

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL PAIS VASCO

NIÑOS PEQUEÑOS SIN FAMILIA

DISCURSO

con motivo del solemne acto de apertura del Curso Académico 1987
por el Académico Numerario

Ilmo. Sr. Dr. D. Santos Sanz Sánchez



BILBAO, 1987

REAL ACADEMIA DE MEDICINA DEL PAIS VASCO

NIÑOS PEQUEÑOS SIN FAMILIA

DISCURSO

con motivo del solemne acto de apertura del Curso Académico 1987
por el Académico Numerario

Ilmo. Sr. Dr. D. Santos Sanz Sánchez



BILBAO, 1987

DISCURSO CON MOTIVO DEL SOLEMNE ACTO DE
APERTURA CURSO ACADEMICO 1987 POR
EL ACADEMICO NUMERARIO

ILMO SR. DR. D. SANTOS SANZ SANCHEZ

*Niño nace el hombre,
su poder está en su desarrollo.*

R. TAGORE

Excmo. Sr. Presidente.
Excmas. e Ilmas. Autoridades.
Ilmos. Sres. Académicos.
Queridos amigos y compañeros.
Sras. y Sres.:

Os traigo un problema viejo pero siempre actual y a nuestro modo de ver, inagotable en cuanto al conocimiento de la existencia del hombre en lo más recóndito de su ser, la infancia proyectada en la conformación del adulto. Es difícil preveer y correlacionar los efectos tardíos de la experiencia temprana, pero hay una extensa bibliografía evidenciando que, a pesar de la heterogeneidad genética, el desarrollo humano depende de un particular ambiente hecho por la familia y la sociedad (1). También la etología experimental ha demostrado efectos letales en la infancia o la formación de conductas anormales en el adulto, como consecuencia de la disminución en la normal estimulación perceptual, contacto físico e intercambio social afectivo en las etapas más tempranas de la existencia (2). Parece que a primera vista, la capacidad para producir cambios importantes en el prolongado período de la inmadurez del ser humano queda limitado a la enfermedad, pero es sorprendente lo que sucede en los animales inferiores y lo que puede suceder en el hombre si modificamos anormalmente las condiciones ambientales, familiares y sociales, durante la niñez temprana. Este es el caso

de la anormal crianza de niños en los antiguos orfelinatos y casas de infancia abandonada que han constituido una expeluznante experiencia humana y de la cual todavía no hemos aprendido lo suficiente. Se ha escrito mucho sobre las consecuencias de la separación familiar e internamiento prolongado durante la infancia escolar y adolescente (3), (27) y no son conocidas las conductas antisociales y defectos de personalidad originados por esos motivos, pero no se ha recalcado lo suficiente sobre los graves resultados de la anormal crianza del niño lactante en un ambiente institucional, de la crianza de los niños pequeños sin familia. Para nosotros esta experiencia temprana es fundamental para la conformación básica del adulto, ya que afecta a toda su biología, sobre todo al desarrollo físico e intelectual, a la personalidad y al carácter. Es sobre estos efectos de los que nos proponemos hablar hoy, basados en una amplia y dilatada experiencia en atender niños pequeños en ambiente colectivo privados de familia. He pasado más de 30 años de mi vida pediátrica ocupado y preocupado en la asistencia y cuidados médicos de niños en la tierna edad de la primera infancia, criados en un ambiente de internado, y por lo tanto sin familia. Es decir, creo hemos asistido a una experiencia permanente de crianza de niños en condiciones ambientales y sociales anormales, o por lo menos, no normales.

RECUERDO AL PASADO

La gravedad de los problemas que afectan a la infancia privada de ambiente familiar tienen ya, desgraciadamente, una dolorosa historia plagada de efectos biológicos y sociales. Para los niños que nos ocupan, no ha mucho, mencionar la palabra «orfelinato», equivalía a evocar perspectivas en la que los niños abandonados parecían más unos espectros que seres humanos necesitados de cariño, comprensión y calor humanos. Las Instituciones para la asistencia colectiva a estos niños abandonados —Inclusas, Casas de Expósitos, Orfanatos, Hospicios, etc.— proceden de los tiempos del medioevo y fueron creadas por humanidad y por razones sociales. Ellas ofrecían refugio y protección a niños pequeños que de otro modo sucumbi-

rían o quedarían «expuestos» en la calle. Este espíritu humanitario, producto de una concepción cristiana de protección al desvalido, puso en evidencia graves problemas médico-higiénicos y sanitarios al criar al lactante en colectividad y sin familia. Esta conducta social de protección suponía el desconocimiento de lo que es el niño, que al ser tratado como adulto en pequeño no deja de expresarse con una forma peculiar en su manera de enfermar, pero sobre todo con intenso riesgo letal y gran vulnerabilidad psicoafectiva. En una revisión histórica reciente se ha puesto de manifiesto cómo es posible que determinadas conductas de humanidad hayan podido dejar de tener en cuenta la fragilidad emocional y psicológica del niño (23). Sin ir muy lejos, en nuestra historia local se reflejan todas estas vicisitudes. Hasta el último tercio del S. XVIII (4) los niños «expuestos» en el Señorío de Vizcaya eran enviados al Hospital de Gracia de Zaragoza primero y después a la Inclusa de Calahorra, pero fue tal su mortandad que la mayor parte morían por el camino, o los que llegaban no tardaban en hacerlo. Al objeto de paliar esta situación se consiguió una Real Instrucción (1796) por la cual se mandaba buscar nodrizas en Vizcaya para la crianza de los niños «expuestos» de la provincia hasta los tres años de edad. Fue una medida ejemplar de proporcionar ambiente familiar que mantuvo posteriormente la Diputación General del Señorío de Vizcaya al inaugurarse la Primera Casa de Expósitos en 1843, sita en la Calle Nueva de Bilbao. Esta medida no era suficiente para colocar todos los niños que eran abandonados, siendo también frecuentes las pérdidas en los internados de la nueva Casa de Expósitos inaugurada en 1883 por lo que además de las nodrizas externas, se permitió el ingreso a la madre soltera con su hijo y al tiempo que cuidaban y convivían con éstos, hacían lo propio con otros menores abandonados. La implantación de este sistema, que llegamos a conocer, dio felices resultados en la mejor atención maternal del lactante, en la difusión de la alimentación a pecho y en la disminución de la mortalidad más no de la morbilidad. Las epidemias en los internados de lactantes eran temibles, los procesos diarreicos, respiratorios y óticos hacían estragos y la mortalidad no era poca. ¡Cuántas penurias, cuánta enfermedad, cuántas vidas perdidas! Cuántas experiencias humanas para resolver un problema social que a su

vez reveló otros, también muy graves, de orden higiénico y médico. Posteriormente, el mejor conocimiento de la patología del niño, que no de éste, la higiene rigurosa, la profilaxis infecciosa y la asistencia más tecnicada evitaron las altas cifras de mortalidad, que era lo que privaba, hasta dar cifras infimas. Incluso se disminuyó la morbilidad, mas no fue posible evitar estados de enfermedad especial, denominados genéricamente como de «Hospitalismo». Término acuñado en 1915 por PFAUNDLER y revalidado por SPITZ (5) para expresar los efectos perniciosos que sobre la salud del niño, psíquica y somática, produce la permanente y prolongada estancia en Centros en los que existe ausencia de un ambiente familiar, o sea, carencia de cuidados maternos amorosos. Falta de brazos maternos nos decían las Hermanas de la caridad que vivían con y para los niños las 24 horas del día. En Pediatría, la intensa morbilidad infantil de los internados de lactantes impidió conocer mejor la deterioración mental y humana originada por la carencia afectiva de un ambiente familiar normal. Fue necesario la aparición brusca de un problema sociológico infantil surgido en forma epidémica en Europa, como consecuencia de la concentración de gran número de niños abandonados y huérfanos después de la II Guerra Mundial, para que el problema se revelara con toda su crudeza. La experimentación humana de carácter histórico sufrida por la infancia en los orfanatos se expresó colectivamente después de la conflagración entre las potencias mundiales. Tan grave fue el problema que se requirió la cooperación científica internacional para su estudio y solución. Fueron los psiquiatras infantiles, concedores de estudios psicológicos anteriores muy esenciales (6) (BURLINGHAM y FREUD), quienes dieron la voz de alarma sobre la trascendencia de la carencia afectiva por privación de ambiente familiar en las etapas más tempranas de la vida sobre la salud mental del niño (BOWLBY) (7). Se comprendió con claridad que una de las características más radicales de la existencia humana es la del profundo desvalimiento en que el niño viene al mundo, que éste no se puede entender como un ente aislado sino con la intensa vinculación psico-afectiva necesaria para su subsistencia y alegría de vivir. Como una unidad madre-niño en el que el parto psicológico no tendrá lugar todavía por precisar una alimentación

social y afectiva personal hasta pasados los dos o tres primeros años de la vida. Es la etapa maternalizadora de la primera infancia. La distorsión de esta dependencia biológica por un ambiente social anormal, origina profundos, estables y graves trastornos psico-biológicos que pasaremos a comentar, pero previamente veamos cómo es el niño pequeño y su esencia.

DEL NIÑO INFANTE Y SU ESENCIA

Literalmente un niño infante, es aquel niño que no habla, su lenguaje oral normalmente no llegará hasta unos dos años después del parto, tiempo durante el cual, el lactante adquiere conciencia del yo individual y tarda en construir en su cabeza imágenes representativas del mundo exterior (PIAGET) (8). Probablemente muchas de las facultades que diferencian al hombre de otros animales se desarrollan más en esta etapa de la niñez temprana que en el resto de la infancia. Al final de esta primera infancia, el niño es sociable y cooperativo. Ha aprendido el uso del lenguaje comunicativo de los adultos, la facultad más importante del ser humano. Su capacidad de bipedestación y marcha le permiten cierto grado de autonomía, coincidiendo con la constitución del yo subconsciente (Elo freudiano). Su refinamiento manual es mayor que la de cualquier otro animal. Desde un punto de vista cognoscitivo ha adquirido algunos conceptos importantes y básicos, conceptos de espacio, causalidad y número. Recordemos también que en los tres primeros años tienen lugar los mayores incrementos somáticos y neurológicos. A los dos años ha adquirido el 50 % de la talla y su morfología a los tres años será estable hasta la pubertad. A pesar de la corta duración en el tiempo es la etapa más constitutiva y se la tiende a considerar, como el periodo más crítico de la vida del hombre en la conformación de la manera de ser y en el proceso de la humanización. Es sin duda el periodo más importante en la conformación básica del ser humano. Ahora bien, dado el profundo estado de invalidez con que llega al mundo, la subsistencia del mismo sólo es posible mediante un fuerte desarrollo de la conducta parenteral que le permita madurar. Al niño como al hombre no se le puede entender aislado pero para el primero requiere una

unión, íntima, cálida y amorosa de interrelación social con su madre o sustituto idóneo a todo lo largo de la experiencia biológica del desarrollo de la primera infancia. En este juego social, el niño infante no habla, pero ello no es óbice para que sepa entablar una comunicación activa con su madre y entorno, asumiendo juntos el significado del mundo exterior y la comprensión de los propósitos de uno y otro. Además, tiene una gran capacidad de aprendizaje rápido que acumula experiencia informativa. El indefenso y dependiente lactante está mucho mejor preparado que lo que se piensa habitualmente para regular y responder a los cuidados maternos. Pero su desvalimiento es tal que desde un punto de vista físico el niño infante puede ser «aporrreado» por el gigante adulto y aún es mayor la distancia que presenta con éste en la esfera mental y emocional. Ante este estado de indignancia biológica, no nos ha de extrañar que estos niños sean particularmente vulnerables a los patrones ambientales anormales. Es por ello que nos proponemos revisar someramente las consecuencias de las carencias afectivas acacidas en los niños pequeños sin familia, ya en el crecimiento físico, en el desarrollo psico-social y en su personalidad, bien entendido que nuestro estudio se limita a los menores de tres años y que como pediatras exponemos nuestro particular punto de vista.

CARENCIA AFECTIVA Y CRECIMIENTO SOMÁTICO

Quien haya trabajado en la asistencia médico-sanitaria de niños pequeños criados en internado, cuidados por personas diferentes a su familia, saben bien de su frecuente y peculiar patología, pero también conocen que pocos tienen un desarrollo normal. Para los que están acostumbrados a ver muchos niños normales con una simple mirada, individual y colectiva, se percibe inmediatamente un aire de abatimiento, sumisión y apatía, soportado con diferentes grados de malnutrición consolidada. Además, el ambiente donde yacen los niños es triste y monótono, expresado por movimientos estereotipados de vaivén corporal y ruidos de golpeteo de juguetes en los mayores de un año o por el llanto de hambre más que por dolor en los más peque-

ños. Hoy en día este ambiente ha mejorado mediante una mayor psicoestimulación, manipulación y asistencia técnica del niño, pero hay pocos que no sientan, aún en las mejores condiciones, el vacío causado por la falta de un cuidado personal desde los primeros meses de la vida y su repercusión en el crecimiento somático (4). La existencia de una relación directa entre la falta de alimentación y la cortedad de talla, entre el hambre, la infelicidad y la anorexia con el retraso del crecimiento es una observación tan antigua como el mundo. En la privación afectiva, la hipoalimentación o subnutrición parece ser la principal responsable de la detención del crecimiento en los tres primeros años de edad, pero hay discusión si estos efectos son producidos por malnutrición o por inhibición neuroendocrina. Los estudios realizados en el Enanismo Psico-social por privación emocional muestran un hipopituitarismo funcional, transitorio y reversible por el cambio de ambiente infantil. Se sospecha que todo sea debido a la deficiente formación hepática de somatomedina por la desnutrición. Esta puede tener su origen en las dificultades alimenticias que presentan los niños privados de ambiente familiar, o comen mucho y se atragantan, o no comen nada, rechazan el alimento o lo mantienen en la boca mucho tiempo. Son de conducta difícil y tirana, exigen una entrega larga y cariñosa. Junto a estas actitudes tienen fáciles trastornos diarréicos, infecciosos o no, y frecuentes estados de mala absorción intestinal no demostrada. Sin embargo muchos niños en ambiente normal sufren pobreza, escasos cuidados, malos tratos, deficiente alimentación, suciedad, pérdida de uno de los progenitores, etc. y ni el crecimiento somático ni su aspecto se ven influenciados de una manera importante por estas circunstancias desfavorables.

Normalmente, tratándose de una población heterogénea de niños con carencias variadas en tiempo y edad al ser atendidos por personal cambiante, los efectos son muy diversos pero siempre ostensibles (10). Desde hace tiempo ya no se ven, o son muy raros, los estados de desnutrición grave o Marasmo, pero son constantes los retrasos de crecimiento prolongado, y en algunos muy importante como es el Enanismo Psico-social, difícil de reparar, como en general sucede en todas las malnutriciones habitadas en la primera infancia. Cuando el crecimiento somático se

retrasa de una forma notable, podemos tener la certeza de que ha habido una continua, profunda y prolongada carencia afectiva. Y cuando esa detención del crecimiento en talla se pone de manifiesto en la temprana infancia puede ser demasiado tarde para conseguir la reparación no sólo del crecimiento físico, sino también del daño producido en el desarrollo emocional. La recuperabilidad depende de la intensidad, duración y momento etario en que se produce la carencia, pero es probable que sólo pueda ser mitigada, y por lo tanto con secuelas.

¿Cuál es el cuadro clínico de la afectación somática? Los síntomas de buena o mala maternalización en los primeros años de la vida son de malnutrición y retraso del crecimiento somático. Son niños de cara de hambre, sin calor ni brillo en la piel, generalmente demacrados y macilentos con muchos pliegues cutáneos, manos y pies frías, pelo ralo y seco. Su masa muscular es escasa así como su vivacidad con pobreza de movimientos espontáneos. Están inertes, aunque muestren alerta al ambiente y sigan con la vista al igual que un radar fijo, pero con el cuerpo inmóvil y la apariencia de apatía. Su crecimiento es lento y la ganancia de peso escasa. La talla presenta incrementos irregulares, siguiendo un canal de crecimiento lineal entre los percentiles tres y veinticinco, casi siempre por debajo de la media. El peso siempre es inferior a la talla y con más altibajos, su línea de crecimiento oscila alrededor del percentil tres, por debajo del veinticinco. Incluso el perímetro craneal puede estar por debajo del percentil medio. En sus proporciones corporales, junto a una cabeza y cara normales, destacan las piernas cortas y delgadas, el tronco rechoncho y ventrudo recordando a los niños hambrientos del tercer mundo. El examen del crecimiento óseo revela siempre retardo madurativo importante con desmineralización e irregularidad en la aparición de los núcleos de osificación y los dientes. En las gráficas de crecimiento se pueden ver cuando retornan al ambiente familiar y cuando regresan a la Institución por las variaciones en el crecimiento somático. La recuperabilidad siempre es lenta en el primer año de edad y nunca se está seguro de su total reparación si la carencia ha sido prolongada y evidente más de uno a tres meses en el primer año de la vida. Desde luego, los efectos de la ca-

rencia afectiva en el crecimiento somático a esta temprana edad de la vida son mucho más intensos y trascendentes si los comparamos con los producidos en la niñez tardía o cualquier otro período de la infancia. Es verdad que los niños poseen una notable capacidad de recuperación, siempre y cuando tengamos a su lado alguien con quien relacionarse, otorgue sus cuidados y juegue, pero con frecuencia por persistencia de las circunstancias adversas, los retrasos del crecimiento físico por causa no orgánica debido a carencia afectiva forman un grupo importante en los internados.

DESARROLLO PSICO-SOCIAL Y PRIVACION MATERNA

Parecerá alevado que un Médico-Pediatra aborde esta temática, pero quizá no lo sea tanto después de oír algunas consideraciones previas.

Desde hace dos o tres décadas, gracias a los avances en salud pública, inmunizaciones y la intensa disminución de la morbilidad infantil, la Pediatría y los pediatras en el quehacer médico diario de la supervisión continuada de niños en desarrollo, vienen prestando cada día más atención al desarrollo, al comportamiento psico-social y a la maduración infantil. Al mismo tiempo, los padres buscan, cada vez más, el asesoramiento en el desarrollo integral del niño y piden una atención de calidad en los actos médicos de salud. Esto ha contribuido a un adiestramiento mayor en la praxis médica en estos campos de la Pediatría desarrollista, iniciada por Arnold GEsSEL en el año 1920 (11) e impulsada entre los años 1950-60 al elaborar patrones de evaluación del desarrollo madurativo y psicológico (12), (13). Por nuestra circunstancia de atender como Director Médico del Instituto de Puericultura de Vizcaya a una colectividad infantil, supuestamente sana pero carente de ambiente familiar, hemos sido muy sensibles a esta Pediatría conductista y madurativa para conocer mejor al niño en su proceso de desarrollo, su entorno y las desviaciones que se producen en los primeros años de la vida. El tiempo dedicado a ellos en la valoración progresiva de su crecimiento bio-social nos ha per-

mitido adquirir un entrenamiento que ha sido posible transmitirlo a los Médicos Residentes en formación postgradual de la Institución, y éstos a su vez, han considerado este área de gran interés y atracción como para poder asumirla rutinariamente en cualquier acto médico de salud. Hemos visto que esta actuación médica no sólo es creativa sino que motiva una mejor educación pediátrica ya que ningún profesional se halla tan en contacto con los lactantes y niños pequeños como para poder llevar a cabo un control del desarrollo motorico y psicosocial continuado, sin necesidad de ser psicólogo o psiquiatra infantiles. Todo lo cual, no es obstáculo para ver con más claridad cuando se precisa una evaluación o rehabilitación por parte de los profesionales citados anteriormente.

Ante esta evolución de la Pediatría y nuestra situación circunstancial no es de extrañar la orientación desarrollista hacia una etapa de la vida temprana no muy bien comprendida y que a nuestro modo de ver es crítica por su carácter constitutivo y psicogenético en la conformación del ser humano que se inicia ya desde el nacimiento.

Hasta hace poco se creía que los recién nacidos y lactantes de pocos meses no eran capaces de razonar y pensar, pero precisamente desde el nacimiento empieza su vida psicológica. Ellos son capaces de percibir solidez, tamaño y distancia de los objetos (14), incluso los prematuros son sensibles a la psicoestimulación (15). La madre es consciente de que todos estos niños son personas con escasas formas de expresión, de excitación o placer, pero su fino control para la comunicación establece una reciprocidad estimulante cada vez más enriquecida desde las primeras semanas de la vida. Sus capacidades perceptuales, sensoriales y psíquicas, siempre muestran evidencia de interpretación cognoscitiva cada vez más perfeccionada. Estos atributos humanos y el modo en que se desarrollan eran más una especulación que una evidencia científica actualmente demostrada (14). Comparativamente con los niños mayores, el lactante es débil, pero capaz de elaborar percepciones cognoscitivas como cualquier otro ser humano, altamente comprometedoras y más sensibles a un tipo específico de tutela: la conducta de apego materna. Sin esta interacción social, personal y afectiva, el enri-

quecimiento biosocial del niño no puede hacerse de una forma normal y es difícilmente sustituible por un ambiente psicoestimulante, por bueno que éste sea, y a su carencia son particularmente vulnerables los niños muy pequeños.

Anteriormente hemos expuesto la intensa predeterminación de la primera infancia en el tamaño y forma corporales del adulto, los retrasos del crecimiento somático por malnutrición precoz y el mayor carácter constitutivo de esta etapa de la vida. Por similitud analógica quisieramos contemplar los efectos adversos en el crecimiento psico-social de los niños pequeños sin familia.

En el hombre no hay muchos trabajos que pongan de manifiesto una correlación clara entre la privación de cuidados maternos y el deterioro intelectual, pero en todos los que hay se exponen variados grados de déficit psicosocial (16), (17), (18). Normalmente, los cambios más claros en el desarrollo neurológico de la edad temprana se expresan en la adquisición de las habilidades motoricas, ya que en un año el niño pasa de la independencia biológica a la marcha independiente con cierto grado de autonomía territorial a los tres años de edad. Tradicionalmente, el ritmo de desarrollo motor ha sido el parámetro principal para calificar la maduración (19), (20). También, aún dado su carácter genético, no deja de ser un indicador muy orientativo en sus aspectos psicológico y menos en el intelectual. El hecho evidente es que los niños que tienen un desarrollo neuromotor normal es muy difícil presenten un estado de subdesarrollo mental, por el contrario, la situación de déficit supone un gran riesgo de afectación neurológica (21). En los niños con privación afectiva son raros los que no presentan algún grado de retardo neuromotor, en algunos ya es manifestado a partir del tercer mes, y en el sexto muchos presentan retraso e irregularidades en la adquisición de las capacidades motoricas y de coordinación sensorio-manual. En todos los estudios realizados en este área del desarrollo (17), (19) y en nuestros controles sistemáticos se ha evidenciado que la deambulación se inicia tardía y torpemente, dependiendo del tiempo de permanencia en la Institución y cuidados recibidos. Muy pocos comienzan los primeros pasos al año de edad. Naturalmente, la psicoestimulación consigue miti-

gar el problema. Coincidente con estas habilidades motrices groseras, la conducta adaptativa, de exploración y manipulación, expresada por la coordinación sensorio-manual se ve más afectada. Si no han tenido mucha interacción social no se interesan activamente por el entorno, no siguen con la mirada exploratoria. La prensión táctil, la manipulación y la coordinación visuo-manual es torpe y lenta. No esperamos que a los tres años sean capaces de hacer otra cosa que rayas desordenadas con lápiz prendido en las posturas más extrañas. Ante estas deficiencias motóricas para la autonomía y las más finas de adaptación ambiental pensamos que no pueden desligarse la coordinación motora, la motivación, el aprendizaje y el conocimiento y aquella en el niño privado de ambiente social-familiar presenta una gama de retrasos tanto más intensos y estables cuanto más pobre y prolongado es el ambiente psicoestimulante del niño.

El área del lenguaje es otro campo más sensible todavía para evaluar el desarrollo psico-social. La capacidad para producir e interpretar la voz humana están presentes desde el nacimiento y parecen ser innatas. Es decir, el niño viene preparado para el lenguaje comunicativo con su cuidador principal, pero su desarrollo dependerá del idioma hablado por aquellos con quienes practica el juego no verbal de la interacción social. Los niños, aún los muy pequeños, se ponen alerta a la voz de la madre, se orientan a la cara buscando el ojo-ojo y la caricia, provocan el regazo con el llanto y se enlazan en juegos emocionales cada vez más variados con expresiones faciales diversas de placer, bienestar, contrariedad, desconfor o llanto acompañado de movimientos corporales y de estremidades. Es toda una jerga gestal y mímica de lo más dialogante y estimulante cada vez más extensa e intensa a partir del segundo semestre. El llanto con todas sus modulaciones es la forma sonora de su rudimentario lenguaje, con el protestan, con el promueven y con el pueden conseguir cuanto necesitan para el desarrollo y seguridad de su ser. Hay también un falso llanto para satisfacer el deseo del regazo y el contacto físico y amoroso, no siempre comprendido por un personal diferente de la madre. Lo de menos son las vocalizaciones, runruneos y arrullos universalmente similares en el primer semestre de la vida, lo demás es la capacidad de co-

municación que hace que el niño adquiera el repertorio de los adultos que le rodean y aprendan posteriormente el lenguaje simbólico, articulado y sintáctico de los mismos. No nos olvidemos que todos los seres humanos dependen de la comunicación persona a persona y el lactante es un ser social, un miembro rudimentario de nuestra cultura. No existiendo una conversación normal, estimulante y fluida, por parte de la madre y cuidadores del niño, el proceso cerebral de la secuencia del lenguaje no puede establecerse (22). Se comprende que la disminución o privación de la comunicación hablada con el adulto, precisamente en esta etapa crítica para el desarrollo del lenguaje, los niños no captan bien la sucesión rápida de los fonemas y tardan en hablar. Y cuando lo logran, lo hacen mal, pobres, con premiosidad, entrecortados, con palabras mal pronunciadas, ininteligibles a veces y mal hilvanadas sintácticamente aún después de los tres años. Pocos de estos niños vocalizan antes del año de edad los clásicos bisílabos familiares y más del 20 % comienzan su lenguaje a los dos años de edad. El uso que hacen del escaso y deficiente lenguaje adquirido es fundamentalmente de carácter instrumental, para atender necesidades de subsistencia o protesta, pero no para el diálogo, ni para expresar motivaciones de interacción personal y juego social. Por supuesto, no tienen ningún lenguaje exploratorio o creativo y menos para la ideación y el simbolismo. De mayores, es fácil identificarlos por estas deficiencias y podemos estar seguros de que han sufrido una prolongada privación social en la temprana edad del primer año de la vida. Naturalmente, estos defectos son de variada intensidad, actualmente menos importantes, pero es difícil evitar trastornos de expresión y comunicación oral cuando el ambiente de los niños pequeños es de privación social y familiar.

Por último, el aspecto más importante a considerar en el desarrollo psico-social del lactante es su conducta social. Va a ser la expresión más fiel de la buena o mala estimulación social y afectiva. La interrelación social del niño infante y su conducta vinculante de apego materno va a condicionar todos los efectos bio-psíquicos mencionados hasta ahora en el desarrollo global del mismo. Al nacimiento estas capacidades de interrelación social son de subsistencia (hambre, dolor, frío, confor) expresa-

das a través del llanto, pero ya a los tres meses tienen desarrollo crítico mediante la sonrisa social ante la voz humana mirando a la cara o al tomarlos en brazos, etc. En el segundo semestre disminuye el tiempo dedicado a la alimentación y el sueño en favor de un mayor intercambio social, apareciendo el miedo, la identificación de los conocidos y el rechazo a los extraños. Reacciones que señalan el establecimiento de una vinculación personal e íntima entre madre y niño. Esta unión diádica supone por parte de éste la identificación de su guía vital, proveedor de seguridad y apoyo, de alimento y confort y por supuesto, un excelente canal de comunicación para la introyección y la proyección psicosocial. Esta conducta de adhesión parece fundamental para el diálogo social, la alegría de vivir, la estabilidad del yo y la conformación de la manera de ser. Su distorsión dará origen a toda una patología psicológica peculiar de graves repercusiones difícilmente reparables. Hay mucha bibliografía experimental demostrando estas conductas normales en las especies animales y de las desviaciones de las mismas al alterar la vinculación maternal y social de la crianza (24), (25), (1). También hay amplia evidencia científica de las graves repercusiones que la carencia afectiva provoca en el desarrollo del ser humano (23). Hoy en día, son raros de ver los cuadros graves de Depresión Anafórica de SPITZ (5) pero las carencias parciales producen variados grados de afectación psicológica y social con frecuencia irreversibles.

¿Cuál es la modalidad de la conducta social del niño con deficiente maternalización? Si normalmente el llanto es vigoroso y modulador, en el niño con carencia afectiva se va haciendo cada vez más débil y sólo llega a utilizarse para el hambre y el dolor. La sonrisa como mecanismo de apego tarda en establecerse. Todos pueden llegar a sonreír pero es difícil encontrar uno que ría y juegue, lo cual supondría que todo iría bien y estaría dispuesto a seguir el juego, pero desgraciadamente su participación es pobre y la curiosidad débil. La mayor parte están desinteresados por el ambiente, prestando poca atención al contacto verbal con el cuidador principal en el niño mayor de cinco meses como en la búsqueda anticipada de aquél. ¿Cuándo

y con quién establece la conducta de apego materno teniendo un personal cuidador cambiante en un ambiente institucional? Todo depende de la simpatía femenina y de la conmisericordia y preferencias que las Auxiliares de Puericultura y otro personal femenino muestran por cada niño, pero ni llegan personalmente a todos ni se establece temprana ni establemente. Hace falta el deseo amoroso, íntimo y personal. En los niños mayores de doce meses el grado de aceptación o rechazo al cogerlos en brazos puede ser un signo de vinculación afectiva y son pocos los que lo aceptan. El guía principal válido, aparece, desaparece y cambia en un ambiente impersonal dejando inseguro y sin apoyo al niño. La identidad paterna queda desfigurada y tampoco las Auxiliares se lo proponen expreso, por lo que la interiorización formativa del yo es débil e inestable, con tendencia al aislamiento. Si en la primera infancia se conforma el subconsciente, éste en los niños con carencia afectiva es inseguro, temeroso y egocéntrico, con escasa capacidad de socialización. El juego es tan pobre que prefieren estar solos manifestando una conducta destructiva en los juguetes y objetos que le rodean.

Desde hace tiempo se conocen las profundas secuelas en las funciones intelectivas y la personalidad (7), pero se duda de que las carencias parciales tengan efectos tales sobre estas áreas que no sean reversibles (23), (26). Personalmente diré que los cocientes intelectuales de los niños que han carecido de ambiente familiar durante algún tiempo de su primera infancia, aproximadamente tres a seis meses o más a partir del segundo semestre, son casi todos bajos y en los que no sólo abundan los fracasos escolares (29) sino que en gran número son incapaces de seguirlos, teniendo necesidad de desviarlos a oficios prácticos no creativos. En el Instituto de Puericultura de Vizcaya, durante los años 1940 al 1958, año en que se promulgó una nueva Ley de Adopción, los niños que cumplían siete años en la Institución eran enviados a aprender oficios a la Santa Casa de Misericordia y había que tener la paciencia de un santo para lograr algo de ellos debido a su déficit intelectual, su pobreza comunicativa y su personalidad difícil. Posteriormente hemos seguido a muchos niños que habían sufrido carencias parciales y

casi todos presentaban algún grado de limitación mental con dificultades en la sociabilidad y una peculiar manera de ser, a pesar de haber tenido un cambio precoz a un ambiente familiar, no antes del segundo semestre de la vida.

EFFECTOS TARDIOS DE LA PRIVACION FAMILIAR TEMPRANA

A lo largo de nuestra exposición hemos pasado revista a los hitos más principales del desarrollo de la primera infancia y las desviaciones biosociales que tienen lugar como consecuencia de la privación sensorial y afectiva más o menos prolongada. Pero, ¿Cuál es la repercusión posterior en el desarrollo de la infancia de todos estos fascinantes procesos? ¿Tiene importancia en la programación subsiguiente del desarrollo o es una fase transitoria en la que la educación cultural a través del lenguaje y la convivencia social pueden superarlo? Anteriormente hemos referido efectos consolidados en el desarrollo ulterior y todo da a entender que ni la educación especial ni un ambiente mejor dotado después de los tres primeros años de la vida sean capaces de superar las consecuencias somáticas, psíquicas, sociales y afectivas de una privación de ambiente familiar, temprano y prolongado. Podrán ser adaptados a un medio adecuado a sus limitaciones, de otra forma sufrirán inadaptaciones graves. Y esto significa que la primera infancia es crítica en la conformación somática, en la psicogénesis y la formación de la personalidad, con extrema sensibilidad para el normal desarrollo del proceso de la humanización del hombre.

Hay evidencia y consenso general de que la distorsión de la vinculación familiar en la infancia escolar y adolescente es frecuente motivación de una conducta de inadaptación o delincuencia sociales, a veces incurriendo en la psicopatía ya sea de orden caracterológico, neurótico o esencialmente psicótico (27), (28). Pero cuando esto sucede en la etapa maternalizadora del hombre, los niños pequeños tienen una evolución distinta presentando diferentes grados de limitación en todas sus capacidades. En general son más bien pequeños, con secuelas de subnutrición, poco aptos para tener buenas relaciones sociales, viven más a

gusto aislados o en un reducido mundo. Inseguros de sí mismos se hacen pegajosos con sus protectores. Su inteligencia no es mucha por no haber tenido asimilaciones y adaptaciones recíprocas con el medio. Son tan apocados que es difícil puedan llegar a ser delincuentes sociales. Sus vivencias han sido tan pobres que su pensamiento lógico, la invención y la comprensión no pasan de ser primarias, infantiles. En su vida son desordenados, tercios y enfadadosos con sus cuidadores. Torpes en sus habilidades y en la capacidad de expresión. Con frecuencia tienden hacia el hurto y muchos de ellos presentan extrabismo y lateralización izquierda. Los menos débiles mostrarán su fracaso y su difícil convivencia en el período escolar (29). Las funciones superiores de la abstracción mental, la imaginación y la creación suelen estar vedadas para ellos y con escasas posibilidades de recuperación. Todo lo más que llegan es a aprender oficios que satisfagan una estabilidad psicológica en un círculo reducido, pero sin comprender jamás el medio que le rodea. Natura et Nurtura, pero esta ha sido insuficiente para desarrollar la primera con todos sus atributos—. Mucho nos tememos que la carencia de un ambiente familiar, más o menos normal, durante la primera infancia en tiempos diferentes constituya un riesgo importante en la limitación del desarrollo del hombre. Su mayor expresión está en la inteligencia primaria, la pobreza comunicativa y la personalidad egocéntrica, bien diferente a lo que sucede en el escolar y adolescente que pueden acabar en la delincuencia social. Los anteriores difícilmente llegan a estos estados porque en general son deficientes biosociales.

Ruego me excusen esta larga exposición, en algunos aspectos iterativa, pero que intenta reflejar la importancia de la niñez temprana en el normal proceso de la humanización del adulto, tal y como lo hemos vivido en niños pequeños criados sin ambiente familiar. A fuer de ser sinceros, hemos llegado a la conclusión, quizá atrevida en su afirmación global, de que la primera infancia es la edad formativa más básica del hombre y a la vez la más vulnerable. En ella se conforma la manera de ser con todos los atributos más importantes del ser humano: forma y tamaño corporales, inteligencia, palabra, sociabilidad, alegría de vivir, imaginación, etc. Sin la vinculación afectiva y social de un cuidador principal que históricamente la humanidad ha tenido en la madre y la familia se podrá lograr la supervivencia física del hombre pero no la psicológica, muy específica del mismo. Las carencias familiares en sus diferentes grados de deficiencias menores de tres años conllevan graves riesgos de deficiencias importantes, somáticas, mentales y sociales permanentes con intensas alteraciones en la estructuración de la personalidad. Después esta etapa de la vida no serán tan evidentes los efectos en la deterioración mental y somática, aunque sí las alteraciones de la sociabilidad manifiesta en desequilibrios de la personalidad, carácter y convivencia social. Es verdad que estas situaciones pueden mitigarse, pero hay dudas de si con los mejores cuidados de psicoestimulación, contacto físico e intercambio social pueden superarse plenamente, sobre todo si esa recuperación tiene lugar en una Institución. Habría que preguntarse hasta qué punto el varón y la hembra humanos están interesados por cuidar en condiciones adecuadas la inmadurez del joven humano en la etapa más crítica de la vida, en la infancia de los niños pequeños.

HE DICHO.

1. BARNET, S. A.—Animals to Man: Epigenetics of Behavior. En *Ethology and Development*. Ed. Heinemann. London 1973.
2. SACKETT, G. P. a. G. C. REPPENTAL.—Development of monkeys after varied experiences during infancy. pp. 52-57. En *Ethology and Development* 1. c. BARNET.
3. SEVA, A.—Actas del I Congres. Niño Abandonado. El abandono y la privación afectiva en el niño. Cat. Psiq. Ftrad. Medicina Zaragoza. 1984.
4. BARROETA URQUIZA, J.—Estudio histórico-médico de la Casa de Expósitos de Vizcaya. Cátedra H.^a Medicina de la Univ. P. Vasco. 1981.
5. SPITZ, R. A.—Hospitalism and Anaclitic Depression. Int. Un. Pres. New York. 1945 y 1946.
6. BURLINGHAN, D. A. a. A. FREUD.—Infants without families. Int. Univ. Pres. New York. 1944.
7. BOWLBY, J.—Soins maternels et santé mental. OMS. GENEVE. 1954.
8. PIAGET, J.—The origins of intelligence in children. Int. Univ. Pres. New York. 1952.
9. PATTON, R. G.; GARDNER, L. I.—Influence of family environment in growth: The Syndrome of «Maternal Deprivation». *Pediatrics* 30:957-962. 1962.
10. MAC CARTHY.—The effects of emotional disturbances and deprivation on somatic growth. pp. 56-58 en DAVIS. *Scientific Foundations of Pediatrics*. E. Heinemann. London. 1974.
11. GESSEL, A. a. C. AMATRUDA.—Diagnostico del desarrollo. Ed. Paidós. Buenos Aires. 1945.
12. FRANKENBURG, W. K. a. J. B. DODDS.—The Denver Developmental Screening. *Test. J. Pediat.* 71:181. 1957.

13. BRUNET, O. et I. LEZINE.—Le developpment psychologique de la premiere enfance. Pres. Univ. Fran. Paris. 1951.
14. BOWER, T. G. R.—Slant perception and shape constancy in infants. *Science*, 151:827-834. 1966.
15. KLAUS, M. H.; TRAUSE, M. A. a. J. H. KENNEL.—Does human maternal behavior after delibery show a characteristic pattern? En Parent Infant Interaction. Exc. Med. Ciba Found. Symp. 1976.
16. ABAD ALEGRIA, F. y J. CORNELLA.—Anomalías intelectuales y caracterológicas en niños procedentes de orfanatos. *Acta Ped. Esp.* 147:15-26. 1978.
17. ORTIZ, T. y A. CONCHILLO.—Estudio comparativo entre niños institucionalizados. *Rev. Esp. Ped.* 39:117-122. 1983.
18. CONCHILLO JIMENEZ, A. y ORTIZ ALONSO, T.—Factores implicados en el desarrollo psicomotor de niños institucionlizados. *Rev. Esp. Ped.* 39:30-35. En. Feb. 1983.
19. ANDRE-THOMAS et DARGASSIES, St. A.—Etudes neurologiques sur le nouveau-né et le jeune nourrisson. Masson. Paris. 1952.
20. DUBOWITZ, L. M. S.; DUBOWITZ, V. a. C. GOLDBERG.—Clinical assessment of gestational age in the newborn. *J. Perinatol.* 77:1. 1970.
21. VOLPE, J. J.—Neurology of the newborn. W. Saunders. Philadelphia. 1981.
22. LENNEBERG, E. H.—Speech as a motor skill with special reference to nonaphasic disorders. *Child Developm. Mon.* 29:115-126. 1964.
23. AINSWORTH, M. D.—The effects of maternal deprivation: A review of findings and controversy in the context of research strategy. O. M. S. Geneva. 1962.
24. FREEDMAN, D. G.—Human Infancy: an evolutionary perspective. J. Willey. London. 1974.
25. HARLOW, H. F.—Lowe in infant monkeys: *Scient. Amer.* 220:68-74. 1966.
26. BOWLBY, J.; AINSWORTH, M. D.; BORTON, M. a. ROSENBLUTH.—The effects of mother child separation: a follow-up study. *Brit. J. of Med. Psiq.* 29:211-247. 1956.
27. GONZALEZ-PINTO LOPEZ, R.—Sociopatología de la adaptación juvenil. *Discurso Recep. Real Acad. Med. Univ. P. Vasco.* 1975.
28. ARANA, J. y J. L. CARRASCO.—Niños desasistidos del ambiente familiar. Ed. Karpos. Madrid. 1980.
29. RUBIO LARROSA, V.—Marginación social, carencia afectiva y fracaso escolar, pp. 437-442. *FRACASO ESCOLAR. XIII Reun. Nac. A. E. Med. e Hig. Esc. y Univ. Zaragoza*, 1985.