

## **FUNCIONES PSICOSOCIALES DE LA FAMILIA Y CUIDADOS TEMPRANOS DE LA INFANCIA<sup>1</sup>**

Jorge L. Tizón

Recientemente, un grupo de profesionales de la psicología, la psiquiatría y la psicoterapia, tanto españoles como americanos, ha puesto en marcha una plataforma y un movimiento solicitando la ampliación de las libranzas laborales por maternidad y paternidad<sup>2</sup>. La *Revista de Salud Mental y Psicopatología de la Infancia y la Adolescencia* se hacía eco de la misma en una reciente editorial en 2009. Como allí se decía, se trata de que realicemos todos una amplia reflexión sobre el tema. Una reflexión social que pueda llevar, tras las necesarias polémicas y discusiones, a un giro importante en un apartado de las políticas sociales tan fundamental como es el del cuidado social de la infancia. Un giro que, desgraciadamente, en estos momentos, ante la creciente *medicalización* y *psicofarmacologización* de la infancia del primer mundo, y ante el hambre, la enfermedad y la muerte generalizadas de la infancia del tercer y cuarto mundos, muchos pensamos que se ha hecho esperar demasiado.

---

<sup>1</sup> Texto aproximado de la Ponencia presentada en la sesión Sesión 3: Infancia y políticas sociales del II<sup>o</sup> Congreso anual de la Red Española de Política Social: “Crisis económica y políticas sociales”. Madrid: Centro de Ciencias Humanas y Sociales, Consejo Superior de Investigaciones Científicas. 30 de Septiembre y 1 de Octubre del 2010.

<sup>2</sup> <http://mastiempoconloshijos.blogspot.com/>

Hora es, pues, de cambiar esa tendencia: la psicología evolutiva, el psicoanálisis, la psicología social, la psicopatología y la antropología del desarrollo muestran las ventajas de unos padres más dedicados a sus hijos, unas ventajas que son tanto para éstos como para los primeros. Los pocos estudios serios que se han realizado al respecto no han hecho sino confirmar lo que los clínicos y reformadores sociales más sensatos habían defendido en algunos casos desde hace un siglo: que a la infancia hay que dedicarle los mejores momentos, tiempo y afanes de nuestros adultos (y que a la infancia en riesgo hay que proporcionarle las mejores oportunidades desde los primeros momentos del desarrollo). “Otro mundo es posible...” Y no sólo posible, sino necesario: un mundo en el que las trabajadoras y trabajadores de las sociedades tecnológicas puedan dedicar tiempo y capacidades de juego y relación a los hijos, y en el que las familias de los países en vías de desarrollo no sigan la tendencia dominante en Europa y en los USA de profesionalizar más y más la vida cotidiana de la infancia y distanciarse del cuidado directo de los propios hijos.

Esa tendencia podría y debería haber sido adoptada ya hace decenios. Podría haber sido así si científicos, técnicos y profesionales hubiéramos jugado un papel diferente dentro de la polémica y las discusiones sociales y políticas. Si nos hubiéramos atrevido a aportar nuestros datos a la discusión con algo más de sinceridad y valor, tal vez habría dejado de ser ya un tema sujeto a ideologías y controversias político-ideológicas que no tienen en cuenta los datos científicos que sobre el mismo se han ido acumulando a lo largo de más de un siglo, o, simplemente, los parcializan y desvirtúan. (cfr. resúmenes en Bowlby, 1983; Meissels y Shonkoff, 1990; Brazelton, 1992; Brazelton y Cramer, 1993; USDHHS 1999; WHO-OMS, 2003-2005...)

En efecto: para poder comparar con una mínima objetividad el resultado de los cuidados predominantemente institucionales de la infancia con el resultado de los cuidados predominantemente familiares, los problemas aparecen ya desde la misma definición de qué puede considerarse hoy día una

familia. Al menos desde el punto de vista psicológico, escoger una definición es un arduo problema (Tizón, 2004). ¿Escogemos, por ejemplo, la definición de Murdock, que define la familia como “la cohabitación y la cooperación socialmente reconocidas de una pareja con sus niños”? ¿La de M. Selvini-Palazzoli: “Un grupo natural con una historia común”? ¿La de T. Lidz: “Una institución social biológicamente necesaria, que sirve de mediadora entre los objetivos biológicos y culturales de la formación de la personalidad?” Aunque no hay que olvidar el reto que, desde el punto de vista psicológico y desde el punto de vista teórico, significa la realidad de que hoy la familia nuclear occidental, la familia que, por ejemplo, estudió Freud, es una forma de familia posiblemente minoritaria a nivel mundial y en clara regresión. En efecto, está siendo sustituida cada vez más por familias monoparentales, familias “en mosaico” (basadas en dos o más emparejamientos con descendencia), parejas solas que conviven muchos años y tal vez no tengan hijos, parejas monogénicas, familias con adopciones, niños adoptados en cualquiera de los otros tipos de familia descritos (tabla 1: Nogués, 1995). Ello implica un valor añadido para los elementos funcionales incorporados por Maisondieu y Métayer a su definición de familia, que estaba orientada a la práctica de las terapias familiares (“...que se aplican a todo grupo que se considere como una familia a condición de que ese grupo comprenda representaciones de al menos dos generaciones unidas por la filiación”).

La tabla 2 intenta una síntesis de las funciones psicológicas y psicosociales que la familia contemporánea juega para con el desarrollo del individuo que nace y crece en ella. Con ese esquema he intentado sintetizar y agrupar algunos de los conocimientos psicológicos básicos sobre el tema que vienen dispersos en miles de estudios y libros. Entre otras cosas porque luego, cuando decimos o pensamos que la familia hace por el niño tal o cual cosa, o debería hacer tal cual cosa, en muchas ocasiones hablamos intuitivamente o sin tener nuestros datos agrupados en algún esquema o hilo conductor que pueda explicar el desarrollo del sujeto individual en el seno de una mente grupal como

es la familia. Y esa tendencia a hablar sin tener un esquema o idea general de los datos científicos que hoy se conocen sobre el tema resulta facilitado por nuestras propias defensas personales con respecto a lo que la familia significa para cada uno de nosotros, que sesgan aún más, si cabe, nuestras percepciones y razonamientos en este campo. También, porque las polémicas alrededor de la familia y, más en general, la polémica entre institucionalización y cuidados familiares, son dos de los núcleos más ideológicamente cargados de la cultura contemporánea. Se ha llegado al extremo de que los técnicos prefieren no hablar de las responsabilidades de la familia, asustados por “no culpar a la familia”, cuando, en realidad, lo que están asustados es por la dificultad y falta de formación en temas básicos de ese grupo social: su organización, sus dinámicas internas, sus cambios contemporáneos, los sistemas de modificación terapéutica de ese sistema... Se llega hasta el extremo de que ambiciosas compilaciones de estudios e investigaciones dedicados a “sociedad y salud mental”, “medio ambiente y salud mental” o “sociedad y psicosis”, tales como las de Morgan, Mackenzie et al (2008) o la de Freeman y Stansfeld (2008), no dedican ni un capítulo, ni un apartado y ni tan siquiera un párrafo al tema de cómo influye la institucionalización total o parcial de los niños en su salud mental o en su futura tendencia a la psicosis.

Por eso, ya desde trabajos anteriores (Tizón, 2004, 2007), he intentado presentar mi perspectiva personal sobre las funciones parentales de la familia en nuestras sociedades desde un punto de vista psicológico y psicosocial con el esquema que resumo en la tabla 2, adaptable a diversas situaciones y contextos. A partir de sus conceptos podemos adentrarnos un poco en el tipo de funciones que hay que considerar cuando comparamos los cuidados en una institución y los cuidados por la madre, el padre y sus sustitutos familiares.

En ese sentido, una función básica de la familia en nuestra cultura es la provisión de los cuidados psicosomáticos básicos para el individuo inmaduro que nace en ella, para el bebé y para el niño. Cuidados que comienzan por el alimento, la temperatura corporal, el movimiento, el vestido, la higiene básica...

Alguien tiene que proporcionárselos, y no sólo por mera corporalidad, sino entendiendo que la base de todas las representaciones mentales del futuro adulto son esas primeras sensaciones y percepciones, interiorizadas en millones de ocasiones durante los primeros años de la infancia. De ahí que el que se los proporcionen una o dos figuras fijas, suficientemente estables y suficientemente próximas, facilita no sólo un cuidado mejor, con más conocimientos mutuos y más sencillo, sino, sobre todo, facilita el que sea más fácil ir introyectando al Otro, ir teniendo una primera imagen de un *otro externo*, seguro, confiable y predecible, que no nos deja en manos del sufrimiento por hambre, dolor, miedos, peligros, sino que nos ayuda al desarrollo. Por ello, está más que estudiado que los bebés diferencian rápidamente a su madre, desde los primeros días, e incluso al padre suficientemente próximo, desde las primeras semanas (Brazelton y Cramer, 1993). ¿Ustedes se imaginan si los cuidadores son no uno o dos, sino tres (turnos), con diferentes, estilos, olores, movimientos, feromonas...?

En sentido contrario, un duelo importante en un progenitor (o, más frecuentemente aún, una acumulación de duelos o un duelo complejo) puede afectar ya no sólo las capacidades de elaboración de madre y padre, sino incluso las capacidades para realizar ese conjunto de tareas que, siguiendo a Rof Carballo y a Bowlby, he llamado la *urdimbre afectiva*: la capacidad de formar esa estrecha relación psicosomática, muy basada en la sensorialidad, la visceralidad y las identificaciones adhesivas y proyectivas, que fundamenta la provisión del cuidado y sustento corporales básicos en gran parte de los mamíferos y, entre ellos, en los seres humanos. Pero es que, al mismo tiempo, en los procesos de duelo (Tizón, 2004) puede resultar afectada la función de *diada*, esa aportación de la madre (o su sustituto/a: el cuidador más próximo y estable) al desarrollo y estructuración mental del hijo. Es en esa relación diádica más primitiva cuando se proporciona al bebé los esquemas y funciones de cuándo y cómo introyectar y cuándo y cómo proyectar, echar fuera comunicaciones, afectos, productos corporales (heces, orina), etc. Si en la época

de establecimiento del vínculo madre-hijo, en las primeras semanas y meses de la vida, esos cuidados son variables, proporcionados por seres cambiantes, a veces próximos y a veces lejanos, que no se perciben como unificados porque no lo son, esos procesos resultan, por un lado, más lentos y, por otro, sometidos a menor capacidad discriminativa, de forma en parte durable. Y recordemos que esa urdimbre primitiva es en la que va madurando el sistema nervioso del recién nacido, su sistema inmunitario, su sistema hormonal, los diversos tipos de memorias de cada uno...

Hoy ya está claro cómo, si no se protege a la madre y al vínculo, madres sometidas a importantes pérdidas al final del embarazo o en los primeros meses de vida del hijo, tienen mayores dificultades para establecer un vínculo seguro y próximo con el bebé. Tienen una mayor tendencia a establecer apegos ansiosos, inseguros o ambivalentes (con el trabajo mental que luego es necesario para recuperar esa dificultad inicial) y esos elementos proporcionan factores de riesgo o, tal vez, vulnerabilidades, para los trastorno mentales futuros (Green, 2003;WHO-OMS, 2003-2005).

Pero es que, además, como antes decía, un resultado clave del establecimiento de una urdimbre afectiva insuficientemente próxima y cálida son las dificultades en la constitución de las representaciones mentales básicas, de los esquemas cognitivos básicos, de los esquemas internos de trabajo básicos, de los “objetos internos” básicos que, a su vez, son los cimientos de la constitución del sujeto, del sentido de sujeto, del sí-mismo, del *self*. Todos necesitamos la constitución de un *sujeto interno*, o un “sentido de sujeto” lo suficientemente estable como para favorecer la tendencia psicogenética hacia la integración propia del bebé humano (Fonagy et al., 2000, 2002; Stern, 1985; Brazelton y Cramer, 1993; Bofill y Tizón, 1994) y no la tendencia hacia la desintegración o problemas en la integración mentales, facilitando así el trastorno mental grave. Además, objetos internos fundamentales y sentido del sujeto, del *self*, son la base de la metáfora que llamamos *espacio mental*. Como es bien sabido, hay individuos con capacidades para recibir, procesar y contener

emociones, comunicaciones, cogniciones "dentro de ellos" (en su mente) e individuos y personas muy poco capaces de todo ello, que tienden una y otra vez hacia la proyección, la evacuación, la no contención... Es fácil deducir que la personalización de cuidados, como han mostrado miles de estudios clínicos, observacionales, etológico-antropológicos y experimentales, favorece esa constitución de los primeros *objetos internos* y del *self*, mientras que unos cuidados negligentes, abusivos, distantes o inconsistentes, favorecen fallas, a menudo perdurables, en la constitución de ambos elementos básicos del entramado mental (y neural, inmunitario, hormonal; en definitiva, "psicosomático") (Ezpeleta, 2005; Tizón, Artigue et al., 2008).

Por ejemplo, una madre desbordada, que ya no puede "contener" más inquietud o sufrimiento, es difícil que pueda proporcionar la base relacional para un sí-mismo seguro, integrado y estable, o para un interior cóncavo, acogedor, contenedor de emociones y pensamientos. Como poco, la constitución de ese interior mental se verá atrasada o precisará de ayudas externas. Igual puede suceder con el padre: un padre afectado por duelos importantes imprime su sello en esos procesos tanto directamente como indirectamente, a través de lo absorbida o falta de contención y esperanza que se pueda sentir la madre con una pareja así de afectada.

Pero es que, además, un padre tan afectado seguramente tendrá dificultades en transmitir los elementos fundamentales de lo que llamo la *triangulación originaria* (tablas 3 y 4): la primera triangulación mental del ser humano, la más fundamentante de todas, la que se establece entre el sujeto, el objeto principal de sus deseos y pulsiones y un otro rival, o colaborador, o alternante, etc. A esa triangulación fantasmática familiar, Freud la llamó *complejo de Edipo* y dedicó gran interés a estudiar sus componentes relacionales internos y externos en el modelo familiar de su época, cultura y clase social. Pero en realidad, esa triangulación, esa existencia del tercero, comienza desde el propio del embarazo y, sobre todo, tras los primeros tres a seis meses de vida, cuando el primer objeto, el primer *Otro*, ha sido ya

suficientemente discriminado e introyectado como para diferenciarlo del incipiente sí-mismo y del tercero. Es fácil comprender pues que, si desde el principio no se ha establecido una relación diádica suficientemente estable y profunda, no se han establecido, en consecuencia, los rudimentos del objeto con suficiente *constancia y permanencia*; y los rudimentos del *self*, la relación con este tercero, que en realidad representa a los Otros, a la sociedad, sus normas y su funcionamiento, puede ser más insegura, burda, inestable, variable... En la familia nuclear occidental esa primera relación triangular proporciona el fundamento para las pautas de comunicación, la organización y desarrollo de la moral y del Yo de sus miembros y para sus identidades psicosociales fundamentales. Una afectación importante del padre (o de la madre; o de ambos) significa una dificultad en el desarrollo de las funciones de establecer y transmitir límites y proporcionar contención, en la organización de la conciencia moral y el ideal del yo, en las identidades psicosociales fundamentales (en qué, cómo y cuándo es lícito ejercitar la psicosexualidad, la agresividad, el conocimiento...) (Bowlby, 1983; Green, 1993; Emde, 1994, 1999; Fonagy, 2000, 2002; Tizón, 2004, 2007...). En los regímenes de cuidados institucionales precoces con cambios frecuentes, es difícil para el niño de nuestra cultura poder discriminar al "otro" con la misma celeridad y finura y, además, pudiendo percibir y valorar las diferentes relaciones (Fonagy, 2002; Brazelton y Cramer, 1993). (Tabla 4).

Por último, desde esta perspectiva hemos de recordar que, en una familia, la integración de las "urdimbres afectivas", junto con las funciones de diada y triangulación originarias de sus miembros, es lo que da lugar a la "mentalidad grupal" y la "cultura grupal" de la familia como grupo, es decir, a la *familia como sistema*. A menudo, o casi siempre, es la familia como sistema la que actúa como "célula básica" de gran parte de las sociedades y, por lo tanto, en la introyección de modelos, pautas, normas afectivas y sociales, etc. y en la conformación de esas normas, pautas, modelos y valores en cada uno de nosotros. Un papel o serie de papeles en los cuales, por cierto, cada vez resulta

más substituida por los grupos sociales, profanos o profesionales, por medios de comunicación y en el cual la escolarización o institucionalización precoz tiene un importante papel de colaboración que, a menudo, no resulta de colaboración, sino de sustitución.

Por ejemplo, si el niño desarrolla sus capacidades de pensamiento, comunicación y deambulación es en buena medida gracias a la separación y pérdida (momentáneas) de la madre, los cuidadores, los objetos deseados. Sobre todo si antes, por su proximidad y continuidad, ha podido conocerlos, introyectarlos suficientemente... Esas pérdidas le obligan a la representación mental del objeto, a comunicarse con él (en el mundo interno y en el mundo externo) para intentar remediar la separación o evitar otras posteriores; le impelen en su búsqueda... Desde el otro punto de vista, esas separaciones obligan a la madre y a los otros cuidantes a prever posibles problemas y peligros para el niño, aumentan su capacidad de fantasía y pensamiento, de su *empatía* y su *separatividad* (la capacidad y disposición para separarse de los adultos cuidantes). En general, cada nueva fase en el desarrollo del niño supone una pérdida o separación mayor de sus cuidadores y una pérdida de modelos de vivir y relacionarse más o menos trabajosamente alcanzados: son las *transiciones psicosociales* (Emde, 1990; PAPPS, 2007,2009). (Tabla 3).

Cuando el niño cambia sus formas de relacionarse tanto con los demás como con él mismo, en acción y reacción con los cambios relacionales de los demás para con él, ocurre una transición desde unas configuraciones emocionales y sociales a otras, en el propio niño y en la familia nuclear moderna, y eso conlleva procesos de duelo (Tizón, 2004). Tanto porque se pierden roles, papeles, configuraciones, seguridades, como porque se camina en el sentido de mayor responsabilidad, autonomía, inseguridad de sobrevivir por la mera dependencia... Si el bebé y el niño ha estado prematura y largamente institucionalizado eso puede significar, por ejemplo, transiciones psicosociales mecanizadas: por ejemplo, en la deambulación, el control de esfínteres, la autonomía y organización horarias y corporales... Como recordaba en un libro

anterior (2004), hay unas *transiciones propias del desarrollo*, que han sido estudiadas recientemente por Emde (1994, 1999) o Fonagy (2000, 2002) y otras *transiciones frecuentes, aunque accidentales*, tales como las que hemos recogido para nuestros programas preventivos de la salud mental en la infancia (Generalitat de Catalunya 2009; Tizón et al. 2001, 2008). Algunos niños, además, padecerán ciertas pérdidas menos frecuentes que desencadenan *duelos difíciles de elaborar* e incluso *trastornos por estrés postraumático graves*. Son desarrollos habituales ante pérdidas y frustraciones graves, o imbricadas, que sobrepasan las capacidades de contención del medio social del niño (tabla 4). Hay suficientes datos empíricos y clínicos como para pensar que una familia suficientemente contendora y próxima es el mejor medio donde elaborar esas transiciones psicosociales, en especial las accidentales y las que han supuesto pérdidas graves, pero también las transiciones por cambio de etapa del desarrollo.

Sin olvidar que la *primera transición psicosocial* de radical importancia para la familia moderna es el nacimiento de un hijo (y, sobre todo, del primero). Por eso el período neonatal conlleva primitivos procesos elaborativos en el bebé, imposibles de integrar y elaborar por él mismo, y en la madre y cuidadores. Hay quien habla incluso de un “reformateo del cerebro de la madre” durante el embarazo y el puerperio (Schore, 2003). Otra situación típica que manifiesta abiertamente los procesos de duelo en la primera infancia es el *destete*. La diada tiende a expresarlo a través del disgusto, la insatisfacción, la inquietud que manifiesta el bebé, a través de regresiones (en sus ritmos de alimentación, sueño, sedación...), a través de la psicomotoricidad... y a través de “la psicósomática”: el período del destete suele ir acompañado de mayores tendencias a los resfriados, otitis, diarreas, catarros... Y tanto en el bebé como en la madre: Ambos están padeciendo, en el ámbito psicósomático, una importante situación de duelo, una importante transición psicosocial. Tanto la madre como el niño tendrán que acostumbrarse a vivir más separados. Correlativamente, el padre recobra parcialmente su lugar como pareja y como

amante. Ese es un proceso que, aparentemente, se “evita” con la entrada precoz en la guardería. Por un lado, la madre, que tiene que dejar al niño a los 4 meses, cuando justo podría haber alcanzado una mínima estabilidad en su lactancia, sufre más problemas para establecer ésta. Por otro lado, el final obligado de la lactancia materna y las formas de administrar el biberón en la guardería hacen que el cambio desde el pecho o biberón hacia otros alimentos y otras formas de alimentarse sean mucho menos notables, aparatosas. ¿Es eso una ventaja? El tema, como puede calibrar por la rapidez con la que usted, lector, ha generado su propia respuesta personal, tiene más que ver con la ideología y con nuestro propio “objeto interno” “familia”, nuestras vivencias familiares más profundas (Brazelton, 1992; 1993; Erikson, 1963; Tizón, 2001).

Entre los 2 y los 6-10 meses de edad, se concatenan hechos de tan indudable importancia como el destete y la sonrisa social (tabla 3). El bebé va pudiendo percibir cada vez con mayor integralidad y con mayor finura las variaciones de ese ser tan troceado y variable hasta entonces que llamamos madre (o cuidador principal). Pero eso supone siempre una mayor y más dolorosa captación de su ausencia. A partir de esos momentos, el recién nacido posee ya una vivencia de su necesidad del otro y de lo que su ausencia supone. La madre y el padre, una vivencia clara –y a veces dolorosa– de lo necesarios que son para el bebé y, por tanto, del cambio radical que se ha operado en sus vidas: han pasado de ser pareja a ser padres. La vuelta al trabajo prematura, unida a la institucionalización precoz del hijo pueden impedir que *los adultos* se enteren, elaboren, esa importante transición psicosocial. Y, sin embargo, la comunicación podría haberse ampliado porque los adultos se sienten estimulados por esas nuevas capacidades expresivas del niño y por la manifestación de nuevas emociones: sorpresa, alegría, ira... Todo ello favorece e impulsa de forma definitiva el intercambio social y el aprendizaje, aleja las posibilidades de un autismo o de un grave trastorno psicótico (Tienari et al., 2004; Tizón, 2005), ayuda a los padres a soportar las pérdidas y frustraciones que el hijo les ha supuesto como adultos...

La *ansiedad ante el extraño* es una señal o índice de otra transición importante (tabla 3): el niño ya diferencia entre los allegados, los "otros cuidantes" por un lado, y los de fuera, los "extraños", por otro. Se refuerzan entonces los vínculos y satisfacciones mutuos. Se trata de una transición de gran valor etológico: ya tiene una representación de *su familia* y de los miembros de la misma, que diferencia claramente de los extraños. Pero en el ámbito psicológico, las *triangulaciones primitivas* se hacen más complejas: para poder reconocer el valor emocional, experiencial, del "extraño", para poder predecir el futuro que ese extraño puede acarrearle (y que el mundo, aún extraño, puede acarrear), su mejor espejo son las expresiones emocionales del Objeto, de los otros cuidantes. Se trata de un período dominado por esa atención vigilante hacia las expresiones emocionales del otro y por la maduración de los órganos cerebrales para esa "comunicación emocional directa": las "neuronas espejo" (Fonagy et al., 2002; Schore, 2003). Durante él son claras como nunca las expresiones propias de tristeza y temor. La familia tiene que modularse, tiene que cambiar para acoger y contener las características del nuevo miembro y, entre otras, sus capacidades de expresión, tanto innatas como adquiridas, de tales emociones. ¿Alguien cree que esas situaciones afectivo-cognitivas pueden darse con la misma finura y reiteración en las situaciones de institucionalización temprana?

Hacia el año, cuando el niño comienza a caminar, con sus incipientes capacidades de deambulación y prensión, tiende a solucionar activamente las pérdidas que le sobrevienen durante ese *proceso de separación-individuación*. El niño se siente cada vez más seguro de sus capacidades y las puede expresar en emociones como la *ternura*, el *orgullo* e incluso, en momentos, la *euforia* y la *elación*. Sin embargo, las dudas y las incertidumbres ante sus posibilidades y las prohibiciones externas serán importantes hasta que no vaya saliendo adelante en ese proceso de individuación: las frustraciones y duelos, por lo tanto, son numerosos. Entre otros, las frustraciones y duelos ante las numerosas prohibiciones que ya comienzan a proponerle (o imponerle) sus padres, la

familia (y mucho más, determinadas instituciones de cuidados colectivos). Por otra parte, comienza a explorar el mundo, pero siempre con un ojo puesto en la base, en el *portaaviones* “madre”. Es lo que he llamado el período de *exploración en estrella* en parques y otros ambientes: cada separación conlleva un monto emocional importante... Precisa finas regulaciones. Si la base, el familiar (generalmente, la madre o el padre) está disponible para esas aproximaciones y separaciones, si hace su propia transición psicosocial, si no empuja maníacamente a la separación, ni impide la misma por sus propias necesidades simbióticas, el niño va adquiriendo progresivamente más autonomía y, con ella, más capacidades para la comunicación emocional a distancia. Los padres han de poder soportar sus propios temores, fobias y augurios de que el niño les abandonará algún día...

Después, con el crecimiento de sus capacidades de comunicación emocional (que necesitan de un “otro” para expresarse y desarrollarse), se da un auténtico *despertar del sí-mismo*: aparece el *no semántico*, el lenguaje necesita más y más palabras para comunicar experiencias y emociones, aparecen las emociones “morales”, vinculadas al creciente *super-yo* y a la *empatía*. El niño de dos o tres años empieza a sentir malestar propio ante el malestar ajeno, manifiesta malestar (culpa y/o vergüenza) ante las transgresiones, aumentan sus conductas prosociales. Puede querer cuidar, proteger, ayudar al necesitado... El niño ya es un miembro activo de la familia en cuanto a acatar o no, y marcar o no nuevas normas y constelaciones emocionales. Aquí ya la familia está trabajando como un sistema para la transmisión de límites, normas, valores e identidades psicosociales fundamentales... Las primeras interacciones grupales fuera de la familia, incluso algunas horas de institución, pueden jugar un papel, importante pero secundario, en esas conductas y actitudes prosociales, al igual que las tecnologías audiovisuales y de la comunicación.

Pero he ahí un momento clave, un momento en el cual los cuidados familiares suficientemente próximos y suficientemente estables juegan un papel destacado con respecto a los cuidados en grupo o en institución. Las

capacidades de expresión y *narración* emocional crecientes del niño y la familia y el desarrollo de las *meta-meta-representaciones* y la *teoría de la mente en el niño* (Fonagy, 2000, 2002; Green, 2003) le permiten unas capacidades de comunicación y para vincularse a los familiares mucho más amplias: aumenta enormemente el conocimiento y las capacidades de manejo del “interior emocional” del otro, al tiempo que profundiza en el conocimiento de su propio “mundo emocional” y, en general, de su “mundo interno”. Eso es lo que conocemos por “empatía” y “simpatía”, fenómenos psicológicos que, como la “identificación proyectiva”, desde hace una decena de años han encontrado su base neurológica en el funcionamiento de las *neuronas espejo*. Por cierto: una parte del cerebro inmadura en el neonato y que va madurando precisamente con el desarrollo de las interacciones sociales (y es la base psicológica, inicialmente inconsciente, para las mismas: Schore, 2003). De ahí que ya pueda manifestar ante la pérdida toda una serie de expresiones emocionales: *sorpresa, asco, sufrimiento, ira, tristeza, temor, culpa...* Y todo ello, según los modelos que su familia como conjunto –la “cultura y organización de la familia como grupo”- le han ido proporcionando. De ahí la importancia de la “cohesión” del sistema familiar en sus expresiones y normativas, para no desorientar al nuevo miembro. También de ahí la necesidad de que algunas –tal vez una minoría-- de esas normas sean ya no diáfanas y transparentes, sino “traslúcidas” y de que haya espacios y puertas (físicas y mentales) incluso “opacas” para los sujetos en crecimiento. Deberán existir relaciones, roles y constelaciones emocionales que pueden y deben ser claramente visibles y otros privativos de determinados subsistemas (por ejemplo, el parental o el filial) y que, por tanto, no se hallan al alcance de la percepción directa por parte de alguno de los miembros del grupo: son las bases de la *intimidad* y, en buena medida, también del pensamiento, pues el origen de éste se halla muy ligado a las fantasías y cogniciones acerca de *qué habrá (tras la puerta verde)*. La organización de la familia como estructura, de las metas, logros e ideales que propone, de su sistema de premios y castigos morales, es fundamental para el fracaso o el logro de esas elaboraciones.

La *triangulación edípica* (un término que proviene de Sigmund Freud) supone en esencia una expresión directa de la reacción ante las pérdidas y el temor a sufrirlas, pero vivido y expresado ya abiertamente, en el niño de 3 a 5 años, en el seno de esas relaciones triangulares madre-padre-niño. Su sentimiento concomitante son los *celos*. Porque tenemos experiencia de lo que es perder al objeto de vinculación, tememos que nos pueda ser arrebatado por el tercero, el progenitor del otro género o sus sustitutos, reales o simbólicos. Eso estimula la *iniciativa* en el sentido de Erikson (1968) (cfr. una revisión en Tizón, 1995). El sistema de alianzas familiares, así como los diversos subsistemas, funciones y roles se hacen más complejos. Se llega a nuevos “acuerdos implícitos” con respecto al valor y posibilidad de expresión de las pulsiones (psicosexualidad, agresividad, conocimiento), se construyen *ideales del Yo* interrelacionados... Los cambios en los padres, no por menos visibles son menos importantes. El padre ha de aprender a vivir con un “competidor” de las atenciones de su pareja y ésta, a “repartir” y dosificar sus expresiones de amor, ternura, dedicación...

La transición psicosocial posterior supone el *logro del “niño narrativamente competente”*, que dice Emde (1994,1999): la integración mental y verbal de las emociones. El niño percibe, sabe nombrar, y sabe comunicar sus emociones. En nuestros medios sociales suele seguirse con la *integración escolar* obligatoria y conveniente y, con ella, del desarrollo de la *industriosidad*, de la capacidad de manejar ya no sólo a los otros humanos, sino los símbolos, las máquinas, los artefactos, la tecnología... Es el momento adecuado para la inmersión en la enseñanza y en las instituciones escolares, como una y otra vez repiten los estudios más serios desarrollados desde el ámbito de la política social y la pedagogía social (Ministerio de Educación y Ciencia, 2007; Alexander, 2009; Vahtera, 2009; US Department on Education, 2009). El nuevo miembro entra de lleno en las instituciones sociales y re-permeabiliza a la familia con respecto a las mismas. Ya no es sólo la familia la fuente de normas: hay que tolerar e integrar que existen otros que, abiertamente, también lo

hacen. Aquí la familia necesita de una estructura (para poder comunicarse como tal), pero flexible (para poder cambiar y aceptar la nueva relación con esas instituciones sociales). El resultado es que la familia resulta tan trasformada que, a menudo, *los amigos de los padres son los padres de los amigos (del hijo)*. Cada uno de los miembros de la familia ha de irse adaptando a esa enorme transición que abre de par en par al niño y a la familia (renovada) el mundo de la socialización, el conocimiento, la tecnología, la comunicación, la expresión artística, el estudio, el pensamiento y la investigación... Hay madres, padres, familias o hermanos o instituciones que prefieren un niño incapaz o inhibido en este terreno porque en la fantasía temen la autonomía e independencia que la narratividad y el conocimiento intelectual puede llevar aparejados.

Es decir: los datos psicológicos y neurológicos actuales apoyan la necesidad de que, en determinado momento, los niños entren de lleno en las instituciones educativas. El problema y la discusión yacen en el cuándo y con qué intensidad diaria hay que hacer esa entrada y cómo repartir los cuidados al desarrollo y formativos proporcionados por los familiares y los proporcionados por la sociedad organizada en instituciones pedagógicas (Tablas 5 y 6). Y los datos actuales no parecen apoyar la necesidad de la educación universal y obligatoria antes de los 4-6 años (Alexander, 2009). De hecho, como recuerda el informe inglés, en 14 de los 15 países que en el informe PISA superaban al Reino Unido, los niños no comienzan la escuela obligatoria hasta los seis o siete años.

Lo que está fuera de discusión es que, a igualdad de “excelencia”, durante los tres o cuatro primeros años de la vida los padres, familiares y pares son educadores más adecuados que las instituciones escolares y deben primar sobre ellas (Casado, 2008). Además, como decía en el editorial antes citado (2009), si los jóvenes adultos actuales en Catalunya sólo van a poder tener 1’4 hijos a lo largo de su vida, qué menos que dedicar como poco 24 meses a cuidarlos, atender a sus emociones, atender a su desarrollo, atender a su crianza... No hay datos ni argumentos claramente determinantes en contra.

En efecto: *a nivel psicológico*, como hemos visto, no hay mejor cuidador que la propia madre que, además, ha sido preparada por la naturaleza durante 9 meses a nivel biológico, psicológico y social para serlo. No hay mejor forma de facilitar la vinculación madre-hijo, la vinculación padre-hijo, la vinculación triangular. Como no hay mejor forma de facilitar el aprendizaje, la interiorización de los límites y las normas que la que se logrará teniendo en cuenta desde el principio al necesario tercero del triángulo, el que realiza las funciones de tercero, normalmente el padre. Socialmente, pues, es sumamente útil que éste pueda comprometerse en el cuidado de su descendencia (que es la descendencia de la sociedad) y se dedique, al menos unos meses, al cuidado de la misma. Además, como demostraron los estudios cubanos de los años sesenta y setenta o los más recientes de Suecia, Finlandia o el Reino Unido, que acabamos de citar, una sustitución mínimamente adecuada de los padres implica al menos un cuidador por cada tres bebés o por cada cinco-seis niños... Un tiempo de dedicación intensiva que, tal vez, la sociedad ha de reservar para los niños y progenitores en riesgo, una situación en la cual la educación e incluso la institucionalización precoz puede suponer ventajas –como lo suponen, desde luego, programas de prevención precoz en esos casos (Meissels y Shonkoff, 1990)–.

En el ámbito de *lo social*, un aumento de la libranza por maternidad/paternidad compartidas libremente no es una catástrofe económica, sino lo contrario: liberaría recursos económicos y disminuiría el paro, favorecería la preparación de los trabajadores en formación como sustitutos con más tiempo para formarse, disminuiría las enfermedades del niño y las bajas laborales y enfermedades de las madres y los padres, liberaría capacidades creativas primero para cuidar al bebé y luego para cuidar el trabajo, ayudaría a acelerar el ocaso de la ideología machista, etc. Y mucho más con los cambios sociales que están afectando a nuestras sociedades y a sus modelos de familia: incorporación de la mujer al trabajo, aumento notable de las separaciones, divorcios, “familias de hecho”, aumento de las familias

“reconstituídas” y los “nuevos tipos de familia” (monoparentales, homogenéricas, etc) (Nogués, 1995). Además, y sobre todo, si los adultos estamos abandonando la institución “familia tradicional”, ¿por qué los niños han de quedar en instituciones?

Para terminar esta enumeración, recordemos que, a *nivel biológico*, liberar emocionalmente y en tiempos de dedicación a padres y madres es imprescindible para favorecer la lactancia materna, con sus ventajas psicológicas y biológicas. Como podría serlo para disminuir las enfermedades en los niños y en sus padres, facilitar que los aprendizajes y normativas iniciales sean personalizadas, expandir unos cuidados más próximos, corporalizados y tiernos del bebé y el niño pequeño, favorecer una organización corporal personalizada, así como los procesos inmunitarios y el neurodesarrollo, desarrollar incluso nuestras potencialidades genéticas favorables (Feder 2009; Tienari et al. 2004).

No hay argumentos serios hoy en día para favorecer la institucionalización temprana sistemática de los bebés y los niños, la “educación obligatoria de cero a tres años”, el que pasen más horas en guarderías y parvularios que con sus padres. Lo que sí que se dan son numerosos argumentos de “sentido común”, supuestamente ideológicos –sobre la “socialización” de los niños y demás—o de simple tacticismo político –“no es el momento”, “ningún partido lo apoyará”, “ahora, con la crisis...”—. Pero es que nunca ha sido el momento. Por eso, como he dicho en otro lugar, *momento es pues de que sea el momento para extender un derecho fundamental como es el de tener más tiempo para los hijos*. Más tiempo para lo que cada familia quiera: cuidar, jugar, disfrutar, aprender, compartir... Son las mejores formas de *aprender* en esas edades (Alexander, 2009). Hoy en día, cuando hemos logrado liberar a la especie, y en especial a las mujeres, de la obligación biológica y social de tener hijos, hay que recordar que, ni a nivel individual, ni legal, ni social existe ninguna obligación de tenerlos. Cada vez más, y sobre todo en el norte del planeta, tener hijos puede y debe ser vivido como una muestra de libertad y

de socialización, como una decisión humana libre. Por tanto, debe ser una decisión humana informada. Hora es ya que a nivel social se sepa que eso significa una dedicación muy exclusiva durante los primeros años y un apoyo y una presencia física y emocional directa y accesible durante más de dos decenios, al menos en estos momentos de la evolución. Por eso, tal vez debamos cambiar el lema de hace unos años – “Guarderías para todos”– por otros más actualizados: “Guarderías para los que las quieran o necesiten. Más posibilidades de estar con los hijos, para todos”. Y no es lo mismo.

Jorge L. Tizón. Psicoanalista (SEP-IPA), Psiquiatra y Neurólogo.

Director del Equipo de Prevención en Salud Mental - EAPPP (Equip d'Atenció Precoç als Pacients amb risc de Psicosi, Institut Català de la Salut) y profesor de la Universitat Ramon Llul de Barcelona.

eappp.bcn.ics@gencat.cat

**Tabla 1. CAMBIOS Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS QUE ESTÁN AFECTANDO DE FORMA SIGNIFICATIVA LA ESTRUCTURA FAMILIAR.**

(derivada de Nogués 1995)

VARIABLES	EVOLUCIÓN Y CONSECUENCIAS SOBRE LAS RELACIONES FAMILIARES
<ul style="list-style-type: none"> <li>Alargamiento de la esperanza de vida: en un siglo se ha doblado (de 40 a 80 años)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Se alarga la vida en común de la pareja y la familia ( de 10 a 40 años).</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Drástica reducción de la carga reproductora femenina (desde 20 años: 7 hijos y 3 años por hijo, a 5 años: 2 o 3 hijos y 1'5 años por hijo)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Disponibilidad sexual amplia sin relación con la reproducción: aumento de la valoración de la sexualidad y el amor como fundamento de la pareja y la familia.</b></li> <li><b>Pérdida del carácter religioso atribuido a la sexualidad y la familia.</b></li> <li><b>Emergencia de la mitad de la humanidad: las mujeres con disponibilidad social aparecen como individuos plenamente humanos.</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Ruptura de la endogamia</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Interculturalidad, mayor libertad y vulnerabilidad en las normas familiares.</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Aparición y predominio de la familia nuclear reducida y de otros tipos (sociales) de familia, por el contrario de la familia patriarcal clásica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Debilitamiento del aspecto institucional de la familia:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>El vínculo es menor fuerte</b> (aparece la “monogamia sucesiva”)</li> <li>○ <b>o se prefiere no institucionalizarlo</b></li> </ul> </li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Desequilibrios entre los géneros: en algunos países (China), déficit de mujeres; en gran parte de los países occidentales, predominio de mujeres (mayores con edades mayores).</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>Nuevos modelos de relación intergenérica e intragenérica, nuevos modelos de familia, nuevos modelos de filiación...</b></li> </ul>
<p><b>Consecuencia general: “La gente se casa menos y más tarde. Se divorcia antes. Se tienen menos hijos y se los engendra en edad más madura y, después de un divorcio, las personas se vuelven a casar en menos ocasiones” (L. Rousel 1989).</b></p>	

Tabla 2. **FUNCIONES PARENTALES EN LA FAMILIA (en nuestra cultura y desde el punto de vista psicológico)**

	Aspectos	Concepto-Resumen
<p><b>1. CUIDADO Y SUSTENTO CORPORALES BÁSICOS</b></p> <p><b>2. FUNCIONES (emocionales) INTROYECTIVAS Y PROYECTIVAS</b> que están en la base de la mentalización y el pensamiento</p> <p><b>3. Proporcionar las bases para la RELACIÓN SUJETO - OBJETO EXTERNA E INTERNA</b></p> <p><b>4. FUNCIONES DE LÍMITES Y CONTENCIÓN</b></p> <p><b>5. ORGANIZACIÓN Y DESARROLLO DEL SUPER-YO</b></p>	<p>. Provisión de alimento, vestido, refugio, ternura...</p> <p>* <b>Amor-ternura</b> predominando sobre <b>desconfianza y odio</b></p> <p>* <b>Esperanza</b> predominando sobre <b>desesperanza</b></p> <p>* <b>Confianza</b> predominando sobre <b>desconfianza</b></p> <p>* <b>Contención-rêverie*</b> predominando sobre <b>Incontinencia</b></p> <p>* Creación del <b>OBJETO</b></p> <p>* Creación del <b>SUJETO</b></p> <p>* Creación del <b>ESPACIO MENTAL</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacidad de integrar límites</li> <li>• Tolerancia a la espera y la frustración</li> <li>• Capacidad de pensar</li> </ul> <p>* <b>Conciencia moral: pulsiones versus sociedad:</b></p> <p>. moral, motivación, premios, logros</p> <p>. objetivos, valores, lealtades</p> <p>. formas de apoyo en crisis familiares y sociales</p> <p>* <b>Ideal del YO</b></p>	<p><b>"Urdimbre afectiva"</b></p> <p>y</p> <p><b>Función de DIADA</b> (madre-hijo)</p> <p><b>TRIANGULACION ORIGINARIA:</b> madre-hijo-padre</p> <p>(Complejo de Edipo)</p>

<p><b>6. IDENTIDADES PSICOSOCIALES FUNDAMENTALES</b></p> <p><b>7. MODELOS DE RELACIÓN CON EL EXTERIOR</b></p>	<p>* en la <b>PSICOSEXUALIDAD</b></p> <p>* en la <b>AGRESIVIDAD-DESTRUCTIVIDAD.</b></p> <p>* en el <b>CONOCIMIENTO</b></p> <p>* en los <b>PROCESOS DE DUELO</b> ante las pérdidas afectivas.</p> <p>* Perspectiva socio-conductual: Familia estructurada, desestructurada, "en reversión", sobreimplicada o aglutinada, subimplicada, ansiosa-tensa, etc.</p> <p>* Perspectiva psicoanalítica: Familia de pareja básica, matriarcal, patriarcal, "banda de chicos", "casa de muñecas", "en reversión", etc.</p>	<p>Las relaciones interior-exterior de la familia como "célula básica" de la sociedad.</p>
<p><b>8. Modelos para el APRENDIZAJE</b></p>	<p>* En especial, el aprendizaje placer-curiosidad-juego <i>versus</i> el aprendizaje obligación-acumulación-sufrimiento-robo...</p>	<p>El aprendizaje como resultado cognitivo-emotivo-relacional</p>

\* Que deben repartirse en cada familia y diada entre la figura masculina y la figura femenina o entre el cuidador principal y (al menos) un cuidador secundario

(\*\* **Rêverie**: capacidad de empatía con el bebé y el niño y de sentir, pensar y fantasear con él y por él).

**Tabla 3. Transiciones principales en los niños y en sus familias (configuraciones emocionales)**  
(derivada de Emde 1999 y Tizón 2004)

<b>Momento</b>	<b>Meses</b>	<b>PELIGRO PRINCIPAL</b>
<b>Nacimiento</b>	<b>0-2</b>	<b>Autismo</b>
<b>Llanto y sonrisa sociales</b>	<b>2-6</b>	<b>Psicosis Infantiles ¿Esquizofrenia?</b>
<b>Destete</b>	<b>6-10</b>	<b>Simbiosis, Dependencia</b>
<b>Ansiedad ante el Extraño</b>	<b>6-10</b>	
<b>Deambulación</b>	<b>10-18</b>	
<b>Integración verbal de las emociones</b>	<b>18-22</b>	<b>Trastornos de personalidad graves. Trastornos del Estado de ánimo graves.</b>
<b>Triangulación edípica</b>	<b>36-48</b>	
<b>Integración escolar</b>	<b>3-6 años</b>	<b>Trastornos por ansiedad y somatomorfos</b>
<b>Pubertad y adolescencia</b>	<b>12-18-21</b>	<b>Trastornos adaptativos</b>

**Tabla 4. Duelos y transiciones psicosociales principales en los niños.**

(Tomada de Tizón 2004)

<b>Transiciones Psicosociales propias del Desarrollo</b>	<b>Transiciones frecuentes, aunque accidentales</b>	<b>Pérdidas y duelos difíciles de elaborar</b>
Nacimiento	Separaciones con respecto a los padres en la infancia.	Pérdida de la Madre
Destete, Predominio de la "posición Reparatoria" o "Depresiva" y la sonrisa social	Separación de los padres.	Pérdida del padre
Ansiedad ante el extraño (dominio de la PD: confianza <i>versus</i> desconfianza básicas)	Deprivaciones afectivas	Pérdida de un hermano
Deambulación (Autonomía <i>versus</i> Vergüenza y duda).	Migraciones	Pérdidas psicofísicas importantes
Autonomía creciente y Triangulación edípica (iniciativa <i>versus</i> culpa)	Pérdidas materiales	Abandono por parte de un progenitor
Integración verbal de las emociones (el niño narrativamente competente) e Integración escolar (industriosidad <i>versus</i> inferioridad)	Inferioridad física o mental	Suicidio de un progenitor o hermano.
Pubertad y adolescencia (logro de la Identidad <i>versus</i> difusión del rol, fracaso en la conformación del sí-mismo...)	Separación de los padres en la adolescencia.	Privaciones afectivas importantes
	Separaciones del hogar en la adolescencia.	Abuso sexual por parte de un progenitor o familiar próximo.
	Separaciones del ambiente escolar en la Adolescencia	Migraciones catastróficas
		Inferioridad física o mental importante

**Tabla 5. Un esquema en 15 principios de la teoría del apego\***

- 1. La conducta de apego es aquélla que lleva a que una persona alcance o conserve la proximidad con respecto a otro individuo diferenciado y preferido.
- 2. Las conductas de vinculación o apego son diferentes a las de alimentación y sexuales, aunque poseen una importancia al menos similar para la vida humana.
- 3. Llevan al establecimiento de vínculos afectivos o apegos, al principio entre el niño y el progenitor y, más tarde, entre adultos.
- 4. Esas conductas y patrones conductuales están modificados por sistemas de conducta que a principio del desarrollo se van corrigiendo homeostáticamente, pero siguiendo el criterio 1.
- 5. Mientras que un vínculo de apego perdura, las diversas formas de conductas de apego que contribuyen a él están activas sólo cuando resulta necesario.
- 6. Muchas de las emociones humanas más intensas surgen mientras las relaciones de apego se forman, se mantienen, se desorganizan, se renuevan...
- 7. La amenaza de pérdida despierta ansiedad y la pérdida real, pesadumbre y cólera.
- 8. El mantenimiento del vínculo de apego es la principal fuente de seguridad en la infancia y una de las fundamentales en la vida adulta.
- 9. Por ello, la psicología y la psicopatología de las emociones coincide, en buena parte, con la psicología y la psicopatología de los vínculos de apego.
- 10. Las conductas de apego se han hecho idiosincrásicas de muchas especies porque contribuyen a la supervivencia del individuo, al mantenerlo en contacto con quienes le brindan cuidado. Más aún en las especies *nidícolas*.
- 11. Brindar cuidados es una conducta complementaria de la conducta de apego y cumple asimismo una función evolutiva: proteger al individuo apegado.
- 12. Si la conducta de apego permanece potencialmente activa toda la vida y cumple funciones biopsicosociales adaptativas básicas, es un grave error suponer que su actividad en un adulto implica patología, regresión o “conductas inmaduras”.
- 13. A cualquier edad pueden existir patrones perturbados de la conducta de apego, debido a que el desarrollo se ha desviado. Una forma de clasificar los tipos de *vínculo de apego* es la que los divide en **apego seguro**, **apego ansioso**, **apego evitativo** y **apego ambivalente**. Otra, entre apego seguro, preocupado, desestructurado y temeroso.
- 14. Los principales determinantes del curso que sigue la conducta de apego son las experiencias del individuo con sus figuras de apego durante sus años de inmadurez: con la *triangulación originaria* (madre-padre-self) y/o sus substitutos más permanentes.
- 15. Los patrones de vínculos afectivos adultos dependen de la forma en la cual las conductas de apego se organizan en la personalidad.

(Derivada de Bowlby 1980 y tomada de Tizón 2004).

**Tabla 6. Puntos clave sobre el valor de las relaciones padres-hijos para la psicología y psicopatología del descendiente** (derivada de Tizón 2004, 2005).

1. Todas las culturas humanas conocidas han dado importancia a las relaciones padres-hijos como productoras o protectoras de alteraciones de conducta en los últimos, aunque posiblemente fuera el psicoanálisis la primera rama del saber que comenzó a estudiarlas desde el punto de vista científico.
2. Hoy se considera que esas relaciones padres-hijos y, por extensión, cuidadores-niños, son la principal fuente tanto de factores de protección como de riesgo de psicopatología.
3. Por eso se habla de *relaciones primigenias* o *relaciones de objeto* fundamentales. La teoría del apego o de la vinculación es una rama de la psicología especializada en el estudio de tales relaciones.
4. Como consecuencia, se ha visto la necesidad del ser humano, en sus primeros años, de tener a su lado, de entrada, una *figura suficientemente estable y suficientemente próxima*. Resulta vital para su desarrollo. Y cada vez hay más datos que hablan a favor de la necesidad de existencia de una tercera figura, real o simbólica, que matice los riesgos de simbiosis de la diada inicial.
5. Prácticamente todos los trastornos mentales clínicos han sido estudiados desde tal perspectiva: Con estudios retrospectivos (estudiando las relaciones de los hijos y los padres en los casos de psicopatología de aquéllos) y prospectivamente (estudiando el desarrollo de los hijos).
6. Se dispone ya no tan sólo de incontables estudios clínicos, sino de miles de estudios empíricos, meta-análisis incluidos, acerca de dichas repercusiones.
7. Algunos programas preventivos de la salud mental como el español del PAPPS-SM proponen, para comenzar a trabajar en este campo, centrarse en siete trastornos mentales concretos de los padres para hacer prevención de la salud mental en los hijos.
8. Una forma de perfilar mejor los factores de protección habla de “factores o niveles para la contención” (de la tendencia al desequilibrio mental) y de “resiliencia” o capacidad para afrontar los estresores.
9. Las alteraciones psicopatológicas de los padres tienden a alterar su capacidad para las “funciones parentales” resumidas en la tabla 2.

10. Los cuatro grupos de factores principales de transmisión de psicopatología de padres a hijos son los factores genéticos, las influencias connatales (especialmente intrauterinas y perinatales), las relaciones microsociales originarias y las relaciones macrosociales de toda la vida.
11. Pero esos grupos de factores siempre interactúan, incluso en los casos más graves: no se puede hablar de una “causación genética” de ningún trastorno mental. Siempre hay que pensar en una etiopatogenia biopsicosocial.
12. Con la premisa de la importancia de las relaciones primigenias como factor de protección y factor de riesgo ya hace decenios que se han puesto en marcha, estudiado y validado numerosos programas preventivos sobre el tema, fundamentalmente en Europa, los USA y Australia.

### Referencias bibliográficas

- Alexander R. Children, their world, their Education. London:Routledge; 2009.
- Bofill P, Tizón JL. Qué es el psicoanálisis: Orígenes, temas e instituciones actuales. Barcelona: Herder, 1994.
- Bowlby J. La pérdida afectiva. Tristeza y depresión. Buenos Aires: Paidós, 1983.
- Brazelton TB y Cramer B. La relación más temprana. Barcelona: Paidós, 1993.
- Brazelton TB. Touchpoints: Emotional and Behavioral Development. Paris: Stock, 1992.
- Casado D. Los Servicios Sociales: Carencias relativas a las situaciones de pobreza y marginación social, exclusiones y desigualdades de su acción protectora. En Ana Arriba (coordinadora): Políticas y bienes sociales. Procesos de vulnerabilidad y exclusión social, Fundación FOESSA, 2008.
- Emde RN. Individuality, context and the search for meaning. Child Dev 1994; 65,3: 719-737.
- Emde R. Moving ahead: integrating influences of affective processes for development and for psychoanalysis. Int J Psychoanal 1999;80: 317-341.
- Erikson EH. Infancia y Sociedad. Buenos Aires: Paidós 1963.
- Ezpeleta L. (editora) Factores de riesgo en psicopatología del desarrollo. Barcelona: Masson 2005.
- Feder A, Nestler EJ, Charney DS (2009). Psychobiology and molecular genetics of resilience. Nature Reviews.10: 449:446-457.
- Fonagy P. The development of Psychopathology form infancy to adulthood: The misterious unfolding of disturbance in time. Plenary Adress at the World Association of Infant Mental health Congress, Montreal July 28 th 2000. WAIMH: Montreal 2000.
- Fonagy, P., Gergely, G., Jurist, EL. 2002. Affect Regulation, Mentalization and the Development of the Self. New York: Other Press.

- Freeman H, Stansfeld S (eds). *The Impact of the Environment on Psychiatric Disorder*. London & New York: Routledge; 2008.
- Generalitat de Catalunya, Direcció General de Salut Pública. Protocol d'activitats preventives i de promoció de la salut a l'edat pediàtrica: Infància amb Salut. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Direcció General de Salut Pública, 2009. (DL 52979-2008). También en <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/ca/dir2059/edpediatr.pdf>, visitada el 5 de junio del 2009 y en [www.scpediatria.cat](http://www.scpediatria.cat), visitada el 27 de julio del 2009.
- Goleman. *Inteligencia emocional*. Barcelona: Kairós; 2001.
- Green V (ed.). *Emotional Development in Psychoanalysis, Attachment Theory and Neuroscience*. London: Brunner-Routledge; 2003.
- Ghodse H. Dramatic increase in methylphenidate consumption. *Current Op Psychiat* 1999,12: 265-268.
- Green M (ed.). *Bright Futures: guidelines for health supervision of infants, children and adolescents*. Arlington, VA: National Center for Education in Maternal and Children Health 1994.
- Holmes J, Neighbour R, TARRIER N, Hinselwood RD, Bolsover N. All you need is cognitive behaviour therapy?. *BMJ* 2002; 324:288-294.
- Jané-Llopis E, Anderson P. European action plan on mental health promotion and mental disorder prevention. Nijmegen: IMHPA, 2005 (<http://www.imhpa.net/actionplan>).
- Jané-Llopis E. La eficacia de la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales *Revista de la Asoc. Española de Neurosiquiatría* 2004;89: 67-79.
- Levav I et al. Psychiatric services and training for children and adolescents in Europe: Results of a country survey. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 2004, 13:395-401.
- Meissels SJ y Shonkoff JP (comps) *Handbook of Early Childhood Intervention*. Cambridge: Press Syndic of the University of Cambridge, 1990.
- Ministerio de Educación y Ciencia. *El informe PISA 2006*. Madrid: 2007.
- Morgan C, McKenzie K, Fearon P (eds). *Society and Psychosis*. Cambridge: Cambridge Universities Press; 2008.
- Nogués RM (1995). Transició demogràfica i canvi familiar. En Ponències del simposi: Nous models de família en l'entorn urbà: una aproximació psicològica i social al canvi familiar. (pp. 81-106). Barcelona: Generalitat de Catalunya
- Olin SC, Mednick SA, Cannon T, Jacobsen B, Parnas J, Schulsinger F, Schulsinger H. School teacher ratings predictive of psychiatric outcome 25 years later. *Br J Psychiatry Suppl*. 1998; 172,33: 7-13.
- Olin SC, Mednick SA. Risk factors of psychosis: identifying vulnerable populations pre-morbidly. *Schizophr Bull*, 1996; 22,2: 223-240.
- PAPPS Mental Health Working Group (Buitrago F, Ciurana R, Chocrón L, García-Campayo J, Fernández MC, Montón C, Tizón JL). *Programme of Mental Health Prevention in Primary Care*. Barcelona: Sociedad Española de Medicina de

- Familia y Comunidad-Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud, 2007.
- PAPPS-Grupo de Prevención de Salud Mental del PAPPS. M. C. Fernández-Alonso, F. Buitrago-Ramírez, R. Ciurana-Misol, L. Chocrón-Bentata, J. García-Campayo, C. Montón-Franco y J. Tizón-García. Prevención de los trastornos de la salud mental. Disponible en: [http://www.papps.org/upload/file/02\\_PAPPS\\_Aactualización\\_2009.pdf](http://www.papps.org/upload/file/02_PAPPS_Aactualización_2009.pdf)
- Ramonet I. Niños explotados. *Le Monde diplomatique*, Ed. Esp. 2002, 81: 1.
- Remschmidt H, Schmidt MH, Walter R. Survey of the utilization of psychiatric services for children and adolescents in Germany. In: Young JG, Ferrari P, eds. *Designing mental health services for children and adolescents: a shrewd investment*. Philadelphia, Brunner/Mazel, 1998: 83–94.
- Schore A. The human unconscious: the development of the right brain and its role in early emotional life. En V. Green (comp.): *Emotional Development in Psychoanalysis, Attachment Theory and Neuroscience*. Hove and New York: Brunner-Routledge; 2003.
- Scott S et al. (2001). Financial cost of social exclusion: Follow-up study of antisocial children into adulthood. *British Medical Journal*, 323:191-195.
- Sourander A et al. Have there been changes in children's psychiatric symptoms and mental health service use? A 10-year comparison from Finland. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 2004, 43(9):1134–1167.
- Tienari P, Wynne LC, Moring J. The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research. *Br.J. Psychiatry* 1994,164: 20-26.
- Tienari P, Wynne LC, Moring J. The Finnish adoptive family study of schizophrenia. Implications for family research. *Br.J. Psychiatry* 1994,164: 20-26.
- Tienari, P., Wynne, L.C., Sorri, A., Lahti, I., Laksy, K., Moring, J., Naarala, M., Nieminen, P., Wahlberg, K.E., 2004. Genotype-environment interaction in schizophrenia-spectrum disorder. Long-term follow-up study of Finnish adoptees. *Br J Psychiatry*. (184) 216-222.
- Tizón JL. *Apuntes para una psicología basada en la relación*. Barcelona: Biblèria 1995 (6ª ad).
- Tizón JL. Atendiendo al sufrimiento de los padres: Cuidando el futuro. En Sasot J, Moraga FA (eds). *Avances en Psicopediatría: Padres, salud, sociedad*. Barcelona: Prous Science 2001. (pp. 145-167).
- Tizón JL. *Pérdida, pena, duelo: Vivencias, investigación y asistencia*. Barcelona: Paidós 2004 (reimpr. 2009).
- Tizón JL *Repercusiones sobre el niño de los trastornos mentales de sus progenitores y cuidadores*. *Formación Médica Continuada (Barcelona)* 2005; 12 (4): 70-85.
- Tizón JL. *Psicoanálisis, procesos de duelo y psicosis*. Barcelona: Herder Ed.;2007.
- Tizón JL. Editorial: Por una psicología y una política del cuidado personalizado de los bebés y los niños. *Rev. de Psicopatología y Salud Mental del Niño y del Adolescente*. 2009,14: 7-8.

- Tizón JL. Bases para un equipo de atención precoz a los pacientes con psicosis: clínica e investigación pueden aunarse. *Revista de la Asoc. Española de Neuropsiquiatría* 2009;103(29): 35-62.
- Tizón JL, Artigue J, Parra B, Sorribes M, Ferrando J, Pérez C, Pareja F, Gomá M, Marzari B. Factores de riesgo para padecer trastornos psicóticos: ¿Es posible realizar una detección preventiva?. *Clínica y Salud*. 2008;19(1): 27-58.
- Tizón JL, Buitrago F, Ciurana R (Coordinador), Chocrón L, Fernández C, García-Campayo J, Montón C, Redondo MJ. Prevención de los trastornos de la salud mental desde la atención primaria de salud. El Programa del PAPPS y la SEMFyC, versión 2003. En [www.papps.org/recomendaciones/2003/saludmental.pdf](http://www.papps.org/recomendaciones/2003/saludmental.pdf) (página del Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud y de la Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria). Un resumen en *Atención Primaria* 2003;32(Supl2): 77-101.
- Tizón JL, Sforza M. *Días de duelo: encontrando salidas*. Barcelona: Alba ed. 2008
- U.S. Department of Health and Human Services. *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville MD: National Institute of Mental Health 1999.
- UNICEF. *El estado mundial de la Infancia 2009*. UNICEF: Ginebra 2009.
- United States Department of Health and Human Services (1999). *Mental Health: A Report of the Surgeon General*. Rockville, MD, United States Department of Health and Human Services, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Center for Mental Health Services, National Institutes of Health, National Institute of Mental Health.
- US Department of Education. *Early Childhood Education*. Washington; 2010. También en [www.ed.gov](http://www.ed.gov)
- US Preventive Services Task Force. *The Guide to Clinical Preventive Services 2007*. Washington: AHRQ 2007. [www.ahrq.gov](http://www.ahrq.gov)
- Vahtera A. *e-Government in the Finnish early Childhood Education: An Analysis of Current Status and Challenges*. Boston: Springer; 2009.
- WHO-OMS. *Caring for children and adolescents with mental disorders. Setting WHO directions*. Geneva: WHO 2003.
- WHO-OMS. *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Organization of Services for Mental Health*. WHO, Department of Mental Health and Substance Dependence: Geneva 2003.
- WHO-OMS. *Prevention of mental disorders: effective interventions and policy options: a summary report*. Geneva: World Health Organization, 2004 ([http://www.who.int/mental\\_health/evidence/en/prevention\\_of\\_mental\\_disorders\\_sr.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/en/prevention_of_mental_disorders_sr.pdf)).
- WHO-OMS. *WHO European Ministerial Conference on Mental Health (12-15 th January 2005): "Facing the Challenges, Building solutions"*. OMS-WHO: Geneva 2005.
- WHO-OMS. *Child and adolescent mental health policies and plans*. World Health Organization, Geneva, 2005 ([http://www.who.int/mental\\_health/policy/en/Child%20%20Ado%20Mental%20Health.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/en/Child%20%20Ado%20Mental%20Health.pdf)).

WHO-OMS. Conclusions from Pre-conference “The Mental Health of Children and Adolescents”, organised by European Commission, WHO European region and the Ministry of Health of Luxembourg on 20-21 September 2004 in Luxembourg. Geneva: OMS 2005.

WHO-OMS. Health and Adolescent Mental Health Policies and Plans. OMS: Geneva 2005. ([http://www.who.int/mental\\_health/policy/en/Child%20%20Ado%20Mental%20Health.pdf](http://www.who.int/mental_health/policy/en/Child%20%20Ado%20Mental%20Health.pdf)).