1 tiene 21 meses. Estos resultados son coincidentes con los valores recabados en distintas muestras obtenidas en sendos relevamientos en zonas no desfavorecidas (Lejarraga *et al.*, 2004, 2008, 2010a, 2011). Asimismo, se corrobora la relación entre sexo del menor y no pasar la prueba: los estudios realizados indican que hay una mayoría de varones que fracasan en la prueba de pesquisa. También se observa la curva que indica que la mayor cantidad de fracasos en la prueba se da a los 3 y 4 años, y luego desciende. De los 12 niños que no pasaron la prueba, 4 tienen 3 años y 5 tienen 5 años, lo que representa un 33,3% y un 41,6% del total de la muestra. No se registraron fracasos en niños de 5 o más años.

**Gráfico 4.** Niños con problemas de desarrollo. Distribución según sexo



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos relevados.

**Gráfico 5.** Distribución por edad de niños que fracasan en la PRUNAPE



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos relevados.

Si relacionamos el fracaso en la prueba de pesquisa y los factores de riesgo y protectores resultantes de la entrevista, podemos observar en cada caso lo siguiente:

1. Caso 1: Niña de 4 años.

- a. Presenta más dos factores de riesgo:
  - a. Bajo peso al nacer (pesó 2 kg).
  - b. Su madre presenta problemas de salud mental.
  - c. Conviven con abuelos y tíos con los que tienen relaciones conflictivas.
- b. Presenta como factores protectores:
  - a. Concorre al jardín de infantes.
  - b. Se le realizan los controles médicos adecuados.

2. Caso 11: Niño de 2 años.

- a. Presenta más de dos factores de riesgo:
  - a. Su papá tiene problemas de adicción a sustancias (cocaína y alcohol).
  - b. La madre tiene 42 años: se considera factor de riesgo porque implica menor cantidad de tiempo para dedicar al niño y mayor desgaste físico de la madre.
  - c. La madre trabaja más de 40 horas semanales, por lo que el niño pasa 8 horas diarias en una guardería.
- b. Como factores protectores pueden mencionarse:
  - a. Se le realizan los controles de salud pertinentes.
  - b. La familia brinda apoyo emocional a los padres.

3. Caso 12: Niña de 4 años.

- a. Presenta más de dos factores de riesgo:
  - a. Sus padres están divorciados y la relación entre ambos es mala.
  - b. La madre presenta problemas de salud mental: tiene diagnóstico de trastorno de personalidad con rasgos histriónicos.

c. Mientras su madre trabaja, la niña es cuidada por niñeras que no tienen continuidad laboral: han sido reemplazadas por tener problemas con la madre de la niña.

d. La madre tiene 44 años.

b. Como factores protectores presenta los siguientes:

a. Concorre el jardín de infantes.

b. Recibe los controles de salud regularmente.

4. Caso 13: Niña de 4 años.

a. Presenta los siguientes factores de riesgo:

a. Sus padres tienen una relación muy conflictiva y violenta y están en un proceso de separación.

b. El padre se ausenta largos períodos por motivos laborales, lo cual, sumado a la conflictiva relación parental, habla de una familia poco continente.

c. Conviven con un medio hermano mayor que presenta problemas de conducta.

d. La madre tiene diagnóstico de trastorno depresivo.

b. Asimismo, pueden mencionarse como factores protectores los siguientes:

a. La niña concorre al jardín de infantes desde los 3 años.

b. La abuela materna y el abuelo paterno brindan permanente apoyo a la madre.

c. La niña recibe controles de salud periódicos.

5. Caso 17. Niña de 3 años.

a. Presenta los siguientes factores de riesgo:

- a. Nacimiento pretérmino (30 semanas).
- b. El embarazo fue gemelar.
- c. Muy bajo peso al nacer (900 gramos).
- d. Padres divorciados con relación muy conflictiva.
- e. La madre tiene 42 años.

b. Como factores protectores pueden mencionarse los siguientes:

- a. Concorre al jardín de infantes desde los 3 años.
- b. Recibe regularmente los controles de salud correspondientes.

6. Caso 18: Niño de 3 años.

a. Presenta los siguientes factores de riesgo.

- a. Nacimiento pretérmino (30 semanas).
- b. El embarazo fue gemelar.
- c. Muy bajo peso al nacer (960 gramos).
- d. Padres divorciados con relación muy conflictiva.
- e. La madre tiene 42 años.

b. Como factores protectores pueden mencionarse los siguientes:

- a. Concorre al jardín de infantes desde los 3 años.
- b. Recibe regularmente los controles de salud correspondientes.

7. Caso 21: Niño de 4 años.

a. Presenta como factor de riesgo el siguiente:

- a. La madre tiene 38 años y trabaja más de 45 horas semanales, incluso durante la presente investigación en que acaba de dar a luz a una niña hace

tres meses. Esto hace suponer que la madre cuenta con poco tiempo y energía para dedicar al niño.

b. Presenta los siguientes factores protectores:

a. Recibe los controles de salud correspondientes a un niño de su edad.

b. Concorre al jardín desde los 3 años.

c. La abuela materna colabora con la madre en la atención de los niños.

8. Caso 25: Niño de 3 años.

a. No pudieron detectarse factores de riesgo.

b. Como factores de protección se registraron los siguientes:

a. El niño concurre al jardín de infantes.

b. Recibe los controles de salud necesarios.

9. Caso 30: Niña de 4 años.

a. Como factores de riesgo se detectaron los siguientes:

a. Madre de 40 años, que refiere tener problemas de salud (fibromialgia).

b. Madre multípara (la niña es la cuarta de sus hijos).

c. Familia monoparental.

d. Padres divorciados con una relación que la madre ha definido como “judicializada”. Padre ausente.

e. Poca contención de la familia extensa.

f. La niña presentó problemas de salud de orden dermatológico desde muy pequeña.

b. Como factores protectores puede mencionarse los siguientes:

a. La niña concurre el jardín de infantes desde los 3 años.

b. Recibe controles de salud.

10. Caso 35: Niño de 2 años.

a. Como factores de riesgo se pudieron detectar los siguientes:

a. Hogar monoparental: los padres nunca convivieron. El niño visita a su papá todos los fines de semana, durante 2 o 3 días desde los 6 meses de vida, y durante ese lapso se separa de su mamá.

b. Nivel socioeconómico medio-bajo: viven en una zona desfavorecida que no cuenta con agua de red ni cloacas.

b. No pudieron detectarse factores protectores.

11. Caso 49: Niño de 4 años.

a. Se detectaron los siguientes factores de riesgo:

a. La madre tiene 46 años.

b. La madre trabaja fuera del hogar 50 horas semanales, y el niño queda al cuidado de una cuidadora.

c. El padre presenta una severa enfermedad crónica.

b. Como factores protectores pueden mencionarse los siguientes:

a. El niño concurre al jardín de infantes.

b. Recibe los controles de salud correspondientes a un menor de su grupo etario.

12. Caso 51: Niño de 21 meses.

a. Se detectaron los siguientes factores de riesgo:

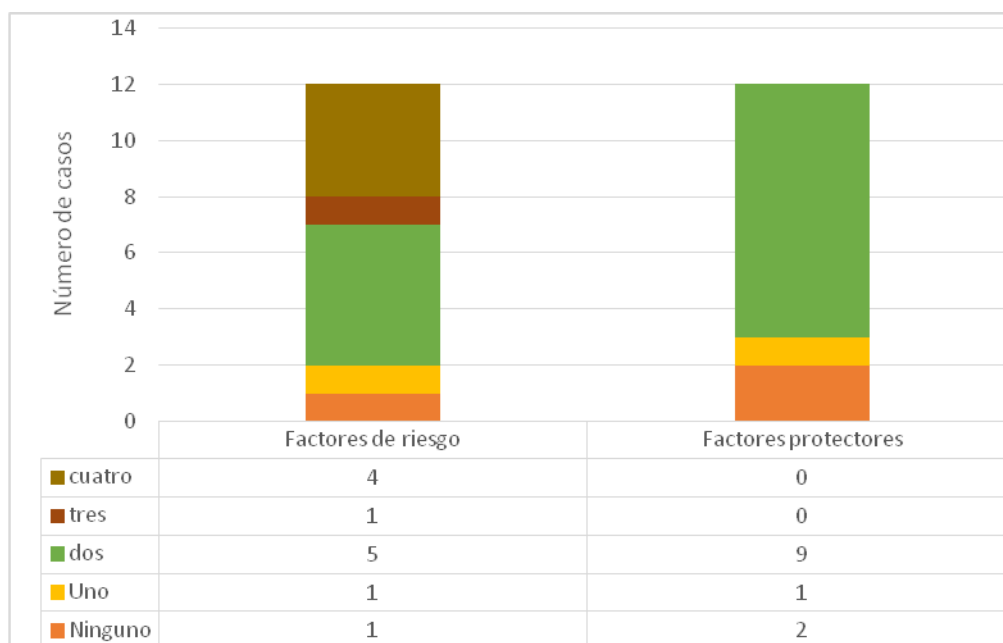
a. Relaciones familiares conflictivas, lo que trae como consecuencia el aislamiento de la dupla madre-hijo.

b. Falta de contacto con amigos o relaciones extra familiares,

c. Falta de controles médicos del niño,

b. No se detectaron factores protectores.

**Gráfico 6.** Incidencia de factores de riesgo y factores protectores en niños con problemas de desarrollo



Fuente: elaboración propia sobre la base de datos relevados.

En coincidencia con lo expresado precedentemente respecto de los niños que presentan posibles problemas de desarrollo y su exposición a factores de riesgo, pudo establecerse una relación entre estos casos e indicadores de modalidad patológica en las madres. En el punto 5.3.3 de este trabajo se detalló la presencia de estos indicadores en 12 casos evidenciados por los parámetros de evaluación del Test de las Dos Personas. A su vez, de los 11 niños que no pasan la PRUNAPE, 10 de las madres están entre las que tienen indicadores de patología vincular.

Esta correlación se presenta en los siguientes casos: caso 1, niña de 4 años; caso 11, niño de 2 años; caso 12, niña de 4 años; caso 13, niña de 4 años; casos 17 y 18, hermanos gemelos de 3 años; caso 21, niño de 4 años; caso 25, niño de 3 años; caso 30,

niña de 4 años; caso 42, niña de 3 años; caso 49 niño de 4 años; caso 51, varón de 21 meses.

No se encontró esta correlación en el caso 35; en el cual pudieron establecerse como condicionantes del problema de desarrollo del niño, la situación socioeconómica y el desmembramiento familiar.

Así como la PRUNAPE detecta problemas inaparentes de desarrollo, también presenta un *techo*, es decir, indica niños adelantados en su desarrollo. Se trata de menores que presentan un grado mayor de madurez psicomotriz que la esperable a su edad. En la presente muestra, un total de 5 niños resultó aventajado con respecto a otros de la misma edad. A continuación se describirá cada caso y las pautas en las que se desempeñaron.

1. Caso 9: Niña de 4 años. Respondió pautas no esperables para su edad en las siguientes áreas:

a. Control Motor Fino: dibujó una persona con seis partes, pudo dibujar un triángulo. Ambas pautas son esperables en el 25% de los niños a partir de los 4 años y 3 meses.

b. Lenguaje.

2. Caso 20: Niña de 3 años. Respondió a pautas no esperables para su edad en las siguientes áreas:

a. Control Motor Fino.

b. Lenguaje.

3. Caso 29: Niño de 2 años. Respondió a pautas no esperables para su grupo etario en las siguientes áreas:

a. Personal Social.

b. Lenguaje.

4. Caso 45: Niña de 5 años. Respondió correctamente a pautas no esperables para su edad en las siguientes áreas:

a. Lenguaje.

b. Control Motor Fino.

5. Caso 46: Niña de 3 años. Respondió correctamente pautas no esperables para su grupo etario en las siguientes áreas:

a. Lenguaje.

b. Control Motor Fino.

El porcentaje de niños aventajados en la presente muestra es del 9,09%, acorde con los valores encontrados en el país en diversas investigaciones (Lejarraga *et al.*, 2016). En relación con los factores de riesgo y factores protectores detectados en la entrevista, pudo observarse lo siguiente:

1. Caso 9: Niña de 4 años.

a. No se detectaron factores de riesgo.

b. En cuanto a los factores protectores pudo observarse lo siguiente:

a. La niña concurre al jardín de infantes desde los 3 años.

b. Sus padres conviven armoniosamente, según dichos de la madre.

c. La madre tiene estudios universitarios.

d. Los encargados del cuidado de la niña y su hermano menor son los padres y abuelos.

e. La familia es pequeña.

f. La niña tiene los controles de salud periódicos acordes a su grupo etario.

2. Caso 20: Niña de 3 años.

- a. No se detectaron factores de riesgo.
  - b. Como factores protectores pudieron identificarse los siguientes:
    - a. El nivel educativo de la madre es universitario.
    - b. Contención familiar.
    - c. La niña concurre al jardín de infantes.
    - d. La niña cuenta con controles de salud periódicos.
3. Caso 29: Niño de 2 años.
- a. Se detectó el siguiente factor de riesgo:
    - a. Familia monoparental: el papá falleció en enero de 2016, víctima de una enfermedad congénita.
  - b. Como factores protectores pudieron observarse los siguientes:
    - a. Familia extensa brinda apoyo y contención a la madre.
    - b. Nivel de estudios materno universitario.
    - c. En ausencia de la madre, que trabaja 30 horas semanales, el niño queda al cuidado de su abuela y su tío maternos.
4. Caso 45: Niña de 5 años.
- a. No se detectaron factores de riesgo.
  - b. Como factores protectores pudieron registrarse los siguientes:
    - a. Concorre al jardín de infantes desde los 3 años.
    - b. El nivel de estudios de la madre es secundario completo.
    - c. Cuentan con apoyo y contención de la familia extensa.
    - d. Su madre trabaja de manera independiente, por lo cual es la principal encargada de su cuidado.

5. Caso 46: Niña de 3 años.

- a. No se detectaron factores de riesgo.
- b. Como factores protectores pudieron observarse los siguientes:
  - a. Familia pequeña con relación fluida; recibe apoyo y contención de la familia extensa.
  - b. Nivel de estudios de la madre: terciario completo.
  - c. La niña concurre al jardín de infantes.
  - d. Si bien la madre trabaja 30 horas semanales, lo hace en un lugar muy próximo al hogar. Del cuidado de la niña se encarga una cuidadora con la cual la niña tiene un vínculo muy estrecho. Esto último fue observado durante la visita y corroborado por los dichos de la madre.

Resulta relevante señalar la importancia de la naturaleza de los factores protectores presentes en los casos en que los niños se diagnosticaron como aventajados en el desarrollo. En todos estos casos pudo observarse la presencia de un entorno estimulante y sereno, carente de tensión o conflictos familiares. Cabe resaltar nuevamente la presencia de un caso denominado especial y del que se hizo mención precedentemente (ver apartado 5.3.1). Se trata de un niño de 2 años cuyo padre murió hace nueve meses. Este niño se mostró adelantado en las áreas Lenguaje y Personal Social, lo que permitió establecer una relación con el estímulo favorable que recibe de su madre, que mostró en las entrevistas una postura resiliente frente a la adversidad, y de su familia extensa, que colabora con el cuidado del niño y el sostén emocional de la madre.

## Capítulo 6. Conclusiones y recomendaciones

Hemos partido de constructos teóricos que consideran el desarrollo del ser humano como un proceso continuo, dinámico, de fases sucesivas, irretractables y que tienden a una mayor diferenciación y síntesis de las funciones a lo largo de toda la vida. En este vasto proceso, el desarrollo del niño en particular nos resultó de fundamental importancia por la trascendencia y las implicancias que los hechos acaecidos en esta etapa tienen durante toda la vida del individuo (Lejarraga *et al.*, 1999, 2004, 2010a, 2011, 2016). Por otra parte, este proceso ocurre dentro de un contexto particular que es fuente de importantes condicionamientos para su desenvolvimiento. Tal como señaló Bronfenbrenner (1977, 2009) el desarrollo del niño, más allá de ser un proceso biopsicológico, es también el producto de la interacción del pequeño con sus ambientes circundantes, como la familia, las relaciones afectivas relevantes, su ambiente social mediato e inmediato y el entorno cultural e histórico. Bronfenbrenner (2009) propuso pensar el desarrollo del individuo como un proceso de acomodación creciente y mutua entre un ser humano activo, que se halla en proceso de evolución, y las características cambiantes de los ambientes en que vive. Se puede afirmar que el desarrollo tiene lugar en un contexto donde se intrinca lo heredado, lo congénito, lo biopsicológico, lo social, lo histórico y lo cultural.

En términos bronfenbrennerianos, la evolución de un ser humano es el producto de la interacción del hombre, desde su gestación, con sus ambientes inmediatos o microsistema; de las relaciones entre los elementos de ese microsistema; de los entornos que rodean al micro y mesosistema; así como de los escenarios sociales que lo

condicionan o exosistema. Por consiguiente, se consideró fundamental identificar los factores de riesgo tanto individuales o congénitos (tales como bajo peso, desnutrición, dificultades vinculares) como comunitarios o ambientales (desprotección social, violencia, pobreza) que al estar presentes afectan el desarrollo saludable del niño.

En este sentido se afirmó que desde el nacimiento del niño se producen, con simultaneidad, dos procesos: por un lado, la maduración biológica, y, por otro, los procesos de aprendizaje encuadrados en una evolución psicosocial, que poseen características individuales. Es por eso que la estimulación adecuada, continua y variada interviene desde los inicios de ambos procesos, y tiene un papel de singular trascendencia en la capacidad de aprendizaje del niño. Por lo tanto, se espera que el niño pueda adquirir en este proceso de humanización aptitudes culturalmente aceptadas para relacionarse y crecer en forma adecuada en su ambiente y también poder adaptarse a los cambios que éste pueda presentarle. En este sentido, se ha afirmado que el niño es un sujeto activo en el proceso de su desarrollo, pues lo genera por medio de sus propias características, por otra parte, únicas e irrepetibles (Gilardon *et al.*, 2004). Los objetivos del presente trabajo apuntaron a identificar los factores que puedan incidir negativamente en este proceso, así como aquellos que resulten favorecedores de él. En este sentido, se ha considerado el vínculo madre-hijo como un factor de importancia preeminente, que estaría facultado para actuar en uno u otro sentido.

Si tenemos en cuenta que la supervivencia, el crecimiento biológico, el desarrollo —entendido como bio-psico-social— y el bienestar del niño dependen —desde la gestación, en un proceso dialéctico— de innumerables factores, es posible muy tempranamente identificar el papel primordial que cumplen las conductas de la madre. En este sentido se inscriben los cuidados prenatales que reciba la gestante, su propia calidad de vida, un parto saludable, los cuidados posnatales dados al niño, así como la

alimentación que la madre esté dispuesta y en condiciones de brindar, y la calidad de estimulación y cuidados que dé a su hijo. No menos importante resulta la predisposición y capacidad de la mamá para buscar la ayuda y generar un ambiente saludable y salutífero para su prole. En el presente trabajo, al tratarse de una muestra socioeconómicamente homogénea, puede observarse más nítidamente el papel que la familia, la madre y el vínculo que ella logra proponer a su hijo tienen en el desarrollo de éste, ya que no se presentaron otros factores fuertemente condicionantes, tales como los aparejados por las necesidades básicas insatisfechas. Se han excluido del presente estudio niños con trastornos del desarrollo diagnosticados, tales como parálisis cerebral, síndrome de Down, trastorno general del desarrollo, trastornos del espectro autista, hipoacusia, disminución visual severa, ya que estas noxas presentan de por sí un factor de riesgo de tipo congénito, cuando no un problema del desarrollo en sí. Esto ha permitido centrar la atención en el rol de la madre como primer adulto significativo en la vida de un ser humano y su función como reguladora tanto de las injurias que podrían provenir del mundo circundante como de los estímulos salutíferos o estimulantes del ambiente.

La importancia fundamental del rol materno está dada, además, por que el desarrollo del niño en sus primeros años, primordial para la construcción de la subjetividad, tiene carácter intersubjetivo. El retoño humano debe necesariamente vincularse con un otro para que lo interprete y contribuya a resolver sus demandas. En un primer momento es la madre —o quien cumpla la función materna— quien ocupa ese trascendental sitio. Por lo tanto, que logre interpretar saludablemente sus necesidades dando una respuesta adecuada contribuirá al saludable desarrollo del niño y su subjetividad.

Se ha señalado, por otra parte, que las distintas etapas de la evolución del niño pequeño tienen su correlato en la realidad psíquica de la madre. En la presente investigación se ha podido observar dicha correlación al tratarse de niños de entre 1 y 5 años, período de la vida en que se suceden innumerables y fundantes cambios. Así, se ha observado que las madres describen como un momento crítico la separación corporal impuesta por el parto. Tal como se describirá más adelante, 50 de las 55 mujeres entrevistadas describen el parto y posparto como un trance difícil o traumático. La lactancia, posible para 52 del total de niños, ha significado un contacto madre-hijo que permitió continuar con esa integración corporal. El destete posterior implica una ruptura para la madre: hecho que ha resultado difícil de resolver para algunas madres o porque la lactancia se interrumpió prematuramente (antes de los 4 meses de vida del bebé) o porque se extendió más allá de los 24 meses de vida del niño. Se ha podido observar en más casos la primera de las circunstancias descritas. En la muestra analizada, se ha debido a que las madres retomaron rápidamente su vida laboral, lo cual hacía difícil el amamantamiento de sus hijos. En la Argentina no se encuentra suficientemente difundida la promoción de la alimentación materna, ni favorecida su implementación, sobre todo para las mujeres que trabajan. Son escasos los ámbitos laborales que ofrecen salas de lactancia: sólo unos pocos centros de salud y empresas en Ciudad Autónoma de Buenos Aires. Puede haber horario reducido o momentos para amamantar, pero las dificultades dadas por las distancias y tiempo de traslado en ciudades como Buenos Aires y el conurbano hacen que una madre que se reintegra a su vida laboral no tenga contacto con su hijo durante ocho o nueve horas por día, lo cual dificulta enormemente la lactancia. Esto impone un final abrupto y muchas veces no deseado de la lactancia con consecuencias negativas tanto para la madre como para el niño.

Se ha observado que otro momento en que se pone en juego la sinergia entre el desarrollo del niño y el psiquismo de la madre es el comienzo de la locomoción. Se trata de un momento en el que el bebé puede alejarse del cuerpo de la madre por voluntad y medios propios. Las conductas maternas que podrían describirse como salutógenas o estimuladoras del crecimiento se inscriben dentro de la manifestación de satisfacción y alegría por los progresos motores del niño, lo cual le infunde confianza. Esto implicaría hacer hincapié en sus virtudes y potencialidades, y animarlo a explorar el mundo.

Las reacciones maternas que podrían denominarse patologizantes se relacionan con un profundo temor por la creciente independencia del niño, con ansiedad, y se ven plasmadas en conductas de marcada sobreprotección, lo cual genera temor e inhibición en el niño. El natural desarrollo del niño lo conduce a una independencia creciente; esto tiene su correlato en la psiquis de la madre. Una mujer lo suficientemente sana, lo que equivaldría a decir una madre suficientemente buena, se irá adaptando a la creciente distancia que impone el desarrollo y a la creciente intimidad de su hijo, así como a la decreciente omnisciencia con respecto al mundo interno del niño. Esto implica la posibilidad de la persona adulta, que es la mamá, de establecer vínculos sanos no simbióticos ni distantes, si no que permitan la empatía y el despliegue de la sensibilidad materna.

En relación con las etapas evolutivas esperables, hemos observado que dentro de la muestra presentada, 11 niños presentan probables problemas de desarrollo. A los fines del presente trabajo se utilizó el término *problema de desarrollo*, ya que incluye a los conceptos de “retardo del desarrollo” y “trastorno del desarrollo”. Es decir que la presencia de un problema de desarrollo estaría indicando que algún aspecto del desarrollo del niño se aleja de la normalidad, sin indicar su carácter ni su gravedad. En los casos nombrados anteriormente se aconsejó a las madres hacer consultas relativas a

las pautas no superadas en la prueba de pesquisa durante los seguimientos correspondientes. Por el tipo de población estudiada, con sus necesidades básicas satisfechas, todos los niños tenían acceso a controles periódicos de salud. Sólo en dos casos las madres no habían cumplido regularmente con dichos controles, por lo que se recomendó retomarlos y consultar, además, por las dificultades manifestadas en la ejecución de la PRUNAPE.

Pudo observarse que estos niños tenían dos o más factores de riesgo que podrían incluirse dentro del microsistema bronfrenbrenneriano, tales como:

1. Mala salud gestacional de la madre.
2. Parto pretérmino.
3. Problemas de salud en la madre.
4. Problemas de relación de los padres.
5. Convivencia conflictiva.
6. Madres añosas (parto después de los 40 años).

Los factores protectores existentes funcionaron como compensación dentro del mismo microsistema. Estos eran los siguientes:

1. Controles médicos con un pediatra estable.
2. Apoyo emocional familiar.

Otros factores protectores provenían del mesosistema, es decir, de instituciones extrafamiliares, tales como el jardín de infantes en los niños mayores de 3 años. El ingreso del niño a la institución educativa tiene una doble función: por un lado, impone una legalidad más amplia y general ajena a la lógica familiar y, por otro, funciona como generadora de experiencias de bienestar para el niño. El menor ingresa a un sistema, el educativo, que ha sido construido para procurar el bienestar infantil y vigilar el sano

desarrollo de los niños. La escolaridad, y sobre todo el contacto con docentes y compañeros en un ámbito saludable, puede constituirse, sobre todo en edades tempranas, en un factor salutógeno o en un *tutor de resiliencia* (Ceberio, 2006). Si un niño ha tenido dificultades durante su crianza, si está sufriendo a causa de vínculos patologizantes en su seno familiar, la escuela para infantes suele ser agente de detección y generador de cambios saludables para el niño y sus padres.

El vínculo madre hijo es trascendental en la vida de todo ser humano; y esto ha sido ampliamente desarrollado por los autores. Lo que se ha procurado en el presente trabajo es analizar el grado de incidencia que tiene dicho vínculo en el desarrollo del niño. La madre, formando con el niño ese primer microsistema, es a la vez un filtro entre el niño y el mundo, es la primera persona que transmite al pequeño, con un estilo único e irrepetible, los estímulos del entorno. Así como la madre que amamanta a su hijo puede transmitir inmunidad ante factores biológicamente patógenos, también puede enfermar a su prole. Del mismo modo puede hacerlo con el mundo mental y emocional del niño. Como puede observarse en las entrevistas realizadas, hay una correlación entre el estilo o estado mental o emocional de la madre y las reacciones del niño. Se ha advertido que las conductas ansiosas de las madres han coincidido con conductas y reacciones agresivas o demandantes de los niños. No se han registrado casos de niños que hayan tenido una actitud calma o amorosa si su madre estaba ansiosa o agresiva. Las madres que manifestaron ansiedad podían tener conductas de hiperestimulación o de sobreprotección y temor para con sus hijos. Las primeras generaron respuestas de tipo ansioso en los niños. Las segundas se relacionaron con respuestas de tipo demandante para con la madre o el entrevistador. Se ha notado que esta falta de equilibrio emocional materno impacta en el estado emocional del niño.

Cabe señalar aquí el carácter de crisis que se le atribuye a la maternidad (Oberman, 2008) el momento del parto, del encuentro real con el hijo y la posibilidad que se abre de adoptar a ese hijo adaptando la imagen fantaseada a la real y vivenciando la crianza. La capacidad de cada mujer para superar saludable y resilientemente esta crisis es un elemento que condicionará fuertemente el vínculo con el niño. Es lo que se denomina *maternalización* (Oberman, 2008), lo que conduce a una mujer que ha parido a convertirse en una *madre sensible* (Ainsworth, 1989) o *suficientemente buena* (Winnicott, 1971).

La madre funciona como filtro entre el mundo y el niño. Así como las membranas uterinas protegen al niño en crecimiento, el vínculo con la madre es el primer lugar seguro en el que el niño explorará el mundo. Un vínculo saludable tenderá a ser flexible y adaptable a las necesidades del niño y a los cambios del entorno. Es esperable la existencia de un vínculo más cercano y simbiótico durante el embarazo, parto y primeros momentos de vida del niño. Posteriormente, la creciente distancia entre madre e hijo deberá darse en función de permitir el ingreso de nuevas relaciones significativas para el pequeño y la exploración creciente del mundo por parte de éste. Se ha podido observar al respecto la relación entre madres que presentan signos de patología en la modalidad vincular, indicados en el Test de las Dos Personas y niños que han manifestado dificultades para superar exitosamente la prueba de pesquisa. Esto nos condujo a afirmar que un vínculo madre-hijo no saludable resulta limitante para el desarrollo del hijo.

En este sentido, la relevancia del presente estudio reside en que surge de los resultados la importancia de instrumentar programas y enfoques preventivos tendientes a promover y maximizar la presencia de los factores salutógenos, así como también, y simultáneamente, procurar la neutralización del efecto patogenizante del contexto.

Conociendo las causas de un fenómeno, es factible calcular las consecuencias posibles, y procurar la minimización de los daños. Lo antedicho podría encuadrarse en la idea de un esquema de prevención-acción que, de ser puesto en práctica a partir de programas debidamente planificados, podría redundar en una mejora en el desarrollo de niños cuyos factores de riesgo sean oportunamente identificables.

En el presente trabajo se presentó un conjunto de circunstancias que inciden en el desarrollo del niño. Se trata, por lo tanto, de promover las generadoras de salud y calidad de vida, tales como cuidados a la madre gestante, puérpera y en crianza; apoyo familiar y social para la madre y el niño; promoción de comunicación y relaciones maritales asertivas; inserción de los niños en la escolaridad a partir de los tres años de edad; promoción en centros educativos de la salud emocional y el bienestar infantil. Asimismo, se deberá trabajar en la prevención de noxas patologizantes, como resulta ser un vínculo madre-hijo simbiótico, marcado por la violencia, distante o abandonico, que, si bien tendrán distintas consecuencias, todas resultarán en detrimento del bienestar o la salud del niño en desarrollo. En este contexto, cobra especial importancia la observación y el diagnóstico de médicos, educadores, cuidadores y demás agentes de salud, y la educación y formación que pudieran contribuir en la detección temprana de los factores de riesgo. Para ello, es de vital importancia dar a conocer estos factores que inciden negativamente en el desarrollo saludable de los niños. En este sentido, sería plausible pensar en la posibilidad de la elaboración y puesta en ejecución de un instrumento que sirva como guía para la observación del desarrollo saludable y la detección e identificación de eventuales factores de riesgo. Este instrumento debería ser lo suficientemente claro y dinámico como para ser empleado, sin inconvenientes, por parte de agentes de salud de distintos niveles, educadores y agentes de servicios sociales.

Es importante tener en cuenta, cuando hablamos de la doctrina de prevención-acción, que los factores patogenizantes no son necesariamente la causa de los problemas y que, seguramente, su detección no es coincidente con el inicio del problema, sino que es la puesta en evidencia de éste. Pese a ello, la detección temprana de los factores patogenizantes posibilitaría una mayor eficacia de los factores protectores para contrarrestarlos. Siguiendo esta línea de pensamiento, toda acción tendiente a reforzar el efecto de los factores salutógenos será más eficaz cuanto antes éstos sean identificados. Todo lo expuesto hasta aquí nos hace resaltar la importancia del seguimiento del vínculo madre-hijo desde el momento de la concepción y aun antes de que ello ocurra.

Esta correlación entre modelo vincular patologizante presentado por la madre y problemas de desarrollo en el niño abre las puertas a futuros trabajos de investigación tendientes a prevenir la generación, el establecimiento o la cronificación de tales vínculos, y a favorecer el nacimiento de un vínculo madre-hijo saludable. Una línea posible sería la exploración de factores que se relacionen con el bienestar infantil. Se ha investigado acerca del desarrollo del niño, de su salud integral, sus derechos, pero no lo suficiente sobre los factores que generan bienestar. En este sentido, bienestar infantil y resiliencia resultarían importantes pilares para la salud y calidad de vida del niño a lo largo de su vida. Se propone, en este sentido, explorar las necesidades de los niños desde la perspectiva de la salud y el bienestar. Los tiempos posmodernos han traído consigo el vacío existencial, la pérdida de sentido vital, así como también el alejamiento de las dos fuentes de concimiento primordiales a las que podía recurrir el ser humano: el instinto y la tradición. Esto ha repercutido en la salud del hombre y necesariamente en la de los niños criados por esos adultos. No es el consumismo ni el conformismo posmodernos lo que va a hacer a un niño —y al adulto que será— saño y feliz; muy por el contrario, lo sumirá en la soledad, en la fatídica falta de límites y contención. Para

crecer, un niño necesita amor, respeto y cuidados. Sería valioso describir y desglosar estos elementos para poder ponderarlos. Esto permitiría un trabajo de prevención en desarrollo saludable más concreto y efectivo. Este trabajo deberá ser necesariamente transdisciplinario, ya que los conceptos de salud, calidad de vida y bienestar lo son.

En este sentido, la declaración de los derechos del niño resulta un principio rector, un enunciado de valores por alcanzar. Sería deseable, y a ello debemos dirigir nuestros esfuerzos los agentes de salud, de educación y adultos en general, que esos derechos, muchas veces entidades abstractas, sean realidades concretas de la vida cotidiana de todos los niños.

## Referencias bibliográficas

- Aberastury, A. (1947). Psicoanálisis de niños. *Revista de Psicoanálisis*, 4(2).
- Ainsworth, M. D. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American psychologist*, 44(4), 709.
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E. & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, N. J.: Erlbaum.
- Akhutina, T. V. (2002). L. S. Vigotsky y A. R. Luria: la formación de la neuropsicología. *Revista española de Neuropsicología*, 4(2), 108-129.
- Akhutina, T. V. (2008). Neuropsicología de la edad escolar. Una aproximación histórico-cultural. *Acta Neurológica Colombiana*, 24(2), 1.
- Alvarenga, P.; Malhado, S. D. & Lins, T. C. (2014). O impacto da responsividade materna aos oito meses da criança sobre as práticas de socialização maternas aos 18 meses. *Estudos de Psicologia*, 19(4), 305-314.
- Alzate Piedrahita, M. V. (2003). La infancia: concepciones y perspectivas. Pereira: Papiro.
- Amar, J. A.; Llanos, R. A. & Acosta, C. (2003). Factores protectores. *Psicología desde el Caribe*, (11).
- Araujo, M.; Moraga, C.; Irrázaval, M.; Hoogma, A.; Barrera, F.; Bedregal, P.; Mercer, R. & Cordero, M. (2015). *Estudio propuesta de ruta de acompañamiento al*

*desarrollo biopsicosocial para el diseño del Sistema Universal de Garantía de Derechos de niños, niñas y adolescentes. Informe final.*

Ariès, P. (1973). *L'enfant et la famille sous l'Ancien Régime*. Seuil.

Ariès, P. (1986). La infancia. *Revista de Educación*, 281, 5-17.

Ariès, P. (1987). *El niño y la vida familiar en el Antiguo Régimen*. Madrid: Taurus.

Badinter, E. (1980). *L'amour en plus. Histoire l'amour maternel XVIIe-XXe Siecle*. París: Flammarion.

Bandura, A. & Walters, R. (1974). *Aprendizaje social y desarrollo de la personalidad*. Madrid: Alianza.

Barros, M. C. & Ison, M. S. (2002). Conductas problemas infantiles: Indicadores evolutivos y emocionales en el dibujo de la figura humana. *Revista Interamericana de Psicología*, 36(1), 279-298.

Barudy, J. & Dantagnan, M. (2010). *Los desafíos invisibles de ser padre o madre: Manual de evaluación de las competencias y la resiliencia parental*. Barcelona: Gedisa.

Bauman, Z. (2005). *Modernidad y ambivalencia*. México: Anthropos.

Baumrind, D. (1971). Current patterns of parental authority. *Developmental Psychology Monograph*, 41(1), Part 2.

— (1983). Rejoinder to Lewis reinterpretation of parental firm control effects: Are authoritative families really harmonious? *Psychological Bulletin*, 94, 132-142.

Blanco, M. (2011). Investigación narrativa: una forma de generación de conocimientos. *Argumentos (México, DF)*, 24(67), 135-156.

- Beckwith, L.; Cohen, S. & Hamilton, C. (1999). Maternal sensitivity during infancy and subsequent life events relate to attachment representation at early adulthood. *Developmental Psychology*, 35(3), 693-700.
- Bedía, R. C. (2012). Las paradojas de la igualdad en Jean-Jacques Rousseau. *Avances del Cesor*, (9), 109-121.
- Behrens, K. Y.; Parker, A. C. & Haltigan, J. D. (2011). Maternal Sensitivity Assessed During the Strange Situation Procedure Predicts Child's Attachment Quality and Reunion Behaviors. *Infant Behavior and Development*, 34(2), 378-381.
- Bell, S. M. & Ainsworth, M. D. (1972). Infant crying and maternal responsiveness. *Child Development*, 43, 1171-1190.
- Belsky, J. & Fearon, R. P. (2002). Infant-mother attachment security, contextual risk, and early development: A moderational analysis. *Development and psychopathology*, 14(2), 293-310.
- Beltrán, J. & Bueno, J. (1995). *Psicología de la educación*. España: Boixareu Universitaria.
- Ben-Shlomo, Y.; Mishra, G. & Kuh, D. (2014). Life Course Epidemiology. En W. Ahrens & I. Pigeot (eds.), *Handbook of Epidemiology*. New York: Springer, 1521-1549.
- Bernstein, I. (1991). Reconsideración del concepto de vínculo. *Revista Psicoanálisis, APdeBA*, 13, 2.
- Bertalanffy, L. von (1981). Historia y situación de la teoría general de sistemas. En *Tendencias en la teoría general de sistemas*. Madrid: Alianza.
- Besoain, C. & Santelices, M. P. (2009). Transmisión intergeneracional del apego y función reflexiva materna: una revisión. *Terapia psicológica*, 27(1), 113-118.

- Bigelow, A. E.; MacLean, K.; Proctor, J.; Myatt, T.; Gillis, R. & Power, M. (2010). Maternal sensitivity throughout infancy: Continuity and relation to attachment security. *Infant Behavior and Development*, 33(1), 50-60.
- Biringen, Z.; Matheny, A.; Bretherton, I.; Renouf, A. & Sherman, M. (2000). Maternal representation of the *self* as parent: Connections with maternal sensitivity and maternal structuring. *Attachment & Human Development*, 2(2), 218-232.
- Blakemore, S. J. & Decety, J. (2001). From the perception of action to the understanding of intention. *Nature Reviews Neuroscience*, 2(8), 561-567.
- Blanch Cañellas, M. (1988). Recordando a Françoise Dolto. *Intercanvis. Revista de Psicoanálisis*.
- Blanco, O. A.; Plata, S. J.; Peña, P. A.; Cristo, M. & Posada, G. (2010). Calidad de cuidado materno: una comparación entre bebés prematuros en cuidado madre canguro y bebés a término en cuidado regular. *Universitas Psychologica*, 9(3), 773-786.
- Bleger, J. (1975). *Simbiosis y ambigüedad*. Buenos Aires: Paidós.
- Boom, D. C. van den (1989). Neonatal irritability and the development of attachment. En G. A. Kohnstamm & J. E. Bates (eds.). *Temperament in childhood*. Oxford: Wiley.
- Boonin, D. (2003). *A Defense of Abortion*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bornstein, M. H. & Tamis-LeMonda, C. S. (1990). Activities and interactions of mothers and their firstborn infants in the first six months of life: Covariation, stability, continuity, correspondence, and prediction. *Child Development*, 1206-1217.

- Bornstein, M. H.; Hendricks, C.; Haynes, O. M. & Painter, K. M. (2007). Maternal sensitivity and child responsiveness: Associations with social context, maternal characteristics, and child characteristics in a multivariate analysis. *Infancy*, 12(2), 189-223.
- Bornstein, M. H.; Tamis-LeMonda, C. S.; Hahn, C. S. & Haynes, O. M. (2008). Maternal responsiveness to young children at three ages: Longitudinal analysis of a multidimensional, modular, and specific parenting construct. *Developmental psychology*, 44(3), 867.
- Bowlby, J. (1954). El efecto de la separación de la madre en la vida temprana. *Irish Journal of Medical Science (1926-1967)*, 29(3), 121-126.
- (1968). Efectos sobre el comportamiento de la interrupción de un vínculo afectivo. *Eugenesia Sociedad Simposios*, 4, 94.
- (1969). Attachment. En *Attachment and Loss*, 1. Basic Books.
- (1976). Separation: Anxiety and anger. En *Attachment and Loss*, 2. Basic Books.
- (1980). By ethology out of psycho-analysis: An experiment in interbreeding. *Animal Behaviour*, 28(3), 649-656.
- (1986). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- (1998). Loss: Sadness and depression. En *Attachment and Loss*, 3. Random House.
- (2003). *Vínculos afectivos: formación, desarrollo y pérdida*. Madrid: Morata.
- Bradley, R. H. & Corwyn, R. F. (2002). Socioeconomic status and child development. *Annual Review of Psychology*, 53, 371-399.
- Brazelton, T. B. (1983). Precursors for the Development of Emotions in Early Infancy. *Eurotion: Theory, Research and Experience*, 2, 35-55.

- Bronfenbrenner, U. (1977). Toward an experimental ecology of human development. *American psychologist*, 32(7), 513.
- (1986). Ecology of the family as a context for human development: Research perspectives. *Developmental psychology*, 22(6), 723.
- (2009). *The ecology of human development*. Harvard University Press.
- Burlingham, D. (1964). Hearing and its Role in the Development of the Blind. *Psychoanalytic Study of the Child*, 19, 95-112.
- Capano, Á. & Ubach, A. (2013). Estilos parentales, parentalidad positiva y formación de padres. *Ciencias Psicológicas*, 7(1), 83-95.
- Carbonell, O. A. & Plata, S. J. (2014). Evaluación de un modelo de intervención temprana focalizado en la sensibilidad materna. En B. Torres; J. M. Causadias & G. Posada (eds.). *La teoría del apego. Investigación y aplicaciones clínicas*. Madrid: Prismática, 245-268.
- Carbonell, O. A.; Plata, S. J. & Alzate, G. (2006). Creencias y expectativas sobre el comportamiento materno ideal y real en mujeres gestantes desde un abordaje metodológico mixto. *Revista Infancia, Adolescencia y Familia*, 1(1), 115-140.
- Carlson, E. A. & Egeland, B. (2004). The construction of experience: A longitudinal study of representation and behavior. *Child development*, 75(1), 66-83.
- Carlson, E. A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child development*, 69(4), 1107-1128.
- Carvacho Arques, C. A. (2011). Diseño de un instrumento para evaluar la mente mentalizante de cuidadores familiares en interacción con niños(as) preescolares. Santiago de Chile: Universidad Católica de Chile.

- Casas, P. M.; Monroy, A. M.; Montesinos, J. V. B. & Arratibel, M. Á. A. (2014). El desarrollo de la marcha infantil como proceso de aprendizaje [Children Gait Development as a Learning Process]. *Acción Psicológica*, 11(1), 45-54.
- Causadias, J. M. & Posada, G. (2013). The relevance of cross-national studies on early attachment: Research advances in Latin America. *Bulletin of the International Society for the Study of Behavioural Development*, 1(63), 18-21.
- Ceberio, M. R. (2006). Viejas y nuevas familias: La transición hacia nuevas estructuras familiares. *7º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2006*.
- Cerezo, M. A.; Salvador, G. P. & Trenado, R. M. (2011). La cualidad del apego infantil y sensibilidad materna desde la perspectiva microsocia. *Acción psicológica*, 8(2), 9-25.
- Coppola, G.; Vaughn, B. E.; Cassibba, R. & Costantini, A. (2006). The attachment script representation procedure in an Italian sample: Associations with Adult Attachment Interview scales and with maternal sensitivity. *Attachment & Human Development*, 8(3), 209-219.
- Cordero Herrera, A. M. (2014). Principales enfermedades asociadas al estado nutricional en el niño menor de un año. *Medicentro Electrónica*, 18(3), 100-106.
- Cresson, G. (2002). La familia en el comienzo del siglo 21. Cambio y continuidad. *Archives de Pédiatrie*, 9, 194S-196S.
- Crittenden, P. M. (1995). Apego y psicopatología. En M. T. Miró (ed.), *Nuevas implicaciones clínicas de la Teoría del Apego*. Valencia: Promolibros, 17-62.
- (2004). CARE-INDEX infants (birth - 15 months) coding manual. Family Relations Institute, Miami (unpublished manuscript).

- Cusminsky, M.; Lejarraga, H.; Mercer, R.; Martell, M. & Feschina, R. (1986). Manual de crecimiento y desarrollo del niño. En *Manual de crecimiento y desarrollo del niño*. Organización Panamericana de la Salud.
- Davies, C. A.; Dilillo, D. & Martinez, I. G. (2004). Isolating adult psychological correlates of witnessing parental violence: Findings from predominantly Latina sample. *Journal of Family Violence*, 19, 377-385.
- Delage, M. (2010). *La resiliencia familiar. El nicho familiar y la superación de las heridas*. Barcelona: Gedisa.
- DeMause, L. (1991). La evolución de la infancia. *Historia de la infancia*. Madrid: Alianza Universidad, 15-92.
- Demers, I.; Bernier, A.; Tarabulsky, G. M. & Provost, M. A. (2010). Mind-mindedness in adult and adolescent mothers: Relations to maternal sensitivity and infant attachment. *International Journal of Behavioral Development*, 34(6), 529-537.
- De Puga, R. P. S. & Pellón, R. (2013). Watson, Skinner y algunas disputas dentro del conductismo. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(2), 389-399.
- Doesum, K. T. van; Hosman, C. M.; Riksen-Walraven, J. M. & Hoefnagels, C. (2007). Correlates of depressed mothers' sensitivity toward their infants: the role of maternal, child, and contextual characteristics. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 46(6), 747-756.
- Domenech Rodríguez, M. M.; Donovanick, M. R. & Crowley, S. L. (2009). Parenting styles in a cultural context: Observations of "protective parenting" in first-generation Latinos. *Family process*, 48(2), 195-210.

- Dozier, M.; Stovall, K. & Albus, K. (1999). Attachment and psychopathology in adulthood. En J. Cassidy & P. Shaver (eds.). *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. New York: The Guilford Press, 497-519.
- Ecclestone, K.; Biesta, G. & Hughes, M. (2009). Transitions in the lifecourse: the role of identity, agency and structure. En K. Ecclestone; G. Biesta, & M. Hughes (eds.). *Transitions and Learning through the Lifecourse*. Routledge, 1-15.
- Egeland, B. & Carlson, E. A. (2004). Attachment and psychopathology. *Attachment issues in psychopathology and intervention*, 27-48.
- Ehrenberg, A. (2000). *La fatiga de ser uno mismo. Depresión y sociedad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Eisenberg, N.; Fabes, R. A.; Murphy, B.; Maszk, P.; Smith, M. & Karbon, M. (1995). The role of emotionality and regulation in children's social functioning: A longitudinal study. *Child development*, 66(5), 1360-1384.
- Elder, G. H. (1994). Time, Human Agency, and Social Change: Perspectives on the Life Course. *Social Psychology Quarterly*, 57(1), 4-15.
- Emde, R. N. (1983). The prerepresentational *self* and its affective core. *The Psychoanalytic Study of the Child*, 38, 165.
- Erikson, E. H. (2012). *El ciclo vital completado*. Buenos Aires: Paidós.
- Febbraio, A. (2006). Desarrollo y evolución de la Evolutiva Gráfica. Criterios de interpretación de las pautas evolutivas en las técnicas gráficas proyectivas. En G. Celener (coord.). *Técnicas proyectivas. Actualización en los ámbitos clínico, laboral y forense*. Buenos Aires: Lugar.
- (2010). Aportes clínicos del Test Dos Personas aplicado a la evaluación de adultos mayores. *Adeip Boletín Informativo*, 62, XXII, 8-11.

- (2015). La evaluación psicológica de las fallas en las competencias parentales en padres maltratadores. *Subjetividad y procesos cognitivos*, 19(1), 93-108.
- Fiorentino, M. T. (2008). La construcción de la resiliencia en el mejoramiento de la calidad de vida y la salud. *Suma psicológica*, 15(1), 95-114.
- Fiszelew, R. & Oiberman, A. (1995). *Fuimos y seremos. Una aproximación a la psicología de la primera infancia*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Flores, M.; García-Gómez, P. & Zunzunegui, M. V. (2014). Crisis económica, pobreza e infancia. ¿Qué podemos esperar en el corto y largo plazo para los “niños y niñas de la crisis”? Informe SESPAS 2014. *Gaceta Sanitaria*, 28, 132-136.
- Fonagy, P. (1998). Prevention, the appropriate target of infant psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19(2), 124-150.
- (2000). Apegos patológicos y acción terapéutica. *Aperturas psicoanalíticas: Revista de Psicoanálisis*, (4), 4.
- Fonagy, P. & Bateman, A. (2007). Mentalizing and borderline personality disorder. *Journal of Mental Health*, 16, 83-101
- Fonagy, P. & Target, M. (2002). Early intervention and the development of self-regulation. *Psychoanalytic Inquiry*, 22(3), 307-335.
- Fonagy, P.; Gergely, G.; Jurist, E. & Target, M. (2002). *Affect Regulation, Mentalization, and the Development of the Self*. New York: Other Press.
- Fonagy, P.; Steele, M.; Steele, H.; Leigh, T.; Kennedy, R.; Mattoon, G. & Target, M. (1995). Attachment, the reflective self, and borderline states: The predictive specificity of the Adult Attachment Interview and pathological emotional development. En S. Goldberg; R. Muir & J. Kerr (eds.), *Attachment theory:*

*Social, developmental, and clinical perspectives*. New York: Analytic Press, 233-278.

Foucault, M. (1991). El juego de Michel Foucault. En *Saber y verdad*. Madrid: Las ediciones de la Piqueta, 127-162.

Fuentes, R.; Gamboa, J.; Morales, K. & Retamal, N. (2012). Jean Piaget, aportes a la educación del desarrollo del juicio moral para el siglo XXI. *Convergencia Educativa, 1*, 55-69.

Fraiberg, S. & Freedman, D. A. (1964). Studies in the ego development of the congenitally blind child. *Psychoanalytic study of the child, 19*, 113-169.

Freud, S. (1992 [1933]). 33° Conferencia: La feminidad. *Nuevas Conferencia de Introducción al Psicoanálisis, XXII*. Buenos Aires: Amorrortu, 104-125.

— (1992 [1900]). La interpretación de los sueños. En *Obras completas, V*. Buenos Aires: Amorrortu.

— (1992 [1905]). Tres ensayos de Teoría Sexual. En *Obras completas, VII*. Buenos Aires: Amorrortu.

— (1992 [1914]). Introducción al narcisismo. En *Obras completas, XIV*. Buenos Aires: Amorrortu.

Gallese, V.; Keysers, C. & Rizzolatti, G. (2004). A unifying view of the basis of social cognition. *Trends in cognitive sciences, 8*(9), 396-403.

Garay-Gordovil, M. Z. (2013). Autoeficacia materna percibida y actitud de soporte en la interacción madre-hijo. Concepto, medición y relaciones entre sí. *Miscelánea Comillas. Revista de Ciencias Humanas y Sociales, 71*(139), 419-444.

García, E. G.; Marqués, J. G. & Unturbe, F. M. (2011). Neuronas espejo y teoría de la mente en la explicación de la empatía. *Ansiedad y estrés, 17*(2), 265-279.

- Garma, B. (1992). *Niños en análisis. Clínica psicoanalítica*. Buenos Aires: Kargieman.
- Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional: Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 38(3), 493-507.
- Gayá Ballester, C.; Molero Mañes, R. J. & Gil Llario, M. D. (2016). Desorganización del apego y el trastorno traumático del desarrollo (TTD). *International Journal of Developmental and Educational Psychology. Revista INFAD de Psicología*, 3(1), 375-384.
- Gecas, V. (1979). Influence of social class on socialization. *Contemporary theories about the family: research-based theories*.
- Gilardon, A.; Del Pino, M.; Di Candia, A.; Fano, V.; Krupitzky, S.; Fernández, M. I. & Orazi, V. (2004). El desarrollo del niño: Una definición para la reflexión y la acción. *Archivos argentinos de pediatría*, 102(4), 312-313.
- Gómez, N. (2012). La cuestión del aborto en la obra de Julián Marías. Comunicación presentada en las VIII Jornadas de la AEP: Bioética personalista: fundamentación, práctica, perspectivas. Valencia: Universidad Católica de Valencia, 3-5 de mayo de 2012.
- Gómez-Muzzio, S. E.; Muñoz, M. M. & Santelices, M. P. (2008). Efectividad de las intervenciones de apego con infancia vulnerada y en riesgo social. Un desafío para Chile. *Terapia Psicológica*, 26(2), 241-251.
- González-Guajardo, C. X. (2014). *Los invisibles. Las niñas y los niños de 0 a 6 años: Estado de la Educación en México*. México, D. F.: Mexicanos Primero Visión 2030, A. C.
- Gracia, E. & Musitu, G. (2000). *Psicología social de la familia*. Barcelona: Paidós.

- Griffa, M. C. & Moreno, J. E. (1999). *Claves para una psicología del desarrollo. Vida prenatal. Etapas de la niñez*. Buenos Aires: Lugar.
- Grigoravicius, M. (2011). Niños, padres y mujeres en la infancia del psicoanálisis de niños. Un breve recorrido histórico sobre los pioneros. *Rev. univ. psicoanál*, 11, 59-74.
- Guimón, J. (2011). Winnicot como precursor del psicoanálisis relacional. *Revista de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*, (18), 9-13.
- Hays, S. (1998). *Las contradicciones culturales de la maternidad*. Buenos Aires: Paidós.
- Hesse, E. & Main, M. (2006). Frightened, threatening, and dissociative parental behavior in low-risk samples: Description, discussion, and interpretations. *Development and psychopathology*, 18(2), 309-343.
- Huttenlocher, P. & Dabholkar, A. (1997). Regional Differences in Synaptogenesis in Human Cerebral Cortex. *Comparative Neurology*, 387, 167-178.
- Isabella, R. A. (1993). Origins of attachment: Maternal interactive behavior across the first year. *Child Development*, 64(2), 605-621.
- Isabella, R. A. & Belsky, J. (1991). Interactional synchrony and the origins of infant-mother attachment: A replication study. *Child Development*, 62(2), 373-384.
- Jara Tapia, A. J.; Lasso Lazo, R. S. & Mogrovejo Loyola, T. A. (2014). *Relación entre patrones de crianza negligente, estado nutricional y desarrollo psicomotor de niños y niñas de 0-5 años. Hospital Vicente Corral Moscoso. Cuenca 2013* (Tesis previa a la obtención de título de Médica y Médico). Cuenca: Universidad de Cuenca.

- Kaplan, C. & Fainsod, P. (2001). Pobreza urbana, diversidad cultural y escuela media. Notas sobre las trayectorias escolares de las adolescentes embarazadas. *Revista del Instituto de Investigaciones en Ciencias de la Educación*, 10(18).
- Kawulich, B. (2005). La observación participante como método de recolección de datos. *Forum: Qualitative Social Research*, 6(2), 1-32.
- Kaye, K. (1986). *La vida social y mental del bebé. Cómo los padres crean personas*. Barcelona: Paidós ibérica.
- Kemppinen, K.; Kumpulainen, K.; Raita-Hasu, J.; Moilanen, I. & Ebeling, H. (2006). The continuity of maternal sensitivity from infancy to toddler age. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 24(3), 199-212.
- Kennel, J. & Klaus, M. (1979). Early mother-infant contact: Effects on breast-feeding. *Breast-feeding and Food Policy in a Hungry World*. New York: Academic Press, 199-209.
- Kertész, R. (2008). Calidad de vida, salud y manejo del stress. *Calidad de vida y salud*, 1(1).
- Kivijärvi, M.; Voeten, M. J.; Niemelä, P.; Räihä, H.; Lertola, K. & Piha, J. (2001). Maternal sensitivity behavior and infant behavior in early interaction. *Infant Mental Health Journal*, 22(6), 627-640.
- Klein, M. (1992 [1945]). El complejo de Edipo a la luz de las ansiedades tempranas. En *Obras Completas. Melanie Klein, 2*. Barcelona: Paidós.
- Knibiehler, Y. (2001). *Historia de las madres y de la maternidad en Occidente*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Kohlberg, L. & Hersh, R. H. (1977). Moral development: A review of the theory. *Theory into practice*, 16(2), 53-59.

- Kolk, B. van der (2005). Developmental trauma disorder. *Psychiatric Annals*, 35(5), 401-408.
- Korkman, M. (2001). Introduction to the special issue on normal neuropsychological development in the schoolage years. *Developmental Neuropsychology*, 20(1), 325-330.
- Kuh, D.; Ben-Shlomo, Y.; Lynch, J.; Hallqvist, J. & Power, C. (2003). Life Course Epidemiology. *Journal Epidemiology Community Health*, 57, 778-783.
- Law, J.; Dockrell, J. E.; Castelnuovo, E.; Williams, K.; Seeff, B. & Normand, C. (2006). Early Years Centres for Pre-School Children with Primary Language Difficulties: What Do they Cost, and Are they Cost-Effective? *International Journal of Language and Communication Disorders*, 41(1), 67-81.
- Lebovici, S. (1996). Infant Psychiatry and Prevention. *Psychiatrie Francaise*, 27, 53-62.
- Lecannelier, F. (2006). *Apego e intersubjetividad. Influencia de los vínculos tempranos en el desarrollo humano y la salud mental*. Santiago de Chile: LOM.
- (2014). Intervención y aplicaciones clínicas de la teoría del apego. En B. Torres; J. M. Causadias & G. Posada (eds.). *La teoría del apego. Investigación y aplicaciones clínicas*, Madrid: Prismática, 205-226.
- Lecannelier, F.; Ascanio, L.; Flores, F. & Hoffmann, M. (2011). Apego & psicopatología. Una revisión actualizada sobre los modelos etiológicos parentales del apego desorganizado. *Terapia psicológica*, 29(1), 107-116.
- Lecannelier, F.; Pérez Ewert, J. C.; Groissman, S.; Gallardo, D.; Bardet, A.; Bascuñan, A. & Rodríguez, J. (2014). Validación del Inventario de Conductas Infantiles para niños de entre 1½-5 años (CBCL 1½-5) en la Ciudad de Santiago de Chile. *Universitas Psychologica*, 13(2).

- Lejarraga, H. (2004). *Desarrollo del niño en contexto*. Buenos Aires: Paidós.
- (2010a). La detección oportuna de problemas de desarrollo. La Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE). En Comité Nacional de Pediatría Ambulatoria. Sociedad Argentina de Pediatría. E. Boggiano; F. Breitman & M. Andrade (coords.). *Manual para la Supervisión de la Salud de Niños, Niñas y Adolescentes*. SAP-Fundap, 447-450.
- (2010b). Heredabilidad y medioambiente en el desarrollo del niño. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 108(6), 532-537.
- Lejarraga, H. & Pascucci, C. (1999). Desarrollo psicomotor del niño. *Hoy y Mañana: Salud y calidad de vida para la niñez argentina*. Publicaciones CESNI, Centro de Estudios Sobre Nutrición Infantil, Buenos Aires, 223-250.
- Lejarraga, H.; Del Pino, M.; Kelmansky, D.; Laurencena, E.; Ledri, I.; Laspiur, M. & Varvasini, J. C. A. (2005). Edad de la pauta madurativa “mamá-papá específico”, en una muestra de niños sanos. *Archivos argentinos de pediatría*, 103(6), 514-518.
- Lejarraga, H.; Berardi, C.; Ortale, S.; Contreras, M. M.; Lejarraga, C. & Martínez Cáceres, M. J. (2011). Crecimiento, desarrollo, integración social y prácticas de crianza en niños que viven con sus madres en prisión. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 109(6), 485-491.
- Lejarraga, H.; Kelmansky, D. M.; Pascucci, M. C.; Masautis, A.; Insua, I.; Lejarraga, C. & Nunes, F. (2016). Evaluación del desarrollo psicomotor del niño en grupos de población como indicador positivo de salud. *Archivos argentinos de pediatría*, 114(1), 23-29.
- Lejarraga, H.; Krupitzky, S.; Giménez, E.; Diamant, N.; Kelmansky, D.; Tibaldi, F. & Cameron, N. (1996). Organización de un estudio nacional para la evaluación del

- desarrollo psicomotor infantil, con un programa de entrenamiento para pediatras. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 94(5), 290-300.
- Lejarraga, H.; Krupitzky, S.; Kelmansky, D.; Bianco, A.; Martínez, E.; Pascucci, M. C.; Giménez, E.; Tibaldi, F. & Cameron, N. (1996). Edad de cumplimiento de pautas de desarrollo en niños argentinos menores de seis años argentinos. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 94, 6, 369-375.
- Lejarraga, H.; Menéndez, A.; Menzano E.; Fattore, M. J.; Guerra, L.; Biancato, S.; Pianelli, P.; Glomba, C.; Bellusci, C.; Lusnig, A.; Rautenstrauch, C.; Paris, V.; Galeana, A.; Larigoitia, D.; Feinsilber, V.; Andrews, M.; Del Pino, M. & Contreras, M. (2008). PRUNAPE: Pesquisa de trastornos de desarrollo en el primer nivel de atención. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 106(2), 119-125.
- Liotti, G. (1999). Disorganization of attachment as a model for understanding dissociative psychopathology. En J. Solomon & C. George (eds.). *Attachment Disorganization*. New York: Guilford Press, 291-317.
- López, M. J. R.; Rosales, J. C.; Chaves, M. L. M.; Byrne, S. & Cruz, J. M. B. (2009). Factores que influyen en el pronóstico de recuperación de las familias en riesgo psicosocial. El papel de la resiliencia del menor. *Psicothema*, 21(1), 90-96.
- Losada, A. V. (2015). *Familia y Psicología*. Buenos Aires: Dunken.
- Luria, A. (1984). El desarrollo de los conceptos y los métodos para su investigación. En *Conciencia y lenguaje*. Madrid: Visor.
- Maccoby, E. E. & Martin, J. A. (1983). Socialization in the context of the family: Parent-child interaction. *Handbook of child psychology: formerly Carmichael's Manual of child psychology*.

- Machover, K. (1963). Dibujo de la figura humana. Un método de investigar la personalidad. En G. Anderson & H. Anderson (comps.). *Técnicas proyectivas del diagnóstico psicológico*. Madrid: Rialp.
- Main, M. & Solomon, J. (1986). Discovery of a new, insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. En T. B. Brazelton & M. Yogman (eds.). *Affective development in infancy*, Norwood, NJ: Ablex, 95- 124.
- Marrone, M.; Diamond, N. & Juri, L. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Psimática.
- Medina Bravo, P.; Figueras-Maz, M. & Gómez-Puertas, L. (2014). El ideal de madre en el siglo XXI. La representación de la maternidad en las revistas de familia. *Estudios sobre el Mensaje Periodístico*, 20(1), 487-504.
- Meins, E.; Fernyhough, C.; Fradley, E. & Tuckey, M. (2001). Rethinking maternal sensitivity: Mothers' comments on infants' mental processes predict security of attachment at 12 months. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 42(5), 637-648.
- Meins, E.; Fernyhough, C.; Russell, J. & Clark-Carter, D. (1998). Security of attachment as a predictor of symbolic and mentalising abilities: A longitudinal study. *Social development*, 7(1), 1-24.
- Menna, J. & Pommorsky, L. (2013). *El valor de sentir. Claves para trascender el blindaje emocional*. Buenos Aires: Melhibe .
- Mestre Escrivá, M. V.; Samper García, P.; Tur, A. & Díez, I. (2001). Estilos de crianza y desarrollo prosocial de los hijos. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación Española de Asociaciones de Psicología*, 54(4), 691-703.

- Micolta León, A. (2011). Apuntes históricos de la paternidad y la maternidad. *Prospectiva*, (13), 89-121.
- Mitchell, B.A. (2003). Life Course Theory. En J. J. Ponzetti, Jr. (ed). *International Encyclopedia of Marriage and Family*, 2<sup>nd</sup> ed. New York: Macmillan, 1051-1055.
- Molina, M. E. (2006). Transformaciones histórico-culturales del concepto de maternidad y sus repercusiones en la identidad de la mujer. *Psykhé (Santiago)*, 15(2), 93-103.
- Moll, L. (comp.) (1990). *Vygotsky y la Educación*. Buenos Aires: Aique.
- Montero, I. & León, O. G. (2007). Guía para nombrar los estudios de investigación en Psicología. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 7(3), 847-862.
- Montes, A. & Pazos, G. (2016). Evaluación de factores de riesgo para anticipar el desempeño ante la Prueba Nacional de Pesquisa del Desarrollo en niños de un área desfavorecida. *Archivos argentinos de pediatría*, 114(1), 44-51.
- Morrell, J. & Murray, L. (2003). Parenting and the development of conduct disorder and hyperactive symptoms in childhood: A prospective longitudinal study from 2 months to 8 years. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 44(4), 489-508.
- Mosmann, C. & Wagner, A. (2008). Dimensiones de la conyugalidad y de la parentalidad: un modelo correlacional. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 10(2), 79-103.
- Munari, A. (2000). Jean Piaget. *Revista trimestral de educación comparada (París, UNESCO. Oficina Internacional de Educación)*, XXIV(1-2), 1994, 315-332.

- Muñoz Silva, A. (2005). La familia como contexto de desarrollo infantil. Dimensiones de análisis relevantes para la intervención educativa y social. *Portularia*, (2), 147-163.
- Murillo-Casas, Á.; Priegue-Caamaño, D. & Carmen Cambeiro-Lourido, M. do (2015). Una aproximación a los estilos educativos parentales como prácticas socializadoras. *Revista de Estudios e Investigación en Psicología y Educación*, (5), 083-087
- Neyrand, G. (2002). L'évolution du regard sur le lien parental. Approche socio-historique de la petite enfance. *Devenir*, 14(1), 27-55.
- Oiberman, A. (1998). *Padre-bebé: inicio de una relación*. La Plata: Universidad Nacional de La Plata.
- Oiberman, A. (2004). El rostro oculto de la maternidad. El desarrollo del maternaje. *Rev. Univ. Psicoanál.*, 4, 149-168.
- (2008). *Observando a los bebés. Técnicas vinculares madre-bebé, padre-bebé*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Olhaberry, M. & Farkas, C. (2012). Estrés materno y configuración familiar: estudio comparativo en familias chilenas monoparentales y nucleares de bajos ingresos. *Universitas Psychologica*, 11(4).
- Olhaberry, M.; Escobar, M.; Mena, C.; Santelices, P.; Morales-Reyes, I.; Rojas, G. & Martínez, V. (2015). Intervención grupal para reducir la sintomatología depresiva y promover la sensibilidad materna en embarazadas chilenas. *Suma Psicológica*, 22(2), 93-101.
- Ontiveros Mendoza, E.; Cravioto, J.; Sánchez Pérez, C. & Barragán Mejía, G. (2000). Evaluación del desarrollo motor en función de género, estimulación disponible en

el hogar y nivel socioeconómico en niños de 0 a 3 años de edad del área rural. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 57(6), 311-9.

Organización Mundial de la Salud (1980). The incidence of low birthweight. A critical review of available information. *World Health Stat Q*, 33, 197-224.

Páez, D.; Fernández, I.; Campos, M.; Zubieta, E. & Casullo, M. (2006). Apego seguro, vínculos parentales, clima familiar e inteligencia emocional: socialización, regulación y bienestar. *Ansiedad y estrés*, 12(2-3), 319-341.

Palacios, J. & Rodrigo, M. J. (1998). La familia como contexto y la familia en contexto. En M. J. Rodrigo & J. Palacios (coords.), *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.

Palomar Vereá, C. (2005). Maternidad: Historia y cultura. *Revista de estudios de género*, 22, 35-67.

Palomar, C. (1996). Género y maternidad. *Revista Universidad de Guadalajara*, (3).

Pascucci, M. C., Lejarraga, H. & Boullón, M. (2002). Validación de la prueba nacional de pesquisa de trastornos de desarrollo psicomotor. *Archivos Argentinos de Pediatría*, 100(5), 374-84.

Pederson, D. R. & Moran, G. (1995). A categorical description of infant-mother relationships in the home and its relation to Q-sort measures of infant-mother interaction. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(2-3), 111-132.

Pelchat, D.; Bisson, J.; Bois, C. & Saucier, J. F. (2003). The effects of early relational antecedents and other factors on the parental sensitivity of mothers and fathers. *Infant and Child Development*, 12(1), 27-51.

- Pelchat, D.; Lefebvre, H. & Levert, M. J. (2007). Gender differences and similarities in the experience of parenting a child with a health problem: current state of knowledge. *Journal of Child Health Care, 11*(2), 112-131.
- Pelento, M. (1985). Teoría de los objetos y proceso de curación en el pensamiento de Donald Winnicott. *Anuario de la Asociación Escuela de Psicoterapia para Graduados, 11*.
- Peñaranda Correa, F. (2003). La educación a padres en los programas de salud desde una perspectiva de desarrollo humano. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud, 1*(1), 207-230.
- Piaget, J. (1946/1977) *La formación del símbolo en el niño. Imitación, juego y sueño. Imagen y representación*. México: Fondo de Cultura Económica.
- (1966). *Psicología genética*. Buenos Aires: Guadalupe.
- Piaget, J. & Inhelder, B. (1997). *Psicología del niño*. Madrid: Morata.
- Pianta, R. C.; Sroufe, L. A. & Egeland, B. (1989). Continuity and discontinuity in maternal sensitivity at 6, 24, and 42 months in a high-risk sample. *Child Development, 48*1-487.
- Posada, G.; Carbonell, O. A.; Alzate, G. & Plata, S. J. (2004). Through Colombian lenses: ethnographic and conventional analyses of maternal care and their associations with secure base behavior. *Developmental Psychology, 40*(4), 508.
- Putnam, S. P.; Sanson, A. V. & Rothbart, M. K. (2002). Child temperament and parenting. *Handbook of Parenting, 1*, 255-277.
- Rascovsky, A. (1960). *El psiquismo fetal*. Buenos Aires: Paidós.
- Rascovsky, L. (1969). Reflexiones sobre la formación analítica y el análisis didáctico. *Revista de Psicoanálisis, XXIX*, 801-828.

- Reece, S. M. & Harkless, G. (1998). *Self-efficacy, stress, and parental adaptation: Applications to the care of childbearing families. Journal of Family Nursing, 4*(2), 198-215.
- Richaud de Minzi, M. C. (2005). Vulnerabilidades y fortalezas de los niños en riesgo ambiental por pobreza extrema: Diagnóstico e intervención. En *Actas del VIII Congreso Nacional de Psicodiagnóstico XV Jornada Nacional de ADEIP. Actualizando y produciendo conocimiento, 1*, 208-212.
- (2009). Influencia del modelado de los padres sobre el desarrollo del razonamiento prosocial en los/las niños/as. *Interamerican Journal of Psychology, 43*(1), 187-198.
- Rizzolatti, G. (2005). The mirror neuron system and its function in humans. *Anatomy and embryology, 210*(5), 419-421.
- Rizzolatti, G. & Sinigaglia, C. (2007). Mirror neurons and motor intentionality. *Functional neurology, 22*(4), 205.
- Rodríguez, G. M. (2006). Tipo de vínculo madre/hijo y desarrollo intelectual sensoriomotriz en niños de 6 a 15 meses de edad. *Interdisciplinaria, 23*(2), 175-202.
- Rodríguez, M. A. M. (1999). El enfoque sociocultural en el estudio del desarrollo y la educación. *Revista electrónica de investigación educativa, 1*(1).
- Rodríguez, M. F.; Alcántar Díaz, B. E. & Arteaga Medina, R. (2013). Presencia de daño en el neonato de pacientes con diagnóstico de diabetes gestacional, que cursaron el embarazo llevando un control de glucosa normal y anormal en el módulo de embarazo de alto riesgo del Hospital Civil Tepic “Dr. Antonio González Guevara”. *Chemistry Sciences, 3*(1).

- Rossel, K. (2004). Apego y vinculación en el Síndrome de Down. Una emergencia afectiva. *Revista Pediatría Electrónica*, 1(1), 3-8.
- Rothbaum, F.; Weisz, J.; Pott, M.; Miyake, K. & Morelli, G. (2000). El apego y la cultura: Seguridad en los Estados Unidos y Japón. *American Psychologist*, 55(10), 1093.
- Ruoti Cosp, M.; Ontano, M.; Calabrese, E.; Airaldi, L.; Gruhn, E.; Galeano, J.; Espinosa, A. & Gallo Vallejos, M. (2009). Uso y abuso de drogas durante el embarazo. *Mem. Inst. Investig. Cienc. Salud*, 7(2), 32-44.
- Rutter, M. (2012). La resiliencia como un concepto dinámico. *Desarrollo y Psicopatología*, 24, 335-344.
- Salinas-Quiroz, F. & Posada, G. (2015). MBQS: Evaluation method for attachment-based interventions in early childhood. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13(2), 1051-1063.
- Sameroff, A. J. & Seifer, R. (1983). Familial risk and child competence. *Child Development*, 1254-1268.
- Sanders, M. R. & Morawska, A. (2010). ¿Es posible que el conocimiento de los padres, las competencias y expectativas disfuncionales, y la regulación emocional mejoren los resultados de los niños? En R. E. Tremblay; R. G. Barr; R. DeV. Peters & M. Boivine (eds.). *Enciclopedia sobre el desarrollo de la primera infancia*, 1-13.
- Santelices, M. P.; Carvacho, C.; Farkas, C.; León, F.; Galleguillos, F. & Himmel, E. (2012). Medición de la sensibilidad del adulto con niños de 6 a 36 meses de edad: construcción y análisis preliminares de la Escala de Sensibilidad del Adulto, ESA. *Terapia psicológica*, 30(3), 19-29.

- Santelices, M. P.; Farkas, C.; Montoya, F.; Galleguillos, F.; Carvacho, C.; Fernández, A.; Morales, L.; Taboada, C. & Himmel, E. (2015). Factores predictivos de sensibilidad materna en infancia temprana. *Psicoperspectivas. Individuo y Sociedad*, 14(1), 66-76.
- Schore, A. N. (2001). The effects of early relational trauma on right brain development, affect regulation, and infant mental health. *Infant mental health journal*, 22(1-2), 201-269.
- Schore, A. N. (2003). *Affect Dysregulation and the Disorders of the Self*. New York: Norton.
- Schunk, D. H. (1997). Condicionamiento operante en Teorías del Aprendizaje. *Prentice Hall Hispanoamericanas*, (2), 63-99.
- Sharp, C. & Fonagy, P. (2008). The parent's capacity to treat the child as a psychological agent: Constructs, measures and implications for developmental psychopathology. *Social development*, 17(3), 737-754.
- Shin, H.; Park, Y. J.; Ryu, H. & Seomun, G. (2008). Maternal sensitivity: A concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 64(3), 304-314.
- Siegel, D. J. & Hartzell, M. (2005a). *Errori da non ripetere. Come la conoscenza della propria storia aiuta a essere genitori*. Milano: Raffaello Cortina.
- Siegel, D. J. & Hartzell, M. (2005b). *Ser padres conscientes*. Vitoria: La Llave.
- Silva, P. (2013). Sensibilidad materna y su asociación con el desarrollo infantil temprano. Estudio exploratorio en díadas madre-bebé en contexto natural. En V Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XX Jornadas de Investigación Noveno Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología-Universidad de Buenos Aires.

- Soler, C. L. (2008). Las reacciones postraumáticas en la infancia y adolescencia maltratada. El trauma complejo. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 13(3), 159-174.
- Solmeyer, A. R. & Feinberg, M. E. (2011). Mother and father adjustment during early parenthood: The roles of infant temperament and coparenting relationship quality. *Infant Behavior and Development*, 34(4), 504-5
- Soulé, M. (1970). *L'enfant et son corps*. París: PUF.
- Spitz, R. A. & Coblner, W. G. (1969). *El primer año de vida del niño*. México: Fondo de Cultura Económica.
- Sroufe, L. A. (1996). *Emotional development: The organization of emotional life in the early years*. New York: Cambridge University Press.
- (2014). Prefacio. En B. Torres; J. M. Causadias & G. Posada (eds.). *La teoría del apego. Investigación y aplicaciones clínicas*. Madrid: Psimática, 17-20.
- Sroufe, L. A.; Carlson, E. A.; Levy, A. K. & Egeland, B. (1999). Implications of attachment theory for developmental psychopathology. *Development and psychopathology*, 11(1), 1-13.
- Subiela, P. P. (2004). Somatizaciones en niños de riesgo, producidas desde el vínculo. *Revista de Psicoterapia y Psicosomática*, 24(56), 52-68.
- Teti, D. M. & Gelfand, D. M. (1991). Behavioral competence among mothers of infants in the first year: the mediational role of maternal *self-efficacy*. *Child development*, 62(5), 918-929.
- Thompson, R. A. (2000). The legacy of early attachments. *Child development*, 71(1), 145-152.

- Torrecillas, A. M. & Rodrigo, M. J. (2010). La familia y el desarrollo. Perspectiva sociológica, psicológica y educativa. *La atención temprana: un compromiso con la infancia y sus familias*, 165, 37.
- Ulivieri, S. (1986). Historiadores y sociólogos en busca de la infancia. Apuntes para una bibliografía razonada. *Revista de Educación*, 281, 47-86.
- Vargas-Rubilar, J. & Arán-Filippetti, V. (2014). Importancia de la parentalidad para el desarrollo cognitivo infantil: una revisión teórica. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 12(1), 171-186.
- Velázquez Quintana, N. I.; Zárraga, M. Y.; Luis, J. & Ávila Reyes, R. (2004). Recién nacidos con bajo peso; causas, problemas y perspectivas a futuro. *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 61(1), 73-86.
- Verthelyi, R. F.; Hirsch, S. B. de, & Braude, M. G. de (1985). *Identidad y vínculo en el test de las dos personas*. Buenos Aires: Paidós.
- Vives, J. (1991). Precursores del vínculo humano. *Neurología, Neurocirugía, Psiquiatría*, 1.
- Vygotsky, L. S. (1979). *El desarrollo de los procesos psicológicos superiores*. Buenos Aires: Grijalbo.
- (1981). *Pensamiento y lenguaje*. Buenos Aires: La Pléyade.
- Watson, J. B. (1925). *Behaviorism*. Transaction Publishers.
- Weiss, N. P. (1978). The mother-child dyad revisited: Perceptions of mothers and children in twentieth century child-rearing manuals. *Journal of Social Issues*, 34(2), 29-45.
- Wertsch, J. V. (1985). *Culture Communication and Cognition. Vygotskian Perspectives*. Cambridge: University Press.

- Wertsch, J. V. (1988). *Vygotsky y la formación social de la mente*. Barcelona: Paidós.
- Winnicott, D. W. (1971). *Playing and reality*. Psychology Press.
- Zapiain, J. G. & Ortiz, M. J. (2012). Capacidad para aportar y solicitar apoyo emocional en las relaciones de pareja en relación con los perfiles de apego. *Anales de Psicología*, 28(1), 302.
- Zucchi, A.; Huerin, V.; Duhalde, C. & Raznoszczyk de Schejtman, C. (2007). Aproximación al estudio del funcionamiento reflexivo materno. *Anuario de investigaciones*, 14.

## **Anexo 1. Carta de invitación a madres para participar en la investigación**

**Hola Mami!!**

Soy Laura Pommorsky, soy psicóloga y mamá de tres hijos.

Estoy trabajando en una investigación para demostrar la importancia que tiene en el desarrollo de los chicos el vínculo con su mamá. Para eso estoy tomando una entrevista a mamis de niñitos de uno a cuatro años. Si estás de acuerdo en colaborar conmigo, te voy a pedir que respondas unas preguntas acerca del embarazo, el parto y el crecimiento de tu hijo/a. Nos llevará 30 minutos. Los datos que aportes serán confidenciales.

Tu participación es muy importante para mi trabajo. Si te interesa participar, por favor dejame tus datos para que yo pueda contactarte.

Gracias!

Laura

---

Nombre de la mamá: \_\_\_\_\_

Nombre del hijo/a: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_

## **Anexo 2. Consentimiento informado**

### **Consentimiento Informado para Participantes de la Investigación**

Estamos realizando una investigación con el objeto de evaluar la trascendencia del vínculo madre-hijo en el desarrollo saludable del hijo/a; para ello solicitamos la participación de duplas madre-hijo/a a fin de obtener información relativa a la relación entre ellos y sobre los distintos factores que hacen al desarrollo del niño/a. Usted puede elegir participar o no hacerlo. El propósito de esta nota de consentimiento es dar a los participantes en esta investigación una clara explicación de su naturaleza, así como de su rol en ella.

La presente investigación es conducida por la Lic. Laura Pommorsky (M.N: 17214; M.P: 60407), doctoranda de la Universidad de Flores.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista y, en algunos casos, se le pedirá al niño que conteste algunas preguntas o realice algunas pruebas tendientes a evaluar su maduración psicofísica, lo que en todos los casos se hará en presencia de su madre. Esto tomará aproximadamente treinta minutos de su tiempo. Lo conversado durante estas entrevistas será registrado por escrito o podría ser grabado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y, por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

---

Acepto participar voluntariamente en esta investigación junto con mi hijo/a, conducida por la Lic. Laura Pommorsky. He sido informada de que la meta de este estudio es evaluar la trascendencia del vínculo madre-hijo en el desarrollo saludable del hijo.

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios y preguntas en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente treinta minutos y que, asimismo, en algunos casos se le pedirá al niño que conteste algunas preguntas o realice algunas pruebas tendientes a evaluar su maduración psicofísica.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informada de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme y/o retirar a mi hijo/a cuando así lo decida sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona ni para la persona de mi hijo/a. De tener preguntas sobre nuestra participación en este estudio, puedo contactar a la Lic. Laura Pommorsky al teléfono (011) 15 4439 4532 o al e-mail <laurapommorsky@gmail.com>.

Entiendo que una copia de esta nota de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido. Para esto, puedo contactar a la Lic. Laura Pommorsky al teléfono y/o e-mail anteriormente mencionados.

-----  
Nombre y DNI de la Participante  
(En letras de imprenta)

Firma de la Participante

Fecha

-----  
Nombre del hijo/a de la participante

### **Anexo 3. Entrevista semiestructurada para relevar datos sociodemográficas y de salud psicofísica**

#### **Datos sociodemográficos**

1. ¿Cuál es el nivel máximo de estudios que han alcanzado vos y el papá de tu hijo/a?
2. ¿Cuál es tu ocupación habitual y la del papá de tu hijo/a?
3. ¿Con qué servicios sanitarios y de salud cuentan en el barrio?
4. ¿Cuál es tu edad y la de tu hijo/a?
5. ¿Cómo está compuesta la familia?
6. ¿Quiénes conviven con el niño/a en este momento?
7. ¿Quién se encarga del cuidado de tu hijo/a en tu ausencia?

#### **Salud psicofísica y contexto ambiental**

8. ¿Hubo alguna complicación de salud tuya durante el embarazo?
9. ¿Cómo fue el parto? ¿Cómo se desarrolló?
10. ¿Cómo estuvo tu hijo/a inmediatamente después de nacer?
11. ¿Cuántas horas semanales pasás sin tu hijo?
12. ¿Tenés algún problema de salud? ¿Podrías decirme cuál?
13. ¿Tiene el papá de tu hijo algún problema de salud? ¿Podrías decirme cuál?

#### **Vínculo madre-hijo**

14. ¿Cómo definirías a tu hijo/a?
15. ¿Cómo definirías tu relación con tu hijo/a?
16. ¿Cómo definirías tu relación con el papá de tu hijo/a?

# Anexo 4. Planilla de la PRUNAPE

**PRUEBA NACIONAL DE PESQUISA - PRUNAPE**  
Formulario de Aplicación

Examinador/a: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: \_\_\_\_\_ día / mes / año

Nombre del niño/a: \_\_\_\_\_ Fecha de la Pesquisa: \_\_\_\_\_ / /

Nº de H. Clínica: \_\_\_\_\_ Edad postnatal: \_\_\_\_\_ años / meses / días

Edad gestacional (semanas): \_\_\_\_\_ Edad corregida: \_\_\_\_\_ / /

2 4 6 9 12 15 18 24 3 4 5 6

25 50 75 90

Percentiles de edad de cumplimiento

**PERSONAL SOCIAL**

- ACTITUD FRENTE AL ESPEJO
- COMUNICACION CON EL OBSERVADOR
- SÓNRISE SOCIAL
- SE RESISTE A QUE LE QUITEN UN JUGUETE (85)
- JUEGA A LAS ESCONDIDAS
- ACUDE AL LLAMADO DEL OBSERVADOR
- \*IMITA TAREAS DEL HOGAR
- \*JUEGO SIMBOLICO
- \*AYUDA EN TAREAS DEL HOGAR
- TORRE DE 4 CUBOS M
- TORRE DE 8 CUBOS M
- IMITA PUENTE M
- SABE POR QUE ES DE DIA O DE NOCHE (85)
- USO DE 2 OBJETOS
- RECONOCE 3 COLORES (80)
- CUMPLE 2 INDICACIONES CONSECUTIVAS (35)
- COMPRENDE PREPOSICIONES 3-4
- ANALOGIAS OPUERTAS 2-3 (35)
- DICE SU NOMBRE COMPLETO
- \*FRASE COMPLETA
- TARAREA EN PRESENCIA DE TERCEROS (80)
- FRASES (SUSTANTIVO Y VERBO)
- NOMBRA 2 FIGURAS 2-4 (80)
- SEÑALA 2 FIGURAS 2-4 (30)
- \*PALABRA FRASE (85)
- \*PAPA MAMA ESPECIFICO
- RESUESTA AL NO (55)
- \*SILABEO PAPA MAMA NO ESPECIFICO (30)
- \*SILABEO DA DA DA TA TA TA (30)
- LANZA PELOTA AL EXAMINADOR
- PATEA PELOTA M
- \*SUBE A UNA SILLA O SILLON SIN AYUDA
- SE AGACHA Y SE LEVANTA SIN SOSTEN
- CAMINA SOLO
- CAMINA DE LA MANO (30)
- \*CAMINA SUJETO A MUEBLES
- LOGRA PARARSE (85)
- SENTADO ALCANZA OBJETO
- SENTADO SIN SOSTEN
- TRIPODE
- PASA DE POSICION DORSAL A LATERAL (80)
- PALANCA (85)
- POSICION EN LINEA MEDIA
- LEVANTA CABEZA (85)
- MICRO COMIETO SIMETRICO (80)
- SOSTEN CEFALICO

**MOTOR FINO**

- MANOS SEMIABIERTAS
- SEGUIMIENTO LINEA MEDIA (80)
- \*MIRA SU MANO
- JUNTA LAS MANOS
- PASA CUBO DE MANO
- PRENSION CUBO PALMAR
- PRENSION PINZA SUPERIOR
- GARABATEA
- INTRODUCE PASA EN BOTELLA
- VIERTE PASA DE BOTELLA M
- CORRIGE TORRE (85)
- COPIA CRUZ (30)
- BOBLA UN PAPEL EN DIAGONAL M (85)
- DIBUJA PERSONA (2 PARTES) (85)
- DIBUJA PERSONA (6 PARTES) (55)
- COPIA UN TRIANGULO (85)
- \*COME SOLO (80)
- DA UN OBJETO (55)
- BUSCA OBJETO (55)
- TORRE DE 2 FIGURAS 2-4 (80)
- RETRUCEDE TALON PUNTA M (30)
- CAMINA TALON PUNTA M (30)
- SALTA EN UN PIE M (35)
- SALTO AMPLIO
- SE PARA EN UN PIE 5° M (85)
- SALTA CON AMBOS PIES M (85)

**LENGUAJE**

- COCLEO PALPEBRAL (83.3)
- BUSCA CON LA MIRADA A LA MADRE (80)
- LANZA PELOTA AL EXAMINADOR
- PATEA PELOTA M
- \*SUBE A UNA SILLA O SILLON SIN AYUDA
- SE AGACHA Y SE LEVANTA SIN SOSTEN
- CAMINA SOLO
- CAMINA DE LA MANO (30)
- \*CAMINA SUJETO A MUEBLES
- LOGRA PARARSE (85)
- SENTADO ALCANZA OBJETO
- SENTADO SIN SOSTEN
- TRIPODE
- PASA DE POSICION DORSAL A LATERAL (80)
- PALANCA (85)
- POSICION EN LINEA MEDIA
- LEVANTA CABEZA (85)
- MICRO COMIETO SIMETRICO (80)
- SOSTEN CEFALICO

**MOTOR GRUESO**

- LANZA PELOTA AL EXAMINADOR
- PATEA PELOTA M
- \*SUBE A UNA SILLA O SILLON SIN AYUDA
- SE AGACHA Y SE LEVANTA SIN SOSTEN
- CAMINA SOLO
- CAMINA DE LA MANO (30)
- \*CAMINA SUJETO A MUEBLES
- LOGRA PARARSE (85)
- SENTADO ALCANZA OBJETO
- SENTADO SIN SOSTEN
- TRIPODE
- PASA DE POSICION DORSAL A LATERAL (80)
- PALANCA (85)
- POSICION EN LINEA MEDIA
- LEVANTA CABEZA (85)
- MICRO COMIETO SIMETRICO (80)
- SOSTEN CEFALICO

**EDAD**

MESES 2 4 6 9 12 15 18 24 AÑOS 3 4 5 6

© Leizaola, H., Kelmansky, D., Pascucci, MC., Salamancó, G. 2004



N°	Nombres, edad M-H	Prunape	Vinculo (2 Personas)				Encuesta: Factores protectores y de riesgo																Valores Paralelos		OBS				
			Dist.	Postura	Kinesia	I Base	Integrac	H	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16		Encuesta	Dibujo		
41	P-M (39a/3a)	pasa	-	-	-	X	-	-	-	-	-	1	0	1	4	0	0	0	2	0	0	1	3	0	0	1	13	s / indic	s/obs.
42	M-E (33a/2a)	pasa	-	-	-	X	-	-	-	-	-	1	0	0	1	0	0	3	0	0	1	3	0	1	1	11	s / indic	madre ansiosa	
43	R-A (30a/4a)	pasa	X	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	2	4	1	1	0	2	0	0	1	1	0	0	0	12	s / indic	s/obs.
44	Y-M (30a/3a)	pasa	-	-	-	X	-	-	-	-	-	1	0	1	0	0	0	2	0	0	3	1	0	0	1	9	s / indic	s/obs.	
45	E-X (32a/5a)	pasa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	1	0	0	0	3	0	0	1	2	0	0	0	7	s / indic	niña aventajada	
46	V-D (39a/3a)	pasa	-	-	-	X	-	-	-	-	-	0	0	1	4	0	0	3	0	0	1	3	1	0	0	12	s / indic	niña aventajada	
47	R-V (31a/3a)	NO PASA	-	X	-	X	-	-	-	-	X	0	0	2	4	0	1	0	3	0	0	1	0	0	1	13	c / indic	s/obs.	
48	N-S (31a/3a)	pasa	-	-	-	X	-	-	-	-	-	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	1	0	0	1	5	s / indic	s/obs.	
49	M-M (40a/3a)	pasa	-	-	-	X	-	-	-	-	-	0	0	0	4	0	0	1	0	0	0	1	2	1	0	9	s / indic	s/obs.	
50	L-B (45a/4a)	NO PASA	X	-	-	X	-	-	-	-	X	1	0	0	4	0	0	2	2	3	0	3	0	0	1	19	c / indic	f.riesgo	
51	L-V (28a/1a)	pasa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	2	4	0	0	2	0	0	1	2	0	0	0	11	s / indic	s/obs.	
52	L-G (24a/2a)	NO PASA	X	X	-	X	X	-	-	-	-	0	0	2	4	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	2	13	c / indic	f.riesgo
53	L-G (30a/3a)	pasa	-	-	-	-	-	-	-	-	-	0	0	1	1	1	1	0	3	0	0	1	0	0	0	9	s / indic	s/obs.	
54	L-C (30a/1a)	pasa	-	-	-	X	-	-	-	-	-	0	2	0	0	1	0	0	3	0	0	1	0	0	0	8	s / indic	s/obs.	
55	C-C (39/3a)	pasa	-	-	-	X	-	-	-	-	-	0	0	0	0	1	0	0	2	0	1	1	0	0	0	6	s / indic	s/obs.	

## **Anexo 6. Libro de códigos**

### **Test Dos Personas**

Se codificó la variable vínculo en catorce indicadores:

1. Emplazamiento: con tres categorías:
  - 1.1. Apaisado
  - 1.2. Vertical
  - 1.3. Central
2. Base: con tres categorías:
  - 2.1. Inexistente
  - 2.2. Separada
  - 2.3. Unida: con tres subcategorías:
    - 2.3.1. Línea recta
    - 2.3.2. Línea confusa
    - 2.3.3. Línea concreta
3. Tamaño general: con cuatro categorías:
  - 3.1. Muy grande
  - 3.2. Mediano
  - 3.3. Chico
  - 3.4. Muy chico
4. Distancia: con tres categorías:
  - 4.1. Inexistente
  - 4.2. Media
  - 4.3. Acentuada
5. Postura: con tres categorías:
  - 5.1. Ambos de frente
  - 5.2. Semiperfiles
  - 5.3. Perfiles
6. Kinesia: con tres categorías:
  - 6.1. Inexistente
  - 6.2. Media
  - 6.3. Acentuada
7. Completud: con tres categorías:
  - 7.1. Adecuada

- 7.2. Media
- 7.3. Inadecuada
- 8. Diferenciación sexual: con tres categorías:
  - 8.1. Adecuada
  - 8.2. Media
  - 8.3. Inadecuada
- 9. Edad primera figura: con cinco categorías:
  - 9.1. Mayor
  - 9.2. Igual a sujeto
  - 9.3. Mucho mayor
  - 9.4. Menor
  - 9.5. Mucho menor
- 10. Integración: con tres categorías:
  - 10.1. Integrada
  - 10.2. Dividida
  - 10.3. Disociada
- 11. Roles: con seis categorías:
  - 11.1. Inespecíficos
  - 11.2. De amistad
  - 11.3. De pareja
  - 11.4. Paterno/materno-filiales
  - 11.5. Fraternos
  - 11.6. Otros
- 12. Temática de la historia y características de la interacción: con cinco categorías:
  - 12.1. Inexistente
  - 12.2. Acercamiento Mutuo: con cinco subcategorías:
    - 12.2.1. Gratificante
    - 12.2.2. Ambivalente
    - 12.2.3. Neutro
    - 12.2.4. Frustrante
    - 12.2.5. Agresivo
  - 12.3. Alejamiento
  - 12.4. Otros
- 13. Desenlace: con cuatro categorías:
  - 13.1. Inexistente
  - 13.2. Continuidad: con tres subcategorías:
    - 13.2.1. Positiva

- 13.2.2. Ambivalente
- 13.2.3. Negativa
- 13.3. Real: con tres subcategorías:
  - 13.3.1. Positiva
  - 13.3.2. Ambivalente
  - 13.3.3. Negativa
- 13.4. Fantaseado: con tres subcategorías:
  - 13.4.1. Positivo
  - 13.4.2. Ambivalente
  - 13.4.3. Negativo
- 14. Título: con cinco subcategorías
  - 14.1. Síntesis con nombres
  - 14.2. Síntesis con roles
  - 14.3. Síntesis con tiempo y/o lugar
  - 14.4. Síntesis argumental
  - 14.5. Formal

**Entrevista para detectar factores protectores y de riesgo en relación con el desarrollo infantil**

- 1. Datos sociodemográficos:
  - 1.1. Nombre de la madre
  - 1.2. Edad de la madre
  - 1.3. Estado civil de los padres
    - 1.3.1. Casados
    - 1.3.2. Separados
    - 1.3.3. Divorciados
    - 1.3.4. Madre viuda
    - 1.3.5. Padre ausente/desconocido
  - 1.4. Convivencia de los padres con el niño; 0 es lo óptimo y 4 el caso de mayor factor de riesgo:
    - 1.4.1. Ambos todo el tiempo: 0
    - 1.4.2. El padre se ausenta por motivos laborales, temporalmente: 1
    - 1.4.3. El padre no convive: 2
    - 1.4.4. El padre no convive y la madre se ausenta temporalmente: 3
    - 1.4.5. No convive con ninguno de los dos: 4

- 1.5. Nivel educativo máximo alcanzado por la madre; a menor nivel, mayor factor de riesgo para el desarrollo del niño:
  - 1.5.1. Analfabeta: 4
  - 1.5.2. Primario incompleto: 3
  - 1.5.3. Primario completo: 2
  - 1.5.4. Secundario incompleto: 1
  - 1.5.5. Secundario completo: 0
- 1.6. Ocupación de la madre
- 1.7. Ocupación del padre
- 1.8. Cantidad de horas que la madre trabaja fuera del hogar; a mayor cantidad de horas, más factor de riesgo:
  - 1.8.1. Menos de 10: 0
  - 1.8.2. De 11 a 20: 1
  - 1.8.3. De 21 a 30: 2
  - 1.8.4. De 31 a 40: 3
  - 1.8.5. Más de 41: 4
- 1.9. Conformación familiar; la situación óptima sería familia nuclear con más de un hijo:
  - 1.9.1. Familia nuclear con hermanos: 0
  - 1.9.2. Familia nuclear sin hermanos: 1
  - 1.9.3. Familia intergeneracional: 2
  - 1.9.4. Familia ensamblada: 3
  - 1.9.5. Familia monoparental: 4
- 1.10. Encargado del cuidado del niño en ausencia de la madre; la situación óptima está dada por el cuidado de personas adultas y sanas cercanas al niño:
  - 1.10.1. Padre del niño: 0
  - 1.10.2. Abuela/os o familiares directos: 1
  - 1.10.3. Hermanos mayores: 2
  - 1.10.4. Guardería/jardín maternal: 3
  - 1.10.5. Empleada. 4
- 2. Datos de salud física y emocional:
  - 2.1. Tiempo de gestación: categorizados según nivel de compromiso con el desarrollo del niño:
    - 2.1.1. De 38 a 40 semanas: 0
    - 2.1.2. Más de 40 semanas: 1
    - 2.1.3. De 36 a 38 semanas: 2
    - 2.1.4. Menos de 36 semanas: 3
  - 2.2. Peso al nacer:

- 2.2.1. Entre 3 kg y 4,5 kg: 0
- 2.2.2. Entre 2 kg y 3 kg: 1
- 2.2.3. Menos de 2 kg: 2
- 2.2.4. Más de 4,5 kg: 3
- 2.3. Problemas en el parto:
  - 2.3.1. Parto natural espontáneo: 0
  - 2.3.2. Maniobras simples durante parto natural: 1
  - 2.3.3. Cesárea programada: 2
  - 2.3.4. Maniobras complejas durante parto natural: 3
  - 2.3.5. Maniobras que desencadenan en cesárea: 4
- 2.4. Salud del recién nacido:
  - 2.4.1. Óptima (Apgar 10): 0
  - 2.4.2. Dificultades menores (ictericia, hipotermia leve): 1
  - 2.4.3. Dificultades moderadas (hipoxia, anoxia breve): 2
  - 2.4.4. Dificultades severas (ingesta de líquido amniótico, dificultades respiratorias): 3
  - 2.4.5. Dificultades severas, en las que estuvo en riesgo la vida del niño: 4
- 2.5. Salud de la madre en el posparto; la situación óptima es que no haya ninguna complicación:
  - 2.5.1. Ninguna: 0
  - 2.5.2. Malestares relativos a la evolución natural del posparto: 1
  - 2.5.3. Complicaciones que no requirieron tratamiento, pero sí cuidados específicos por parte de la madre: 2
  - 2.5.4. Complicaciones como infecciones con tratamiento ambulatorio: 3
  - 2.5.5. Complicaciones como infecciones que requirieron internación: 4
- 2.6. Problemas de salud de la madre:
  - 2.6.1. Ninguno: 0
  - 2.6.2. Leves: 1
  - 2.6.3. Moderados: 2
  - 2.6.4. Adicciones: 3
  - 2.6.5. Discapacidad superior al 70%: 4
- 2.7. Problemas de salud del padre:
  - 2.7.1. Ninguno: 0
  - 2.7.2. Leves: 1
  - 2.7.3. Moderados: 2
  - 2.7.4. Adicciones: 3
  - 2.7.5. Discapacidad superior al 70%: 4
- 3. Datos emocionales:

3.1. Calificación subjetiva del embarazo:

3.1.1. Aspectos físicos del embarazo

3.1.2. Aspectos emocionales del embarazo

3.2. Calificación subjetiva de su relación con el niño

3.3. Calificación subjetiva de su hijo

3.4. Calificación subjetiva de la relación con el padre del niño

### **Prueba Nacional de Pesquisa (PRUNAPE)**

Hay dos valores posibles:

1. Pasa la prueba
2. No pasa la prueba, por lo que estamos en presencia de un posible problema de desarrollo.