

SALUD MENTAL

Perinatología, salud mental y capacidad maternal primaria

Mental health and primary maternal

Hugo Campos Castañeda ¹

RESUMEN

Se revisa el desarrollo psíquico del bebé durante el primer año, y se demuestra la importancia del “medio ambiente facilitador” en los primeros estadios de su vida. Este medio ambiente lo constituye el cuidado altamente especializado que brinda en forma instintiva la mamá a través del despliegue de la “capacidad maternal primaria”. Se esboza a grandes rasgos las estrategias de intervención en el área de perinatología y el control pediátrico durante el primer año.

ABSTRACT

The psychic development of the baby will be checked during the first year, underlining the importance of the “easy-making environment” in the first periods of life. This environment comes from the high specialized care that the mother in an instinctive way gives him through the maternal primary capacity. The strategies of intervention in the area of neonatology and the pediatrics control during the first year will be explained in a broad way.

El desarrollo de un psiquismo sano en el individuo es la resultante de la interacción del “potencial heredado” que trae al nacer y el “medio ambiente facilitador”. Tal interacción es central para la configuración del psiquismo durante el primer año de vida.

Es cierto que para algunas corrientes positivistas, las condiciones ambientales no revisten ninguna importancia en la génesis de los desórdenes mentales. Sin embargo, para la gran mayoría ambos componentes son determinantes.

Si somos conscientes de la enorme invalidez de la cría recién nacida del ser humano, entonces podremos acercarnos a entender la importancia del “medio ambiente facilitador”, sobre todo **al inicio**.

Todos los que hemos visto a “recién nacidos sanos” nos encontramos con un bebé limitado por su piel y, físicamente hablando, estamos frente a una unidad: “un queque

recién salido del molde”. Sin embargo, psíquicamente hablando no existe aún tal unidad; entonces –siguiendo con la metáfora– estamos ante una especie de “queque inconsistente que todavía necesita un molde y un tiempo más de cocción”.

Si queremos entender cómo se forma un psiquismo sano, tenemos que partir del hecho de que las condiciones uterinas estables proporcionan un ambiente adecuado para lo que podríamos llamar: “la sensación continua de existencia libre de angustias mayores”; en buenas condiciones esta sensación aparecerá. Ella es la piedra angular de la salud mental a lo largo de la vida y sin lugar a dudas **podría definirla**.

Un individuo sano psíquicamente es aquel que ha constituido un “yo” (sentido de sí mismo) que puede administrar, por un lado, las circunstancias del ambiente que lo rodea y por el otro, las exigencias internas de los instintos, sin que la sensación de existencia continua de sí mismo sea amenazada por angustias mayores o se pierda.

Dicha condición de un “yo” más o menos competente es **absolutamente inexistente** en el nacimiento. Son estas consideraciones las que le dan sentido a la célebre frase de D.W. Winnicott: “*No existe eso que tan solo llamamos bebé*”.

Aproximadamente hacia el final del primer año de vida del bebé (límite bastante variable) es cuando podemos apreciar un “yo” más o menos competente; en consecuencia es de capital importancia que todos los profesionales que brindan atención a mamás y bebés en estos estadios tempranos –entre los que estamos incluidos nosotros los pediatras generales–, nos acerquemos a esta área sensible con verdadera humildad y cuidado.

Alrededor del primer año –para decirlo en forma sencilla–, el infante existe confiadamente en su cuerpo limitado por su piel (con un dentro y un fuera) y experimenta **una sensación de sí mismo** que no se discontinúa a pesar de las exigencias instintivas y/o ambientales, y está listo para escribir una “historia personal” en el peor de los casos, desde el punto de vista psíquico, **neurótica**.

¹ Médico Pediatra – Psicoterapeuta
Hospital Naval

Sin embargo, si las cosas no funcionan bien durante el primer año y el “trauma” se inscribe antes que el “yo” se configure suficientemente sano, las defensas que se instalan son de naturaleza primitivamente **psicóticas**. El drama existencial es inenarrable: no hay un yo que lo pueda contar.

Ningún bebé se merece una cosa así. Planteadas así las cosas, podemos decir que luego del parto físico, al cabo del primer año se produce el parto del “sujeto psíquico”.

Así como la “gestación del sujeto físico” implica un útero y condiciones intrauterinas mínimas, la gestación del sujeto psíquico implica esencialmente dos condiciones: en primer lugar y, como componente **primordial**, un especialísimo cuidado minuto a minuto y segundo a segundo que brinda la madre y/o sustituta en forma instintiva y que evita que las intrusiones ambientales rompan la “sensación continua de existencia”, podemos llamar a esto: **sostén**.

Si el sostén es confiable y estable, el bebé inicia el trámite de las exigencias instintivas (que también amenazan la continuidad de la existencia) con el pecho de la madre a través de la succión.

Tenemos entonces un sostén que permite tramitar las intrusiones ambientales, y una succión que permite tramitar las exigencias instintivas que no son solamente nutricionales, como por sentido común se puede inferir. Por eso la lactancia materna es una experiencia de mayor calidad y cualidad para la riqueza de la personalidad futura que el trámite de la exigencia instintiva a través de un biberón, sin invalidar esta última opción, ésta es la ventaja cardinal de la lactancia materna. De hecho, organizado en el sostén seguro y confiable, el bebé organizará su succión a libre demanda en forma creativa y según su pauta personal.

Podemos resumir estas ideas diciendo que la madre organiza un sostén de tal modo que carga, manipula y cría al bebé para evitarle fundamentalmente sensaciones bruscas e intensas del ambiente: lo protege de la intrusión ambiental para que a su vez el bebé tramite la intrusión instintiva con el propio pecho de la madre. En la salud, la madre jamás es intrusiva con el pecho; a pesar de que algún profesional de la salud, llámese pediatra o enfermera, se lo indique o, peor aún, se lo ordene. Por eso la indicación de la lactancia materna es sabia: **a libre demanda del bebé**.

Esta capacidad de la mamá para “sostener” a su bebé en forma adecuada tiene ciertas características y fue descrita por primera vez en los años cuarenta por D. W. Winnicott, quien la denominó **capacidad maternal primaria**.

Las características más saltantes de esta capacidad son:

- Es un despliegue instintivo que no depende de la cognición y/o capacidad intelectual de la mamá
- No se puede enseñar lo que es instintivo, por lo que no se puede aprender
- Aparece en forma creciente en el último trimestre del embarazo para alcanzar su pico en el parto con el **contacto precoz**
- Se tiende a apagar con la separación y con todo lo que no es **alojamiento conjunto**
- Se caracteriza por la presencia de una perturbación cuasi psicótica (sana perturbación sólo en ese contexto) donde los sentidos: olfato, gusto, oído, etc., están notoriamente exaltados “monitorizando al bebé” y donde todo el interés de la mamá se vuelca masivamente sobre el bebé, despreocupándose por completo de otros asuntos, sobre todo de ella misma
- Desaparece espontáneamente en los meses siguientes al parto y casi por completo con el destete
- Una vez desaparecida no se puede recordarla.
- Se perturba si la mamá no es protegida y “sostenida” de forma no intrusiva para realizar su labor
- Las órdenes y la introducción de ideologías personales acerca de la crianza por parte de los profesionales de salud y/o “consejeros” pueden perturbar esta capacidad
- La capacitación profesional cognitiva de la madre acerca de los asuntos de la crianza y el cuidado pueden perturbar su propia capacidad para desplegar este instinto. De hecho es el factor central para que los hijos de médicos, enfermeras y psicólogos estadísticamente sean de alto riesgo neonatal

Proteger a las madres para que puedan “desarrollar su labor instintiva” constituye una prioridad de salud pública que engloba el área perinatal y el control de crecimiento y desarrollo durante el primer año.

Con respecto al área perinatal podemos apreciar en forma tangible cómo la morbimortalidad neonatal disminuyó más que significativamente desde que los “promotores de la lactancia materna” impusieron el “contacto precoz” y el “alojamiento conjunto”. Este hecho, poco comentado en la literatura, no debe atribuirse solamente a las bondades de la lactancia materna, sino fundamentalmente al despliegue de la capacidad maternal primaria.

El entrenamiento del personal que labora en perinatología debería contemplar la necesidad del conocimiento a fondo de estos aspectos para que puedan llevar a cabo tanto el **contacto precoz** como el **alojamiento conjunto**

en forma no intrusiva y puedan proteger el despliegue de esta capacidad. Asimismo detectar los posibles bloqueos y/o no despliegues de ella con el objeto de que las mamás puedan ser apoyadas por profesionales de salud mental si fuera necesario.

Con respecto al control del crecimiento y desarrollo durante el primer año, es importante también que los profesionales que llevan a cabo el programa tengan en cuenta que el bebé desarrollará **espontáneamente** si la mamá brinda un adecuado sostén. Pudiéndose apreciar la aparición de determinados aspectos del desarrollo (peso, talla, desarrollo motor, lenguaje, etc.) en forma variable en el tiempo según el potencial heredado, siempre singular de cada individuo.

No podemos hacer desarrollar a un bebé como, por ejemplo, se fabrica un jarrón de acuerdo a la creatividad del artesano. Debemos dar las condiciones esenciales de sostén y de vínculo para que el potencial heredado se desarrolle. Priorizar uno de los aspectos del desarrollo en el control y mediante un estudio estadístico estandarizar la normalidad nos sirve como información valiosa, pero usada como paradigma en la intervención resulta peligroso. Así como tratar de modificar algún aspecto del desarrollo en esta temprana edad mediante técnicas de “estimulación temprana” resulta tan soberbio como la manipulación genética, y casi siempre, iatrogénico. Lo central es la capacidad instintiva de la madre y nuestra tarea es acompañarla y apoyarla humildemente en su labor, sin juzgarla ni desvalorarla.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Winnicott D. Escritos de pediatría y psicoanálisis. Ed. Laia, Barcelona 1981
2. Winnicott D. Exploraciones psicoanalíticas. I Ed. Paidós, Buenos Aires 1991.
3. Lebovici S. El lactante, su madre y el psicoanalista. Amorrortu Editores, Buenos Aires 1988.
4. Tyson P. Teorías Psicoanalíticas del desarrollo. Publicaciones Psicoanalíticas, Lima 2000.

Correspondencia: Dr. Hugo Campos Castañeda

Recibido: 09-10-07

Aceptado: 29-10-07