

Carencia afectiva

Bielsa, A.

Definición y generalidades.-

La carencia afectiva señala la situación en que se encuentra un niño que ha sufrido o sufre la privación de la relación con su madre, o de un sustituto materno, y que padece el déficit de atención afectiva necesaria en la edad temprana. La carencia afectiva o las alteraciones por carencia relacional se refieren a aquellas situaciones en que la maduración de la personalidad del niño se interfiere por la falta grave de estimulación afectiva. En el ser humano no existe la posibilidad de una maduración correcta sin el calor afectivo del amor, en cualquier circunstancia cualquier persona puede sentir no haber amado lo suficiente o no haber sido amado de forma adecuada. Estos sentimientos de malestar, que generalmente son transitorios, no constituyen el tema de la carencia afectiva en su sentido estricto. La carencia puede manifestarse cualitativamente de distintas formas y a través de diversas modalidades, sea por negligencia y abandono o bien por situaciones de ruptura debido a sucesivas y repetidas hospitalizaciones, separación de los padres, etc.

La ausencia grave de estimulación afectiva por parte de los adultos que juegan un rol relacional afectivo importante provoca la aparición de trastornos no tan solo de la maduración sino también síntomas clínicos que se expresan en trastornos somáticos, afectivos y conductuales. La aparición de la clínica o bien la afectación madurativa del niño es lo que pone de manifiesto el carácter grave e intenso de la carencia afectiva. El término de "carencia afectiva", señala tanto la causa (déficit de estimulación afectivo-maternal) como la consecuencia (clínica somática, afectiva y conductual con retraso en la maduración afectiva del niño)

La carencia afectiva se caracteriza por producir en el niño un estado psicológico de avidez afectiva y miedo de pérdida o de ser abandonado, tanto si ha padecido en la realidad una privación afectiva maternal como si lo ha sentido como tal. Permanece en un cierto estado de búsqueda afectiva, de necesidad de saturación, que se manifiesta por una actitud de reasegurarse de la existencia permanente del afecto del otro y así sentirse seguro.

Pueden considerarse distintas formas de carencia en cuidados maternos según las características relacionales entre la madre o el sustituto materno y el niño:

- a) **Discontinuidad:** La carencia por discontinuidad aparece por la ruptura repetida de la relación establecida entre la madre o sustituto materno y el niño, ligada a cambios cualitativos en esta relación, por motivos diversos y a pesar de que la misma persona sea la que sigue atendiendo al niño físicamente (enfermedad súbita de la madre, desviación de la atención afectiva por la irrupción de otras necesidades en el seno de la familia, etc.).
- b) **Insuficiencia:** Aparece este tipo de carencia, en el caso de negligencia manifiesta, es más frecuente en instituciones de asistencia o en el hospital. El niño no encuentra un

substituto maternal adecuado o recibe una modernización totalmente insuficiente y por ello no tiene posibilidades de interacción adecuada con una figura maternal.

- c) Distorsión: El niño vive con su madre o un sustituto materno pero no tiene posibilidad de interacción adecuada con ella. No recibe los cuidados adecuados.

Diversos factores actúan sobre la perturbación relacional favoreciéndola o modificando su repercusión en el niño, en este sentido debe valorarse la existencia de:

- a) Tiempo: La duración de la deprivación o de la perturbación relacional en meses o en años
- b) Recuperación: La posibilidad de restablecer la relación correcta pasado el tiempo de perturbación
- c) Naturaleza: Según cuál sea el tipo de deprivación que ha padecido el niño (discontinuidad, insuficiencia o distorsión)
- d) Edad: Según la edad el efecto y las consecuencias serán distintas
- e) Antecedentes: Según cuál sea el tipo de atención y calidad de modernización previo a la experiencia de alteración relacional afectiva
- f) Intensidad: Si la alteración es parcial o total, fuerte o suave, se modificara también la respuesta

La valoración de estas variables permite conocer y evaluar la posible reversibilidad de la situación en que se encuentra el niño y las secuelas que de ello se puedan derivar...

La respuesta del niño oscila entre dos polos caracterizados por lo que podríamos llamar:

- a) Respuesta "amante": Tiende a una relación de apego y dependencia hacia el otro y los demás. Esta en actitud de demanda afectiva continua. una necesidad constante de
- b) Respuesta "agresiva": Reacciona en actitud de oposición-agresividad hacia el otro y los demás. Hay

venganza.

Ambas reacciones pueden coexistir en un mismo individuo el cual presentará entonces una tendencia hacia la relación afectiva inestable e incoherente

EPIDEMIOLOGIA

Es imposible determinar la prevalencia de la carencia afectiva en la infancia dado que encubre diferentes situaciones, yendo desde la más extrema a la más ligera, y porque sistemáticamente no es el motivo de consulta, excepto cuando se acompaña de trastornos psíquicos o comportamentales. Solo es posible detectar los niños abandonados o con abusos físicos, los ubicados en familia de acogida o en centro de acogida, los hospitalizados de duración variable y en los de padres separados o fallecidos.

ETIOLOGIA

Las causas iniciales del síndrome de abandono pueden depender de la constitución psico-orgánica del niño, de la actitud afectiva de los padres o de abandonos traumáticos (Guex, 1973)

LA CONSTITUCIÓN DEL NIÑO

El niño puede presentar predisposiciones psíquicas u orgánicas.

Predisposiciones psíquicas: personalidad con una gran necesidad afectiva por encima de otras necesidades ("glotonería afectiva"); las personas próximas no perciben, a menudo, esta intensa posesividad del niño: intolerancia a la frustración, a la ausencia, al compartir; tendencia a la ansiedad, a la inseguridad afectiva.

Predisposiciones orgánicas: trastornos digestivos (vómitos, diarreas); fragilidad física general que justifican engancharse al entorno, de reclamarle compensaciones afectivas; la inseguridad física permite que se desarrolle la inseguridad afectiva...

LA ACTITUD AFECTIVA DE LOS PADRES

La relación con los padres puede ser la fuente de privación afectiva para el niño.

Privación de amor objetivamente motivado: El niño está en deprivación afectiva por causas externas que no dependen de sus padres y que someten forzosamente (por ejemplo; trabajo, viaje, separación). Cuando los motivos de la separación se explican al niño, este no se resiente por el abandono porque sabe que el lazo afectivo que le une a sus padres no sufre ningún daño. El niño puede aceptar o revelarse, pero comprende que la vida y las circunstancias son la causa, y no la actitud de los padres.

Privación de amor objetivamente no motivada: el niño es víctima de una falta de amor, de incomprensión, de una falsa imagen materna; se siente solo no entiende y aparece la angustia. Esta particularmente sensible a todas las expresiones (incluso no verbales) de sentimientos hacia él; esta sensible al clima más o menos seguro y a todo lo referente al plano afectivo. Según la naturaleza y las tendencias profundas del niño, son posibles dos actitudes: la desvalorización (nadie me quiere) o la culpabilización (es mi culpa, no me quieren porque soy malo)

LOS ABANDONOS TRAUMATICOS

El niño padece abandonos reales y graves, que aparecen de forma brusca e imprevista (por ejemplo, muerte violenta de un padre, hospitalización prolongada del niño, encarcelamiento de un padre, emplazamiento del niño en institución, etc.) y no encuentra medios de hacer frente a esta situación psíquicamente.

TIPOS DE CARENCIA AFECTIVA

La carencia por insuficiencia

Se trata de niños que padecen un emplazamiento institucional precoz, sin presencia materna suficiente. SPITZ ha estudiado grupos de niños que han vivido en condiciones difíciles en el aspecto afectivo; el propone diferenciar dos síndromes: el hospitalismo y la depresión anaclítica.

HOSPITALISMO: SPITZ ha comparado el desarrollo psicoafectivo de dos grupos de niños que vivían en dos instituciones distintas cuyas condiciones materiales eran similares: la vivienda era excelente y la higiene satisfactoria.

1) niños de madres residentes en instituciones penitenciarias: cada madre podía a pesar de todo ocuparse de su hijo durante el día, con la ayuda de una enfermera competente: SPITZ la denomina guardería (casa para niños) este tipo de institución.

2) niños ubicados en orfanatos: estos habían vivido tres meses con su madre, después han sido confiados a una institución denominada "found-ling home" por Spitz. Las condiciones del lugar son las siguientes: habitáculo excelente, los cuidados

higiénicos y dietéticos satisfactorios; una enfermera responsable de 8-12 niños, a los aporta el calor del contacto humano durante buena parte del día.

Spitz establece un cociente de desarrollo (CD) basado en la relación entre el desarrollo psicoafectivo y la edad cronológica del niño (media: 100) en referencia a las medidas siguientes:

- 1) desarrollo corporal (marcha)
- 2) habilidad manipuladora (comer solo, vestirse solo)
- 3) adaptación al medio (control esfinterial)
- 4) el desarrollo del lenguaje.

Los niños de estos dos grupos se siguieron hasta la edad de cuatro años. Los resultados obtenidos son los siguientes: el (QD) cociente de desarrollo queda relativamente estable en la nursery; sin embargo, disminuye con la edad en el "foundling home": establecido en 130 al inicio, baja hasta 70 al final del primer año y desciende hasta 45 al final del segundo año. A los cuatro años de edad, los niños tienen un retardo en la talla y peso (retardo estado-ponderal); muchos no caminan, ni se mantienen en pie, ni hablan, y la tasa de mortalidad es alta; esto se debe a una vulnerabilidad a las afecciones somáticas. Sobre 91 niños controlados en el "foundling home", 26,67% murieron antes de finalizar el primer año, y 37,36% antes de finalizar el segundo año.

SPITZ hizo el seguimiento de 21 niños hasta la edad de cuatro años (mientras estaban todavía en institución) y se dieron los siguientes resultados:

- 1) desarrollo corporal: 5 no son capaces de deambular.
- 2) capacidad manipuladora: 12 no son capaces de manejar solos una cuchara., 20 no pueden vestirse solos.
- 3) adaptación al medio . 6 no controlan esfínteres.
- 4) desarrollo del lenguaje: 6 no dicen ninguna palabra, 13 no disponen de un vocabulario de 2 a 5 palabras.

SPITZ denomina a estos trastornos síndrome de hospitalismo o carencia afectiva total; se trata del conjunto de síntomas derivados de la vida en una institución. Este estudio muestra la relación entre la presencia o ausencia de cuidados maternos y el desarrollo psico-afectivo del niño (en QD).

DEPRESIÓN ANACLITICA: SPITZ observo un grupo de 34 niños que presentaban las siguientes características:

- a) relación afectiva normal hasta la separación.
- b) separación de la madre después de los 6 meses
- c) ausencia de madre sustituta durante la separación.
- d) duración de la separación: de 2 a 6 meses;
- e) retorno posterior de la madre o madre sustituta.

Mes tras mes, el cuadro clínico nos muestra la regresión de los niños en función de la duración de la separación...

-Primer mes: los niños se tornan llorosos, exigentes, y se cogen al observador que establece el contacto.

-Segundo mes: los lloros se trasforman; se produce una pérdida de peso y se detiene el desarrollo.

-Tercer mes: rechazan el contacto; posición patognomónica (los niños pasan la mayor parte del tiempo acostados boca arriba en su cuna); insomnio; continua la pérdida de peso; tendencia a padecer enfermedades intercurrentes; generalización del retardo motor; rigidez en la expresión facial.

-después del tercer mes: la rigidez facial se establece y persiste; los lloros desaparecen y son reemplazados por gesticulaciones raras; aumenta el retraso en el desarrollo y aparece el letargo.

SPITZ verifica si la regresión demostrada durante la separación puede repararse cuando el niño retorna a su medio adecuado. Constata que: si antes de un período crítico, que se sitúa entre el final del tercer mes y antes de que termine el quinto mes (de separación), si restituimos la figura materna a su hijo, o si conseguimos encontrar un sustituto parental aceptable para el bebe, el trastorno desaparece con una rapidez sorprendente. SPITZ da las cifras de QD registradas durante la separación y después al retorno con su madre o sustituto materno; constata que si la separación no es demasiado larga, los efectos nefastos desaparecen, mientras que si la separación es prolongada, el retorno con la madre no resuelve plenamente el retardo en el desarrollo (tabla 1.1)

Duración de la separación	Durante la separación	Después del retorno	
menos de tres meses	- 12,5 puntos	+25 puntos	Los efectos se equilibran
3-4 meses	-14 puntos	+13 puntos	
4-5 meses	-14 puntos	+12 puntos	
más de 5 meses	-25 puntos	-4 puntos	Los efectos se mantienen

SPITZ denomina a estos trastornos depresión anaclítica o carencia afectiva parcial: el niño que ha estado atendido viviendo unas buenas relaciones con su madre, y luego ha sido emplazado en una institución donde se ha visto privado de afectos de manera aguda.

Tanto el síndrome de hospitalismo como la depresión anaclítica muestran la importancia en la relación madre-hijo para un buen desarrollo psico-afectivo: el período de vida que se sitúa entre 8 y 18 meses será, según SPITZ, el más crítico en cuanto a la vulnerabilidad del niño ante la pérdida del objeto (la madre). SPITZ denomina a este período fase objetal; se trata de una fase intermediaria que aparece después que el niño ha establecido una relación de dependencia estable y segura y antes que tenga suficiente edad para ser autónomo: esta se sitúa entre el momento en que el niño se enfrenta a la angustia ante el extraño y la angustia de separación (hacia 6-8 meses) y aquel donde se adquiere la permanencia del objeto (hacia 15-18 meses).

Los trabajos de SPITZ se han cuestionado por su falta de rigor metodológico. Algunos autores se preguntan si, cuando se internaron, algunos niños no presentaban ya trastornos somáticos diversos, si estaban afectados de encefalopatía evolutiva (por ejemplo consecuencia de un hematoma subdural), si padecían déficits graves constitucionales, si eran portadores de una enfermedad infecciosa en el período de incubación /por ejemplo, infección pulmonar) o si sufrían infecciones cerebrales más o menos importantes. Las conclusiones de SPITZ fueron criticadas dado que los exámenes físicos complementarios no se realizaron o eran incompletos.

Mientras, otros investigadores demuestran que el estado general de los niños hospitalizados o ubicados fuera del ámbito familiar se deteriora rápidamente si no se les aporta una atención especial, sino conlleva la pérdida de peso pudiendo abocar a la caquexia, así como la aparición de infecciones diversas debidas a la debilidad general de los mecanismos de defensa del organismo. Los resultados de los trabajos de SPITZ se han confirmado por la similitud con los de otros autores (Aubry, 1955; David, 1962; Ainsworth, 1961); en términos generales se concluye que la privación afectiva influye en el desarrollo físico.

Según la asociación de psiquiatras americanos los criterios clínicos son los siguientes (DSM-3):

- 1) Aparición del síndrome antes de los ocho meses
- 2) Ausencia de los cuidados necesarios para el desarrollo de lazos afectivos (por ejemplo, carencia o "dejadez" afectiva severa, aislamiento social en una institución)
- 3) Ausencia de respuesta social, como las siguientes manifestaciones (los comportamientos que debemos buscar dependen de la edad del niño y se deben modificar en caso de prematuridad):

- a) menos de dos meses: no mira los ojos ni los rostros;
- b) después de dos meses. no responde con sonrisa a la máscara humana; no mira a la cuidadora;
- c) no es sensible a la voz de la cuidadora ni se gira hacia ella.
- d) a partir de cuatro meses: no reclama la presencia de la cuidadora;

4) Presencia al menos de tres de las manifestaciones siguientes:

- a) grito débil,
- b) sueño excesivo;
- c) falta de interés por el entorno;
- d) hipomobilidad;
- e) hipotonía muscular,
- f) débiles reflejos de rechazo y de aprensión después del alimento.

5) Pérdida de peso o retardo ponderal respecto a la edad, no explicable por una alteración física. En este caso, el retardo ponderal (pérdida de peso expresada en centiles es habitualmente más importante que el retardo de talla). El perímetro craneal es normal.

6) El síndrome no es debido a un trastorno físico, a un retardo mental o a un autismo infantil.

7) El diagnóstico se confirma si el cuadro clínico varía rápidamente después del inicio de cuidados adecuados (por ejemplo, una hospitalización de corta duración).

Los trabajos de SPITZ y otros investigadores han obtenido importantes conclusiones prácticas en lo que concierne a niños ubicados en institución (hospital, centro de acogida).

-interesa que el sustituto materno (enfermera, educador) tenga a su cargo un número limitado de niños a fin de que se puedan beneficiar de los cuidados necesarios, en función de su edad.

-conviene que el niño este a cargo de un número limitado de personas para que pueda desarrollar una relación estable y continua con sustitutos maternos significativos.

-conviene que el niño reciba los cuidados físicos elementales (alimentación, higiene, etc.) pero que también pueda beneficiarse de tratos maternos no estrictamente materiales (comunicación verbal, canciones, contacto corporal, masajes, mecimientos).

El peligro de la ubicación en un centro es que el niño este confiado a un gran número de personas y que ninguno se responsabiliza de él: por ello el niño no podrá desarrollar una relación correcta con el adulto.

LA CARENCIA POR DISCONTINUIDAD

La separación de la figura materna y del niño es un acontecimiento posible en las condiciones actuales de vida (hospitalización, divorcio, trabajo, viajes, etc.). La separación no es necesariamente generadora de carencia afectiva, pero puede eventualmente serlo si esta se repite o no está suficientemente prevista, pues el niño no puede tener una relación satisfactoria con un sustituto materno a lo largo de una separación relativamente larga.

El período crítico de la separación es en el momento en que el niño distingue a su madre de los extraños y se une a ella (SPITZ: 8 meses) y en el momento en que mantiene la unión con su madre aun estando lejos de ella (SPITZ: 18 meses); algunos autores sitúan este período entre 6 meses y 2 o 3 años (BOWLBY) y, un límite de hasta 4 o 5 años.

La reacción del niño durante la separación muestra una secuencia precisa. BOWLBY (1962) observo un grupo de niños hospitalizados de edades entre 15 y 30 meses que presentaban angustia de separación en tres fases sucesivas: protesta, desesperanza y desinterés. Los niños vivían en unas condiciones relativamente adecuadas en cuanto al sustituto materno (personal de enfermería) condiciones menos extremas que aquellos niños observados por SPITZ.

La fase de protesta:

El niño llora, sacude la cuna, se mece a derecha y a izquierda, busca a sus padres, los reclama (sobre todo en el momento de dormir); no se consuela. El niño se esfuerza para obtener la presencia de la madre y está atento a todo lo que ocurre. Al cabo de dos o tres días, los signos de angustia se atenúan. Es necesario notar que el desencadenante del lloro se producía igualmente mientras el sustituto materno los cuidados habituales de la madre (asearlo, vestirlo).

Fase de desesperanza:

Los movimientos activos disminuyen, el niño llora de forma monótona e intermitente; rechaza la comida y el vestirse; se vuelve pasivo y se replega en sí mismo; no hace ninguna demanda. Parece que el niño está tranquilo, parece que ha aceptado la situación como positiva, pero de hecho, esta en una situación de duelo: la madre se considera desaparecida para siempre...

Fase de desinterés:

El niño acepta los cuidados ofrecidos por no importa cual sustituto maternal (las enfermeras);

come bien, se divierte con los juegos, sonríe y se muestra sociable. Cuando su madre lo visita el bebe puede estar apático, no la reconoce e incluso la rechaza; normalmente grita o llora al verla; el interés hacia la madre se pierde.

Bowlby señala que hay una similitud entre la fase de desesperanza en la reacción a la separación del niño pequeño, y las manifestaciones depresivas del adulto: humor disfórico, retraimiento social, falta de dinamismo, esto no quiere decir que exista una relación causal entre los dos.

Las observaciones de Bowlby en cuanto a las fases sucesivas han estado confirmadas posteriormente (Robertson 1962) otros estudios de niños de 6 meses a 4 años de edad demuestran que cuando la separación se prolonga, pueden manifestarse una serie de síntomas:

-un enlentecimiento del desarrollo afectivo y cognitivo con disminución, a veces importante del QD y del QI (WPPSI).

-enfermedades físicas, entre otras una gran vulnerabilidad a las infecciones y una morbilidad frecuente.

-trastornos psicossomáticos tales como la anorexia, la enuresis, los trastornos del sueño, etc.

-síntomas de la línea depresiva: humor disfórico, autodesvalorizaci n, falta de energía e interés.

Las investigaciones han puesto de manifiesto los efectos de experiencias repetidas de separación de los padres y de cambios frecuentes de las figuras parentales. El niño se torna extremadamente sensible a las amenazas potenciales de separación y desarrolla un estado afectivo particular; esta entre el deseo de unirse y el temor de perder al adulto. Mientras él puede tener reacciones opuestas aparentemente: por una parte, distancia oposición, agresividad; por otra, dependencia, inseguridad, ansiedad; el niño presenta una reacción de apego ansioso (Bowlby, Robertson).

Rutter (1974) relativizó las conclusiones de Bowlby y de Robertson señalando que no todos los niños se perturban en este momento. Reconoce que la total restitución de las personas responsables de los cuidados de los niños y del cambio de su entorno familiar en medio institucional pueden producir reacciones emotivas intensas, a corto o largo plazo. Pero después de haber observado niños que habían sufrido separaciones provisionales de diferentes tipos y de duración variable, Rutter concluyó que se puede separar a los niños durante períodos tiempo en la infancia sin que se produzcan aparentemente efectos nocivos a largo plazo, si el niño se puede beneficiar de sustitutos parentales satisfactorios durante la separación. Los niños separados de uno de sus padres al menos durante cuatro semanas consecutivas no tienen más riesgo de presentar trastornos del comportamiento o psiquiátricos que aquellos que no se han separado nunca; sin embargo, separados

de sus dos padres tienen más riesgo de padecer las consecuencias.

Rutter señala que no solo es la separación en sí misma, sino la razón de esta separación que tiene importancia. Cuando esta es la consecuencia de conflictos o problemas familiares, los niños son cuatro veces más susceptibles de librarse de comportamientos antisociales que aquellos en que la separación es debida a vacaciones o a una enfermedad física. Los niños separados de sus dos padres tienen el riesgo de padecer efectos más nocivos si la relación de sus padres es considerada "muy mala" más que si es considerada "buena" o "bastante buena". Algunas experiencias de separación pueden ser beneficiosas, puesto que niños habituados a breves separaciones de naturaleza agradable (por ejemplo las vacaciones) tendrán menos problemas por separaciones desagradables como la hospitalización.

Ainsworth (1961) señala que el desarrollo del niño, después del retorno a las condiciones normales, depende de la edad en el momento de la separación y de la duración de la misma... y será necesario añadir: si ha habido un sustituto maternal durante la separación, si ha mantenido contacto con los padres, de la cualidad adaptativa y de las relaciones antes del episodio de separación. Lemay (1979) concluye, a propósito de factores que pueden generar carencia afectiva: reactividad propia del sujeto, edad del primer abandono, repetición de rupturas relacionales, inestabilidad de las secuencias espacio-temporales parecen ser los factores más traumatizantes en la génesis de un estado carencial grave.

AINSWORTH (1961) indica igualmente que ciertas funciones afectivas o cognitivas pueden estar más dañadas que otras: ciertas alteraciones parecen ser menos fácilmente reversibles que otras: este es el caso de aquellas que afectan la función verbal, la función de abstracción y la aptitud para establecer lazos interpersonales profundos y durables. Los sectores más vulnerables son pues el desarrollo del lenguaje, la capacidad de generalización y las relaciones sociales.

BOWLBY (1962) se cuestiona las consecuencias a largo plazo de las separaciones y de las pérdidas sufridas durante la infancia; él cree que están en relación directa con el desencadenamiento de trastornos psiquiátricos en la edad adulta: él hace una doble constatación a partir de un grupo de personas adultas.

-La pérdida de la madre por defunción, principalmente durante los cinco primeros años, y eventualmente durante los cinco años siguientes, es un antecedente significativamente frecuente en los pacientes de hospitales psiquiátricos y en las personas atendidas por neurosis (y sobretodo de depresión o trastornos psicossomáticos).

-La pérdida del padre por defunción es igualmente un acontecimiento que se encuentra en la anamnesis de personas que presentan trastornos psiquiátricos, pero en este caso, el período crítico se sitúa entre los cinco y diez años.

BOWLBY considera que hay una correlación entre los duelos sufridos en la infancia (a consecuencia de la defunción de uno de los padres) y los estados depresivos

presentes en la edad adulta, pero esta tesis general está cuestionada actualmente; en efecto, todos los autores admiten la correlación entre la pérdida de los padres y la aparición de un estado depresivo en la infancia, los investigadores no son concluyentes en lo concerniente a la relación existente entre la pérdida vivida durante la infancia y el desarrollo de la depresión en la edad adulta. Solo es posible afirmar que la pérdida precoz de los padres torna eventualmente al sujeto más sensible y más frágil; y que entrañan sentimientos de insatisfacción, de fatiga y de aburrimiento, falta de dinamismo y de confianza en sí mismo. Pero ello no significa necesariamente que la persona adulta hará una recaída de tipo depresivo ante una nueva pérdida o que presentara un cuadro clínico de depresión franca.

LA CARENCIA POR DISTORSIÓN

Se trata de la carencia afectiva que el niño padece en el ámbito familiar, debido a condiciones socio-económicas difíciles o por falta de estimulación socio-cultural. El perfil de las familias presenta a menudo ciertas características asociadas a la pobreza afectiva:

- Las relaciones interparentales son conflictivas o incoherentes (violencia, alcoholismo)
- La pareja parental se separa y retorna en repetidas y transitorias ocasiones
- La inserción laboral es problemática para los padres, y particularmente para la manutención familiar
- La familia vive en unas condiciones materiales precarias (paro, ayuda social) y luego ruina promiscuidad
- La familia esta normalmente disociada: la madre se ocupa solo de los niños, el padre está ausente (separación, prisión)
- La familia vive en un barrio desfavorecido y con una relación social restringida (ocio, amigos)
- La fratría es, a menudo, numerosa; muchos nacimientos (los abortos espontáneos son más frecuentes que en otros medios)
- Las normas de funcionamiento familiar son relajadas o incoherentes; los niños se espabilan y crecen solos
- Los cuidados físicos y afectivos dados a los niños son justo suficientes, corresponden al mínimo vital
- Los niños en función de la edad son, a veces, victimas de negligencia física grave, o incluso de violencia o abusos físicos

La carencia por distorsión no es debida necesariamente a la ausencia o separación de los padres, sino por un investimento afectivo superficial y por una alternancia de dependencia extrema y hostilidad abierta e intensa. Las investigaciones empíricas y la observación clínica han permitido identificar las consecuencias de la carencia por distorsión sobre el desarrollo de sujetos nacidos de tales familias.

- En la primera infancia: la tasa de mortalidad infantil y de enfermedades físicas es más elevada que la media de la población
- En la edad preescolar y escolar: el niño presenta trastornos del lenguaje, y otros retardos importantes: problemas de elocución, pobreza de vocabulario, dificultades gramaticales y sintácticas.
- En la edad escolar: muchos niños presentan un retraso intelectual y trastornos de aprendizaje: el CI se sitúa, a menudo, en un nivel de inteligencia límite o de debilidad ligera (CI entre 55 y 85) el niño tiene frecuentes fracasos escolares.
- En la edad escolar y adolescencia: el sujeto presenta trastornos del comportamiento, actitudes de inhibición, de retraimiento, actitudes de oposición y de hostilidad
- En la adolescencia: los comportamientos antisociales y los actos impulsivos son frecuentes; en cambio los trastornos psicóticos o las organizaciones neuróticas son raras; el paso al acto es la única expresión posible de oposición a la verbalización y a la mentalización; estos síntomas del estado límite se pueden observar.
- En la edad adulta: la marginalidad, la dificultad adaptativa, la inestabilidad en las relaciones personales, los conflictos conyugales y la pobreza de la competencia parental son los aspectos más significativos; el cuadro clínico expone con claridad el estado límite.

CARACTERÍSTICAS DE LA CARENCIA POR DISTORSIÓN

Las situaciones de carencia por distorsión presentan diferentes características.

- 1) El niño que crece en una familia con problemas, no es nunca investido por los demás como objeto distinto, pero es, a menudo, la proyección narcisista de los padres; sirve de soporte afectivo a los padres que lo necesitan para definirse como individuos. El niño responde a las necesidades cambiantes y pasajeras de los padres: tanto es reabsorbido y apropiado, como dejado y abandonado. El no puede desarrollar, pues, una autoestima, un sentimiento de validación personal. Cuando el niño se convierte en adulto tendrá una capacidad parental limitada porque no habrá interiorizado una imagen parental válida, ya que nunca ha sido hijo.
- 2) El niño vive en un universo sin puntos de referencia precisos ni estables; el sentido de las cosas es fluctuante, vago, incoherente. Como el niño no ha sido un objeto de deseo significativo para los demás, los acontecimientos no tienen una significación continua. Los términos opuestos tales como amor/odio, presencia/ausencia, falta/satisfacción se confunden (clivaje): los adultos se quieren y se pelean, día a día, sin razón aparente. Los puntos de referencia fallan y la función psíquica, sobre todo se afecta la capacidad de simbolización.
- 3) Los niños y los adolescentes muestran, a menudo, un funcionamiento que en algunos aspectos recuerda al del niño límite (Bergeret, Kernberg). El fallo en el investimento narcisista está escondido por una adaptación aparente, un aparente

conformismo social (personalidad "as if"; anonimato: ser como todo el mundo), produciéndose el paso al acto agresivo o depresión (trastornos del comportamiento, delincuencia, violencia verbal, amenazas suicidas). La personalidad del niño carencial no se estructura realmente en la línea neurótica o psicótica, pero la vida interior es pobre, las relaciones interpersonales son superficiales; los procesos mentales están mal organizados, mal definidos.

FACTORES PARENTALES

El concepto de carencia afectiva debe contemplar complementariamente la competencia o la capacidad parental. La literatura define la parentalidad a partir de una serie de componentes que pueden ser evaluados para saber si los padres son más o menos aptos para responder a los cuidados del niño.

- 1) Los cuidados directos: suministrar al niño los aportes necesarios en cuanto a alimentación, hábitat, vestido, higiene corporal y salud física.
- 2) La protección: vigilar y proteger al niño de las heridas, accidentes y peligros del mundo exterior en el ámbito físico y social.
- 3) La estimulación: facilitar al niño la vigencia de experiencias y de aprendizajes; juegos y libros, contactos sociales, salidas, etc.
- 4) La empatía: comprender las necesidades propias del niño y de su universo afectivo; estar atento a sus preguntas, demandas.
- 5) La autoridad: dar al niño unas normas de conducta propias de la realidad y sociedad en la que está inmerso.
- 6) El afecto: manifestar a través de palabras y gestos el afecto al niño, interesándose por lo que le ocurre y compartiendo las actividades y el tiempo con él.
- 7) La aceptación: aceptarlo tal cual es, como un ser inmaduro y en desarrollo; ser tolerante con sus comportamientos infantiles.
- 8) La valorización: dejar al niño realizar sus adquisiciones y progresos; destacar y apoyar sus éxitos.

CUADRO CLÍNICO

La carencia afectiva conlleva una serie de síntomas que aparecen durante la infancia y pueden mantenerse en la edad adulta si no hay una intervención terapéutica. Guex (1973) y Lamay (1979) dieron una descripción detallada de esta patología diferenciando los síntomas afectivos, somáticos y cognitivos.

1) Síntomas afectivos: la relación con los demás está alterada

a) Angustia de separación o por abandono: el niño con carencia afectiva teme que los otros le retiren su afecto; tiene la impresión de que le falta algo fundamental, indefinible: no quiere establecer lazos afectivos por temor a perder de nuevo el objeto de amor; él es sensible a cualquier situación susceptible de abandono. El sujeto toma medidas de protección ante el abandono, ya sea sometiéndose al otro (evita cualquier desacuerdo o reafirmación de sí mismo), ya sea rehusando el afecto o separándose prematuramente (el abandona para no ser abandonado, el destruye para no ser destruido)

b) Avidéz afectiva: el niño carencial exige sin límites: el no estima plenamente, pero reivindica constantemente, incluso tiraniza; exige no solo ser entendido sino también adivinado; duda de las intenciones de los demás y entiende siempre los hechos de manera ambigua; exige pruebas tangibles de afecto (regalos, gestos, palabras, etc.). No puede creer en el afecto de alguien que no lo manifieste constantemente: no se lo cree, no perdona la espera, la ausencia. Todo tiene un sentido, no existe el azar; no concibe que el otro pueda existir fuera de la relación con él: siempre siente una falta, un vacío importante.

c) Agresividad reactiva: la avidéz afectiva es tan masiva, el temor a la pérdida del objeto amoroso es tan intenso que todo se presta a la reivindicación que todo le parece una amenaza de frustración. El sujeto hace pagar a los demás sus sufrimientos pasados (reales o imaginarios) de mil maneras. Somete constantemente a prueba el afecto de los demás: lo rechaza esperando que el insistirá, actitudes de dureza, palabras o gestos hirientes para saber hasta qué punto es estimado. La carencia afectiva somete a prueba hasta provocar la ruptura.

d) Actitud pasiva: el niño carencial se deja querer (como un niño por su madre), pero él no quiere; él es incapaz de darse. Se ha quedado en el estadio receptivo y captativo que recuerda la pasividad afectiva; es egocéntrico y quiere ser querido; es pasivo y dependiente, esperando recibir de los demás.

e) Sentimientos de desvalorización o baja autoestima: el niño carencial niega su valía, se considera como un fracasado, se destruye psíquicamente, se desprecia a sí mismo; se complace en el masoquismo de considerarse desgraciado, es una forma de culpabilizar a la madre o padre de su falta de afecto. Su autoestima es

baja: el niño duda de si mismo en cuanto a despertar afecto o simpatía (nadie me quiere; no soy amable, lo que me ocurra no le preocupa a nadie), por lo que tiene una importante inseguridad: sentimiento obsesivo de exclusión, de no estar en ningún lugar, de molestar o estar de más a más.

f) Intolerancia a las frustraciones: Las prohibiciones o las privaciones impuestas por los demás son vividas como agresiones, injusticias. El niño carencial tiene dificultades para aceptar que en la realidad hay límites. Ciertas frustraciones son particularmente mal toleradas, tales como la ausencia temporal del ser amado, la privación de un plato deseado o el rechazo de permisos o libertades; el sujeto establece una equivalencia entre la persona amada, la comida y los regalos, a partir de su relación oral. Las prohibiciones son intolerables ya que son vividas como algo pasajero en un universo globalmente gratificante, pero que atenta a la integridad del sujeto, como signo evidente de ser rechazado.

Lemay (1979) resume los principales rasgos caracterológicos de la carencia afectiva: angustia de separación o abandono, deseo de relación exclusiva, intolerancia a toda situación que recuerde el abandono, nostalgia de una madre total, sentimientos de pérdida y falta, temor al afecto y a su pérdida.

2) Síntomas somáticos: diversos trastornos somáticos pueden aparecer sobretodo en el cuadro de carencia afectiva severa.

a) Retardo estado-ponderal: el niño carencial puede presentar, sobretodo en el caso de una importante hipo estimulación afectiva, un retardo en el crecimiento físico que lo sitúa significativamente por debajo de la media de su edad. El sentimiento de abandono y tristeza explica que el niño tenga menor interés por la comida y que este insuficientemente alimentado, no sintiéndose investido afectivamente por los padres nutridores. El retardo estado-ponderal no se explica solo por una carencia alimentaria sino por la pobreza afectiva en la relación durante la alimentación.

b) Propensión a enfermedades y accidentes: el niño carencial puede presentar menores resistencias a las infecciones dado que los mecanismos de defensa inmunológicos están menos desarrollados debido a la débil pulsión de vida. Por ello, el sentimiento de responsabilidad hacia su cuerpo no está muy desarrollado, es más negligente y puede, pues, contraer más fácilmente ciertas enfermedades o ser víctima de pequeños accidentes.

c) Alteración del esquema corporal : la integración de las diversas sensaciones corporales (cenestésicas) son defectuosas en general; la carencia afectiva no permite desarrollar una imagen corporal armónicamente organizada, integrada; se observan principalmente dificultades de la coordinación motora (por ejemplo en los deportes), una torpeza motriz global, síntomas de hiperactividad. La integración sensorio-motriz es insuficiente dado que el cuerpo no esta investido en el estadio narcisista.

3) Síntomas cognitivos: las perturbaciones cognitivas aparecen en diferentes áreas.

a) Retardo intelectual: el niño carencial muestra normalmente un retardo intelectual con un CI inferior a la media. Este retardo intelectual es debido a la falta de estimulación socio-cultural durante la primera infancia (antes de los seis años). La inteligencia lenta o limite conlleva normalmente trastornos en el aprendizaje o déficit de rendimiento escolar.

b) Trastornos del lenguaje: el niño carencial muestra normalmente un retardo en el desarrollo del lenguaje, así como trastornos más específicos (trastornos en la articulación, retardo en el inicio de la palabra (del lenguaje)). El sujeto descuida la esfera de la verbalización en beneficio de la esfera de la acción; el vocabulario y la comunicación son pobres. Por ello, la prueba de inteligencia muestra un decalaje entre la parte verbal (CIV) en la que demuestran las bajas capacidades de generalización y abstracción, y la parte no verbal (CINV) en la que demuestran un pensamiento concreto y practico suficiente. Las capacidades de mentalización están restringidas, mientras que el paso al acto esta facilitado.

c) Desorientación temporal: el niño carencial difícilmente puede valorar el tiempo de una forma objetiva: considera los momentos agradables como demasiado cortos y los momentos desagradables como muy largos. Por ello, no puede llegar a construir una historia con un pasado y un futuro; tiene dificultades en situar en el tiempo las fechas importantes de su vida, o de acordarse de acontecimientos significativos que lo han marcado; también tiene dificultades en anticiparse al devenir y hacer proyectos realistas.

TRATAMIENTO

Es posible considerar diversas medidas de intervención para ayudar a los niños y adolescentes que viven en situaciones de deprivación afectiva o en riesgo de desarrollar una carencia afectiva. La intervención debe de estar adaptada a cada situación específica y responder a las necesidades del niño o adolescente.

a) Preparación a la separación: si el niño sufre separaciones normales en la vida (vacaciones, hospitalización, separación de los padres), es necesario que los padres adviertan y preparen al niño, y que se mantenga el contacto durante el período de separación (visitas, cartas, contactos telefónicos).

b) Medio sustituto adecuado: si el niño tiene que estar ubicado en un medio institucional (hospital, centro de acogida) por cualquier motivo (enfermedad, hándicap físico, deprivación en el ámbito natural), conviene que se ocupe del niño un numero restringido de personas, y , a ser posible, que una persona, en concreto,



sea asignada a sus cuidados.

c) Ayuda a los padres : cuando los padres viven en unas condiciones familiares y sociales desfavorables pueden perjudicar el desarrollo del niño, conviene darles la ayuda necesaria a estos padres; por ejemplo, arreglar sus dificultades materiales y financieras, aportar consejos sobre cuidados físicos y educación necesarios para el niño, mejorar la alianza familiar y conyugal mediante una psicoterapia.

d) Sustituto familiar: a veces , es necesario recurrir a un sustituto familiar (familia de acogida, hogar comunitario) para asegurar al niño un entorno más adecuado que el medio natural, por ser más estable, más estimulante, más reasegurante, más coherente y acogedor. Interesa que el niño encuentre un clima que responde a sus necesidades afectivas (por ejemplo, la edad de las parejas, las posibilidades de estimulación) y que puedan, a ser posible, mantener contacto con sus padres y hermanos. Si las condiciones del medio natural mejoran, es necesario prevenir y preparar el retorno próximo con los padres.

e) Ayuda escolar : la escuela puede ayudar al niño que presenta estas dificultades ofreciéndole un soporte en la adquisición de los aprendizajes escolares, en el desarrollo de la coordinación motora o mejorando la socialización. El medio escolar puede compensar o al menos disminuir, las lagunas del medio familiar aportando posibilidades de estimulación socio-culturales.

f) Recursos comunitarios : hay que pensar en un plan de prevención, a desarrollar por los recursos comunitarios para mejorar la calidad de vida de algunos barrios: cursos populares para los padres (sobre la educación de los niños, sobre las relaciones de pareja), actividades deportivas y culturales para los niños y adolescentes (colonias, casas de vacaciones), sistemas de ayuda (servicio de guardería, cooperativas). La mejora de las condiciones de vida en el plano social tendrá un efecto positivo en la calidad de las relaciones interpersonales y familiares.

g) Ubicación en centro de acogida : cuando un niño o adolescente presenta trastornos del comportamiento importantes o actos delictivos en base a una carencia afectiva, el recurso en un emplazamiento de medio institucional se torna necesario. El centro de acogida puede ser para el niño o adolescente un medio favorable para el desarrollo psico-afectivo gracias a la estabilidad del personal y a las actividades estimulativas, y también favorable a la mentalización y a la socialización gracias al control de la acción? y a las relaciones personales.

H) Psicoterapia : el desarrollo de un espacio psicoterapéutico (en clínica externa o en institución) puede permitir al niño o adolescente vivir una relación estable donde puede expresar sus necesidades afectivas y sus temores al abandono, desarrollar un sentimiento de seguridad personal y de valoración. Técnicas terapéuticas: psicoterapia de juego, psicodrama, psicoterapia verbal, etc. según el paciente.

BIBLIOGRAFIA

AINSWORTH, M.D . Las repercusiones de la carencia materna, en La carencia de los cuidados maternales: reevaluación de sus efectos, Geneve, OMS 1961, monografía nº 14 p. 95-168.

ANTHONY, E.J. y BENEDEK,T, edit. Parenthood. its Psychology and Psychopathology, Boston, Little, Brown y co 1970

AUBRY,J et al. La carence de soins maternels, Paris, PUF 1955

BOWBY,J. L/ anxiété de la separation, Psychiatr, enf, 1962, vol 6 nº 1 p 317-335

BOWBY, J. Attachement et perte, 3 vol, Paris, PUF 1978-1980.

BURLINGHAM,Det FREUD,A. Enfants sans famille, Paris, PUF 1949.

CARTRY,J. Les parents symboliques, Paris, Fleures, 1985.

COLMAN, A et COLMAN,L. La grossesse, experience psychologique, Paris, Laffont, 1973.

FERRARI,P edit. Les separations de la naissance a la mort, Toulouse, Privat 1976.

GAUTHIER,Y. Traumatismes precoces et leur devenir. Prematurite et carence affective, Neuropsychiatr, inf, adol.1982, vol 30 nº 4-5

GROSSMAN,F.K, EICHLER,L.S et WINICKOFF,S.A. Pregnancy Birth and Parenthood, San Francisco, Jossey Bass. 1980.

HERITIER,F. L'exercice de la parenté, Paris, Gallimard-Le Seuil, 1981.

LEMAY,M. J' ai mal a ma mere, Paris, Fleurus, 1979.

ROBERTSON,J Mothering as an Influence on Early Development, Psychoanal. Study Child 1962, vol 17 p. 245-264.

RUTTER,M La separation parents-enfants: les effets psychologiques sur les enfants. Psychiatr, enf, 1974, vol. 17 nº 2 p. 479-514.

SOULE,M L'enfant dans la tête.L'enfant imaginaire, in La dynamique du nourrisson.(M.Soule et al) Paris, ESF, 1982

SPITZ,R.A. La premiere année de la vie de l'enfant. Paris, PUF 1958

SPITZ,R.A. et WOLFF, K.M. Depression anaclitique. Enquête sur les troubles mentaux chez l'enfant au premier âge. Psychiatr, enf, 1970, vol. 13 nº 1.p.210-242.

WINNICOTT,D.W. La theorie de la relation parent-nourrisson, in De la pediatrie a la psychanalyse, Paris, Payot, 1969,p.237-256.

ZAZZO,R. et al. L'attachement, Neuchâtel, Delachaux y Niestlé. 1974