

Editorial

Aproximación multicéntrica, multidisciplinaria y transcultural de algunos aspectos de la salud mental en la primera infancia

El presente número, reúne nueve trabajos presentados durante la *III Reunión de Investigación sobre la Salud Mental en la Primera Infancia*, celebrada los días 19 y 20 de octubre de 1999, en el Instituto Nacional de Perinatología (INPer). En virtud de la importancia del tema, así como del interés que ha generado, desde el 7 de noviembre de 1997 se ha planteado una secuencia de seminarios de educación continua, alrededor de esta área de conocimiento en el INPer. Siendo la temática de la I Reunión, un componente básico y fundamental para comprender el desarrollo a lo largo de la vida, como lo es el desarrollo normal y patológico del bebé, tema ampliamente atendido en los países desarrollados,^{1,2} pero recientemente olvidado en el nuestro. La II Reunión tuvo lugar el 5 y 6 de noviembre de 1998, se centró en los problemas de la alimentación, su diagnóstico y tratamiento. Los trabajos presentados en las dos reuniones fueron publicados en el libro: *La alimentación y la primera infancia: Efectos en el desarrollo*.³ En esta III Reunión se contó con la participación de destacados investigadores/as en el ámbito de la antropología, la historia, la psicología, la psiquiatría, la psicoterapia psicoanalítica, el psicoanálisis y el desarrollo humano; provenientes de diversas instituciones nacionales e internacionales, como: el Centro del Niño y la Familia de la Clínica Menninger, de Topeka Kansas; la Universidad Nacional Autónoma de México; la Universidad Iberoamericana; la Universidad de las Américas; el Instituto Nacional de Antropología e Historia; y la Asociación Psicoanalítica Mexicana.

La IV Reunión, versó sobre la psicoterapia vincular padres-bebé y se efectuó del 19 al 20 de octubre del año 2000. En este evento, la mitad de las conferencias impartidas aparecieron en el último número de ese año, en: *Cuadernos de Psicoanálisis* (revista oficial de la Asociación Psicoanalítica Mexicana).⁴

Los seminarios de educación continua están dirigidos a grupos de profesionales en las áreas biomédicas, clínicas, sociales y de la salud mental. Entre sus objetivos se encuentran, en primera instancia, dar a conocer los resultados de investigaciones (clínicas, epidemiológicas y documentales o teóricas) centradas en temáticas específicas, dentro del amplio campo de la salud mental en la primera infancia. En segundo lugar, contribuir a la creación de equipos de trabajo interdisciplinarios, para abordar de manera integral, las diversas perspectivas que aportan las múltiples disciplinas involucradas en este campo; así como la experiencia multicéntrica. Esto es, la experiencia acumulada por investigadores/as y clínicos/as en diferentes centros de atención e investigación en hospitales de diferentes países. Un tercer objetivo, es promover la reflexión respecto de la conveniencia de cambiar, de un modelo curativo, a uno que privilegie la prevención primaria de la salud, tanto física como mental (ver al respecto los cuatro volúmenes recientemente publicados por la Asociación Mundial de la Salud Mental de la Primera Infancia).⁵

En cuanto a la temática de la *III Reunión*, el énfasis estuvo puesto en las primeras etapas del ciclo vital de mujeres y hombres, por lo que se concedió especial importancia al periodo



gestacional, al parto y a la infancia. Se buscó abordar dicha temática desde una perspectiva transcultural, con objeto de describir las similitudes y las diferencias entre diversos grupos culturales, que permita una mayor comprensión de las mujeres y de sus hijos/as que solicitan servicios de salud, en las ciudades o países diferentes de sus lugares de origen; o bien, en sistemas terapéuticos distintos de aquellos en los que crecieron y se desarrollaron.

El trabajo de Amparo R. de Parres, permite atisbar el mundo de la niñez en Mesoamérica, ya que trata sobre la tercera parte del *Códice Mendocino*, dedicada al ciclo de vida. Cuyo objetivo era describir el mundo de Tenochtitlan, a Carlos V, rey de España. En dicho artículo se narra, cómo cuando un niño o una niña nacían en el altiplano central prehispánico, lo hacían en un mundo caracterizado por una multiplicidad de símbolos misteriosos, accesibles solo a unos cuantos. El destino de estos bebés estaba marcado por un calendario ritual ("Tonalpohualli") que únicamente los sabios ("tlamatinime") podían interpretar. Estos maestros estaban consagrados a la educación, por medio de la cual, (estaban convencidos) se hacían sabios los rostros ajenos y se humanizaban los corazones. La educación era obligatoria y en el siglo XVI ningún niño mexicano, cualquiera que fuera su origen social, estaba privado de ella. La autora nos narra como en el Códice se describen las características del parto –con la participación de una matrona– y narra además el primer baño del bebé, los discursos y las fiestas en torno a tal evento y como desde ese momento, se señalarán las diferencias por género, que se manifestarán más adelante, en la educación: los varones serán preparados por sus padres y las niñas por sus madres, optando éstas por el sacerdocio; y los niños, de acuerdo con su clase social o habilidades, podían ser preparados (además del sacerdocio) como guerreros. Se describe la educación, basada en pláticas hermosas y severas: en las niñas se enfatizaba la sencillez en la forma de ser y el vestir, la fidelidad conyugal. Los castigos en cambio, eran muy severos cuando los niños o las niñas desobedecían. Eran sin embargo, menos duros para las niñas. Se les infligían maltratos corporales, tales como picarles con púas de maguey, apalearlos, atarlos de pies y manos, etc.

Más adelante, la autora señala los diversos juegos que tenían, tanto para los adultos como para los niños, llamando la atención la existencia de un juego llamado Patolli (similar a la Oca y que tenía cincuenta y dos casillas) y de otros juegos similares a las canicas y a las matatenas modernas, además del conocido Juego de Pelota, entre otros. Una función muy importante de la niñez en estos pueblos, era la de mantener apaciguados a los dioses, para evitar que con su furia provocaran diversas desgracias. Es así, que la autora nombra diversos sacrificios llevados a cabo con los niños, dependiendo de la deidad a la que se deseara complacer. Así, detrás de la disciplina, amor, juegos, recompensas, castigos y temores que tenía la niñez mesoamericana, se puede apreciar la educación religiosa y la orientación filosófica que recibía.

El trabajo de Lartigue permite incursionar en las medicinas tradicionales indígenas, las más antiguas y persistentes en nuestro país, que son expresión viva de las culturas locales situación similar a la de muchos países del continente americano. Este tipo de medicinas constituyen uno de los aspectos más dinámicos de la reproducción social de los grupos étnicos y de su interacción con las sociedades nacionales.⁶ En México existen sesenta y dos grupos indígenas, por lo que es importante que las y los profesionales de la salud reproductiva, desarrollemos nuestra sensibilidad para comprender los sistemas de curación que actúan en interacción, o en competencia, o en complementariedad con la medicina institucional, o académica, principalmente en lo referente a las creencias y/o prácticas populares en torno a una etapa del ciclo vital femenino de máxima vulnerabilidad, como lo es, el periodo perinatal.

Lartigue destaca, desde la perspectiva psicoanalítica, el intenso trabajo psíquico que realiza la mujer y su pareja durante la gestación, el cual implica una serie de ajustes, tanto en el nivel individual como en el nivel interpersonal, con el fin de adaptarse al hecho de “estar embarazados” (a veces sin haberlo planeado de manera intencional) y a los profundos cambios que este hecho conlleva. Proceso en el cual, se construye además la representación mental del hijo/a por nacer⁷ y en donde se va reconociendo paulatinamente, al producto como una persona autónoma, a partir del momento que anuncia su existencia: a través de los movimientos en el útero materno, para finalmente iniciar un vínculo afectivo y una relación con el hijo/a real, a partir del nacimiento. Cabe destacar la importancia de estos primeros vínculos para la estructuración de aparato psíquico, particularmente el papel protector que desempeña el sistema de apego para el desarrollo de la capacidad de interpretar las señales de los otros significados, base de la comunicación y la socialización humana.⁸

A partir de las consideraciones anteriores, la autora se pregunta: ¿Cuáles son los preceptos que deben de seguir las mujeres para evitar o prevenir los problemas de salud durante la gestación y el parto? ¿cómo se prepara la mujer embarazada para el momento de la “batalla”, esto es, el parto que puede significarle la muerte? Entre las respuestas a estas preguntas, se observa cómo los mayas, destacan el tener cuidado con determinados alimentos, así como mostrar consideraciones hacia las personas con defectos físicos o malformaciones. Los tzeltales y tzotziles, conciben el embarazo como un estado anormal temporal (basados en el principio de “lo frío” y “lo caliente”), en donde la mujer embarazada posee un calor superior al natural, por lo que deberá evitar todo aquello calificado como “frío”. Los procedimientos más empleados durante la gestación son el baño de temazcal, los baños de vapor, las limpias y las sobadas. En relación al parto, las invocaciones de las parteras son decisivas para brindar ánimo, valor y así poder salir victoriosa de la batalla; asimismo la presencia del esposo es invaluable para que la mujer no sea alcanzada por los poderes destructores. Se concede especial importancia a todo lo que ocurre en el momento del nacimiento, para efectuar pronósticos relacionados con la vida futura del recién nacido, así como durante la ceremonia del corte del ombligo. En relación a la alimentación, en el estado de Morelos se recomienda la lactancia alrededor de los nueve meses de edad, según libre demanda y a los tres meses de edad, se deben introducir determinados alimentos sólidos. Entre las enfermedades más comunes de la primera infancia, se encuentran: las respiratorias, los trastornos digestivos y los padecimientos denominados “síndrome de filiación cultural”, entre los que destacan, el “mal de ojo”, “la mollera caída”, “el empacho”, “el enlechado” y “el espanto o susto”.⁹ Se destaca la conveniencia de efectuar investigaciones de campo en este ámbito, con el fin de profundizar en la cosmovisión de quienes demandan atención, para así poder ofrecerles, alternativas mejor integradas a su perspectiva y sentir.

El artículo sobre dificultades emocionales y conductuales durante el embarazo, comprende una revisión importante de las alteraciones emocionales que le son comunes. El campo de la salud mental del bebé se ha extendido a las intervenciones, aUn antes de que nazca el bebé. Es claro que el lactante puede tener dificultades en el contexto de una familia enteramente sana, pero cuando hay problemas importantes en la madre, el padre o en las relaciones intrafamiliares, éstos tienden a ejercer un impacto claramente negativo en el lactante. Por ejemplo, la depresión materna cuando persiste, se ha observado que puede tener efectos negativos en el bebé de unos cuantos meses de vida (por ejemplo, el bebé observa menos a su madre y tiene menos “conversaciones” con ella, llora mucho más e incluso el pequeño tiende a ser más deprimido y a mamar menos eficazmente que el bebé de una madre no deprimida). El niño de unos ocho meses, con una madre deprimida o



ensimismada e irritable por la depresión, puede manifestar retrasos en su desarrollo emocional y del lenguaje. Más tarde, cuando la madre continúa deprimida, el niño tiene mayor riesgo de ser difícil, irritable, agresivo e hiperactivo, lo cual se ha observado en niños de madres deprimidas hasta los siete años de edad. También, hay evidencia de que cuando la madre está deprimida, hay mayor riesgo de que su esposo también lo esté. La depresión, para continuar con un solo ejemplo de los problemas perinatales, no es un fenómeno raro, ni poco frecuente, es común y afecta a más del diez por ciento de las mujeres en etapa perinatal. Si esta frecuencia ocurriera en otras enfermedades, como la hipertensión u otros padecimientos, esto preocuparía mucho a los médicos. La depresión grave, sí conlleva un riesgo de ideación suicida e intentos de suicidio. Pero la menos grave, afecta tanto a la mujer como al bebé, el esposo y al resto de la familia. De ahí la necesidad de que el médico ginecoobstetra y el familiar, así como el personal de enfermería que atiende a mujeres embarazadas, tengan presente este problema tan importante. En grupos en los que hay mayor estrés psicosocial, como pobreza, un alto índice de criminalidad y problemas de subsistencia en general, la tasa de depresión podría ser mucho mayor de 10 o 15 por ciento de las mujeres.¹⁰ El artículo señala este padecimiento, así como otros varios que afectan a la mujer embarazada y su familia, tales como: los trastornos de ansiedad; los fenómenos postraumáticos; y las actitudes que en general, pueden dificultar el curso del embarazo mismo, la posibilidad de realizar las tareas psicológicas (de convertirse en madre) y también de satisfacer las necesidades del bebé en el futuro. Todos estos problemas son pasados por alto con facilidad si sólo se enfatizan las exploraciones físicas y los resultados de los exámenes de laboratorio, y no se tiene en cuenta la enorme importancia del campo emocional por el que transcurre el embarazo y su posible impacto en el bebé.

Ortega, Lartigue y Figueroa, por su parte, profundizan en los distintos criterios que establece el DSM-IV¹¹ para el diagnóstico de un episodio depresivo mayor, el cual puede iniciarse en las primeras cuatro semanas después del alumbramiento de un hijo, o bien estar presente durante el embarazo, o incluso antes de la concepción. En el posparto es frecuente encontrar que mujeres con episodios depresivos mayores, presenten una gran ansiedad, crisis de angustia, llanto espontáneo, desinterés por el nuevo hijo e insomnio. Muchas mujeres se sienten especialmente culpables por experimentar sentimientos depresivos, cuando creen que “deberían de estar contentas” y pueden ser reticentes a manifestar sus síntomas o sus sentimientos negativos sobre el niño o la niña. El resultado de la enfermedad en sí mismo o la separación del hijo/a, pueden dar lugar a una deficiente relación madre-bebé, además de alterar el desarrollo emocional del hijo/a, como se mencionó anteriormente. Las autoras subrayan la conveniencia de evaluar el estado de ánimo de las mujeres gestantes, con el fin de identificar a las de alto riesgo de presentar una alteración emocional. Para ello, proponen el empleo de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), cuya versión en español demostró tener adecuadas propiedades psicométricas (validez de constructo y consistencia interna) al ser aplicada en una muestra de 360 mujeres embarazadas que acudieron a la consulta externa del INPer. La escala tiene la ventaja de que puede ser contestada en cinco minutos; asimismo, puede ser aplicada por el personal de salud del primer nivel de atención, que de esta manera podría canalizar a las mujeres en riesgo, con las y los especialistas en salud mental, para la confirmación o no, de un episodio depresivo. Cabe destacar que la probabilidad de padecer esta alteración aumenta en la medida que la mujer obtiene una puntuación mayor en el EPDS. La aplicación de instrumentos de tamizaje y autorreporte, como éste, en los hospitales y clínicas del Sector Salud, podría ser el primer paso para el diseño e instrumentación de programas de prevención primaria de las enfermedades mentales, las

cuales, además, conllevan un gran dolor y sufrimiento para las mujeres, así como severos conflictos en la dinámica familiar.

El artículo referente a los “signos de alarma” en la salud mental del bebé, plantea el importante tema de la identificación temprana de las alteraciones que afectan al niño muy pequeño. Naturalmente, se describen no sólo los síntomas que hay que buscar o identificar en el lactante mismo, sino también de modo muy importante, las relaciones que el bebé tiene con otros personajes de su entorno. Sin embargo, es común que los síntomas que muestra el bebé desde el primer año de vida, sean pasados por alto o que el clínico asuma que van a desaparecer espontáneamente. Problemas como el llanto excesivo y las dificultades alimenticias, así como las del sueño, causan un gran sufrimiento al bebé y a sus padres, los cuales a menudo, pueden sentirse frustrados, por “no estar haciendo lo correcto” o porque “la culpa es de ellos”. Los padres se preocupan por el bebé y a menudo no saben qué hacer, sobre todo cuando la dificultad es grave. El artículo enfatiza los signos de alarma, cuándo hay que preocuparse y qué observaciones pueden orientar al clínico a encontrar tales signos. Se describe el significado de eventos como el alto nivel de estrés, los efectos de presenciar escenas de violencia o el maltrato ¹². El obtener suficiente energía y proteínas en su alimentación, crecer, dormir, mantenerse en estado de alerta o estar contento, comunicarse con los demás y desarrollar una relación con otros seres de su alrededor; son tareas que pueden ser difíciles para el niño o niña en la primera infancia, tareas que a menudo se dan por descontadas, o se piensa que son simplemente automáticas o intuitivas. La realidad es que el bebé tiene a veces mucha dificultad para alcanzar esas metas. El identificar tales obstáculos y ayudar al lactante y a sus padres a vencerlos, permite iniciar, lo más pronto posible, acciones conducentes a resolverlos y así ayudar a tener un mejor resultado a largo plazo.^{13, 14} Del mismo modo, el identificar situaciones como aquéllas, en que la madre o padre no gozan la relación con el bebé, en que hay violencia interpersonal o depresión materna, ayudarán mucho a intentar un programa de intervención temprana.¹⁵

Feinholz presenta un panorama transcultural de las consecuencias psicológicas y sociales que se observan en los hijo(a)s productos de embarazos no previstos. El trabajo es una recopilación interesante, ya que básicamente todos los trabajos que reporta, basan su definición de no previsto, en deseos explícitos de la madre de abortar o de rechazo a su bebé. Esta situación permite operacionalizar el término, ya que como en el trabajo mismo se señala, el concepto de “embarazo no deseado”, conlleva dificultades conceptuales y metodológicas, ya que el deseo se modifica de acuerdo con una serie de factores externos,^{16,17} de ahí que se proponga el uso del término “no previsto”. La importancia de este trabajo radica en la recopilación de investigaciones de países, tanto del continente americano como europeo, que dan cuenta de las consecuencias a distintos niveles, que puede tener la decisión de no interrumpir un embarazo no previsto. Se describe en el trabajo cómo estos niños nacen en condiciones de salud menos ventajosas, ya que el deseo y la planeación del embarazo se han asociado con conductas prenatales inadecuadas, así como con una tasa más alta de lactancia. Cuando se plantea la posibilidad de interrumpir un embarazo no previsto, se evocan dilemas morales que tienen que ver con causar la muerte de un ser humano. En este artículo, Feinholz presenta resultados de algunos trabajos realizados en Suecia y en Bolivia, que muestran como “el no deseo” o “el rechazo de los embarazos” tienen como resultado la muerte de estos bebés. Describe también, a lo largo de diversos trabajos, entre ellos (estudios longitudinales de treinta años de seguimiento) cómo las relaciones entre las madres y los bebés, productos de embarazos no previstos, presentan alteraciones graves y cómo se afecta la autoestima de la madre que tiene que criar un hijo que no quería tener. Todo esto se refleja en estilos y condiciones de crianza que se traducen en problemas severos de adaptación social y escolar;

presentando estos niños y niñas, mayores problemas de rendimiento académico, problemas de socialización con maestros y compañeros, utilización de alcohol y drogas, necesidad de apoyo psicológico y la formación de parejas con características similares. Un resultado que llama la atención, es el hecho de que a pesar de que el efecto del “no deseo” parece disminuir con el tiempo, éste parece ser más acentuado en las mujeres que en los varones. Una de las conclusiones del trabajo de Feinholz, es la necesidad de ponderar el efecto del “no deseo”, en términos del contexto familiar en que se da el embarazo y la magnitud y la operacionalización del concepto del “no deseo”. Además, señala la conveniencia de llevar a cabo y ampliar en México, estudios acerca de los efectos de los embarazos no previstos en los hijo(a)s, ya que se sabe que la tasa de embarazos no planeados y no previstos en nuestro país, son elevadas.

Aisenstein realiza una interesante reseña de los problemas sociales y culturales que afectan a las personas que migran, desde Latinoamérica hasta la Unión Americana, en particular los que llegan a la ciudad de Washington. Hace particular énfasis en los diversos orígenes en cuanto a las condiciones de conflicto emocional (potencialmente originadoras de perturbaciones), durante el desarrollo posterior de los hijos. Visto en una perspectiva temporal, el trabajo es una descripción: desde el ingreso del migrante a ese país, en forma ilegal; la forma en como son sometidos física y emocionalmente por el traficante de personas, llegando al extremo de que tal sometimiento puede implicar la violación de las mujeres; pasa por el hecho de que con frecuencia la migración se hace de manera individual, lo que representa la desunión familiar y la potencial creación de nuevos núcleos más inestables y menos formales, que en el lugar de donde migraron. El papel de los roles de género, también resulta trascendente, tiende a perpetuarse y sin embargo se produce uno de los choques culturales más importantes que tiene la familia del migrante: encontrarse con hábitos, costumbres y leyes que no favorecen tales conductas. Los hijos se convierten así, en los “mediadores” entre la nueva y la vieja cultura, aprenden mejor el nuevo idioma y se adaptan con mayor facilidad a los nuevos estilos de vida, incluso perciben que pueden ejercer ciertas libertades y poder, apoyados en las leyes orientadas a darles seguridad y protección. Esto genera temor en algunos padres que prefieren mandar a sus hijos a sus lugares de origen, para que aprendan a ser como ellos y no pierdan su cultura y tradiciones, esto tiene sin embargo, otras consecuencias: la sensación de abandono por parte de los padres y no tener una identidad definida. La autora presenta algunas viñetas sobre casos específicos, donde hace énfasis en la problemática del apego de los padres a los hijos.

Hernández y Poot plantean en su trabajo, los elementos del contexto social en las ciudades de la frontera norte de nuestro país, que favorecen o dificultan el logro de sentimientos de pertenencia e identidad en menores de edad, hijos/as de familias migrantes, a partir de tres ejes: la cultura, la familia y la identidad. Respecto de la cultura, aportan varias definiciones entre las que destacan: la cultura entendida como la dimensión simbólica-expresiva de todas las prácticas sociales, incluidas sus matrices subjetivas (lo que se conoce como *habitus*) y sus productos materializados en forma de instituciones o artefactos. También se concibe como el conjunto de signos, símbolos, representaciones, modelos, actitudes y valores inherentes a la vida social. Mencionan, asimismo, que el carácter y comportamiento de un individuo es el resultado de reglas sociales, de costumbres sancionadas por medidas explícitas de una sociedad y que han funcionado en algunos espacios; la formación de los sentimientos y valores se basa por lo general en el aparato cultural de la sociedad. Consideran que la identidad de un ser humano emerge y se confirma, sólo con la confrontación social o espacial de otras identidades en el proceso de interacción social, la cual frecuentemente implica una relación desigual y por consecuencia, confrontación de la personalidad externa e interna. Enfatizan en su trabajo el hecho de que cada individuo porta una importante carga cognoscitiva de aspectos que lo hacen sentirse parte de un grupo, una cultura o una sociedad, portando a su vez una

identidad consciente e inconsciente; toda esa carga cognoscitiva la adquirió en sus primeros años de la vida en el núcleo familiar.

Los autores consideran que la identidad es aprendida como una modalidad particular de construcción en la realidad, y también que la realidad que nos rodea, es aprendida por medio de imágenes, sonidos, historias y relatos transmitidos por generaciones; estas representaciones sociales son un parámetro de comparación con el mundo exterior, en función de un proyecto y una historia. La identidad regional es de suma importancia cuando nos referimos a los miembros que integran a las familias migrantes. Todos estos elementos son parte de un sistema de valores que los miembros de la familia (a su vez miembros de una sociedad) interiorizan y materializan. Estos valores se mantienen con vigencia gracias a la integración constante con el medio ambiente, formando lo que se conoce comúnmente como personalidad.

En el caso de la frontera norte de México, las cuatro grandes ciudades (Tijuana, Mexicali, Ciudad Juárez y Matamoros) representan aproximadamente 75% de la población fronteriza mexicana. En estas ciudades y en las zonas habitadas por migrantes, es común que se rompa la estructura tradicional de la familia y cuando la familia nuclear se empieza a desintegrar, suelen ocurrir casos en donde un solo adulto, es el responsable de los niños/as, quién además tiene que salir a trabajar. Por lo regular se trata de una mujer (madre soltera, abandonada o divorciada) lo cual incide en las condiciones de la calidad de vida a la que pueden tener acceso los menores de edad. En términos generales, las familias migrantes que llegan a la frontera norte se ven afectadas por la adversa distribución geográfica del país, así como por las características climáticas. La crianza y educación de las y los niños se encuentran en una situación delicada (debido entre otros a los siguientes factores: alto grado de desempleo, extrema pobreza, movilidad y alto crecimiento de la población y escasa interacción con autoridades civiles, jurídicas, morales o religiosas) que afectan directamente su salud física y mental, su personalidad y valores (como forma de relacionarse y conducirse socialmente). Una parte de los menores enfrentan problemas de delincuencia y farmacodependencia; en Ciudad Juárez abordan específicamente el problema del asentamiento de la colonia tarahumara, integrada aproximadamente por 60 familias, quienes conservan su lengua materna, practican sus juegos tradicionales, mantienen su indumentaria tradicional y celebran sus fiestas (12 de diciembre y Semana Santa) de acuerdo con sus tradiciones. Los autores destacan la necesidad de estudiar a profundidad los cambios en la identidad cultural que están enfrentando los menores de edad de esta minoría étnica.

Por último, Rodríguez plantea la importancia del momento del nacimiento, en el que los padres asignan el género a su hijo/a, como hombre o como mujer; en el cual se inicia un movimiento de construcción de la identidad de ese cuerpo a través del lenguaje, actitudes, expectativas, deseos y fantasías, que le son transmitidas desde ese momento y hasta su muerte; asignación que lleva la carga de lo transgeneracional de los propios progenitores. La autora hace hincapié en la necesidad de identificar lo que en cada grupo cultural se designa como masculino o femenino, antes de efectuar un diagnóstico de trastorno de identidad sexual en la niñez, en virtud de que ciertas conductas que pueden considerarse afeminadas en un grupo, en otro podrían ser un signo de masculinidad. Según el DSM-IV ¹¹ en los niños este trastorno se caracteriza, por un deseo vehemente de ser niña/mujer, acompañado de una acentuada preocupación por actividades que tradicionalmente se consideran femeninas. Asimismo, puede adoptar manierismos, formas de caminar, inflexiones de voz y gesticulaciones predominantemente afeminados. Además de evitar los juegos bruscos, juguetes y deportes típicamente masculinos; sus fantasías de ser mujer se reflejan en sus dibujos, ya por el tema repetido de bellas princesas, ya por la índoles de su composición ornamentada. En las niñas sigue iguales criterios, pero el comportamiento de ellas es a la inversa; por su predilección por lo masculino (ropa, accesorios, pelo corto, juegos bruscos, deportes rudos, sueños y



fantasías) y el hacerse llamar con nombres y apodos masculinos; las personas que no conocen a la niña, suelen confundirla con un niño. Llama la atención que a pesar de que las niñas tienden a presentar más comportamientos y deseos transexuales, ya sea que se trate de una población en general o de la clínica, existen menos informes de tratamientos psicoterapéuticos de niñas, debido a que al parecer, tanto los padres como la sociedad suelen tolerar mejor los comportamientos “marimachos” de una nena, que las conductas afeminadas de un chico. Advierte también del peligro de la transexualidad, que es un factor de riesgo considerable para el desarrollo de trastornos psicológicos de transvestismo, transexualismo y algunas formas de homosexualidad en la vida adulta.

Rodríguez coincide con Stoller¹⁸ en que ambos padres juegan un papel determinante en el trastocamiento de género, que se caracteriza por un abrazo prolongado de la madre, que identificada con su hijo, le intenta evitar hasta las frustraciones inherentes a su desarrollo y un padre coludido con la madre, que por su ausencia no ejerce su función de corte; del lado de la niña, se trata de una perturbación de la simbiosis que resulta más peligrosa cuando va aunada a la presencia intrusiva del padre. Lo anterior, con base en la experiencia de haber entrevistado a diez parejas de progenitores residentes del área metropolitana del Valle de México, que la consultaron por un trastorno de identidad de género en uno de sus hijos (nueve del sexo masculino y uno por su hija del sexo femenino). Señala también que todas las madres presentaban una depresión crónica y algunas incluso una “doble depresión”; todas ellas tenían una mala relación con sus propias madres y habían sufrido maltrato psicológico y físico (dos de ellas, víctimas también de incesto). Ocho de los diez padres mostraron evidentes dificultades en su relación con las mujeres, además de francos conflictos para integrar sus identificaciones femeninas y fuertes problemas en la relación afectiva con sus propios padres; ninguno de los padres de este grupo consideraba deseable la identificación con su propio progenitor, por su ausencia, que en el mejor de los casos, les dejó un vacío y en el peor (pasando por el maltrato a la madre) les parecía una figura patética, denigrable y sometida por debilidad y miedo al agresor, que era generalmente la madre. Los matrimonios entrevistados presentaban algún grado de disfuncionalidad en su vida sexual conyugal y siete de los diez, vivían en constante discordia y/o en violencia conyugal. La observación clínica de las posturas y gestos de los niños, no son otra cosa que una imagen en espejo, de la de sus propios padres quienes no se pudieron percatar de tal fenómeno.

Finalmente, es de interés de los editores hacer una reflexión sobre las cuestiones metodológicas inherentes a los trabajos presentados en éste número, y en general, dirigidas al profesional que se desempeña en ciertas áreas del campo psicoterapéutico. Considérese parte de los diseños, desde la perspectiva cualitativa con el diseño, que hay que localizar y saturar el *espacio simbólico*, el espacio discursivo sobre el tema a investigar. Por eso mismo, en el momento del diseño técnico, se intenta saturar la *estructura* (es decir, los lugares de enunciación de discursos). El diseño cualitativo supone una radicalización del componente estratégico.¹⁹

En la investigación cualitativa, se pretende la determinación dialéctica del sentido, mediante la operación de “desentrañar significados” siempre en relación con los objetivos delimitados. El diseño cualitativo es abierto, tanto en lo que concierne a la selección de participantes –actantes en la producción del contexto situacional, así como en lo que concierne a la interpretación y análisis, es decir, la articulación de los contextos situacional y convencional– ya que tanto el análisis como la interpretación se conjugan en el investigador (en tanto sujeto de la investigación), que es quien integra lo que se dice y quien lo dice. Por contexto situacional se puede entender la red de relaciones sociales que despliega la técnica como artefacto –nunca neutral–; por contexto convencional, se entiende a la red de relaciones lingüísticas que despliega la técnica –nunca inocente–. Así pues, en la investigación cualitativa

el investigador es el lugar donde la información se convierte en significación (y en sentido), dado que la unidad del proceso de investigación, en última instancia, no está ni en la teoría, ni en la técnica –ni en la articulación de ambas– sino en el investigador mismo.¹⁹ Entiéndase en esta última afirmación, todo el peso que representa la interpretación teórica y su contextualización en la experiencia del observador–investigador.

Véase pues una manera de ver y hacer la investigación, que contempla a la realidad y al proceso mismo de observación desde una perspectiva particular, ni mejor ni peor que la cuantitativa, pero que tiene sus campos específicos de aplicación, en donde suele ser mejor para ver la “realidad” que nos interesa y, sobre todo, poderla interpretar de forma tal que cuestione o refuerce los conceptos y sus sustentos teóricos.

Esperemos que la lectura de estos trabajos represente un ejercicio conceptual interesante.

Teresa Lartigue, J. Martín Maldonado-Durán,
Dafna Feinholz y Héctor Ávila-Rosas
Editores huéspedes

REFERENCIAS

1. Lebovici S, Weil-Halpern F (eds.) *Psicopatología del bebé*. México: Siglo XXI; 1995.
2. Zeanah CH (ed.) *Handbook of infant mental health*. New York: The Guilford Press; 2000.
3. Lartigue T, Maldonado-Durán M, Ávila-Rosas H. (comps.) *La alimentación en la primera infancia y sus efectos en el desarrollo*. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana/Plaza y Valdés; 1998.
4. Maldonado-Durán M, Denegre J, Feintuch M. Debbie: una niña con trastornos del sueño y la autorregulación. *Comentarios*: Pérez de Plá E, Reyes de Polanco N, Casamarid J y Salinas JL, Saucedo JM. *Cuadernos de Psicoanálisis* 2000; XXXIII (3-4): 176-221.
5. Osofsky JD, Fitzgerald HE. (eds.) *WAIMH Handbook of Infant Mental Health*. Vol. I, II, III y IV. New York: WAIMH/ John Wiley & Sons; 2000.
6. Luz MT. Cultura contemporánea y medicinas alternativas: nuevos paradigmas en salud a final del Siglo XX. En: MN Bronfman y R. Castro (coords.) *Salud, Cambio social y políticas. Perspectivas desde América Latina*, México: EDAMEX/Instituto Nacional de Salud Pública; 1999. p. 362-82.
7. León NA, López MI. Desarrollo prenatal. En E. Dallal (ed.) *Caminos del desarrollo psicológico*. Vol. I De lo prenatal al primer año de vida, México: Plaza y Valdés; 1997. p. 21-82.
8. Fonagy P. The development of psychopathology from infancy to adulthood: The mysterious unfolding of disturbance in time. Conferencia magistral presentada en el Congreso Internacional de la World Association of Infant Mental Health, Montreal Canadá, Julio 28 del 2000.
9. Zolla, C (Director). *Diccionario enciclopédico de la medicina tradicional mexicana*. Volúmenes I y II, México: Instituto Nacional Indigenista, 1994.
10. Cooper PJ, Tomlinson M, Swartz L, Woolgar M, Murray L, Molteno C. Post-partum depression and the mother-infant relationship in a South African peri-urban settlement. *Br J Psychiat* 1999; 175: 554-58.
11. Asociación Psiquiátrica Americana. *DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, 1994 edición en inglés, 1995 en español.
12. Kerker BD, Horwitz SM, Leventhal JM, Plichta S, Leaf PJ. Identification of violence in the home: Pediatric and parental reports. *Arch Ped Adol Med* 2000; 154: 457-62.
13. Sidebotham, P. Failure to thrive. *Arch Dis Child* 2000; 82: 428.



14. Wright C, Loughridge J, Moore J. Failure to thrive in a population context: Two contrasting studies of feeding and nutritional status. *Proc Nutr Soc* 2000; 59: 37-45.
15. Wright RJ. Identification of domestic violence in the community pediatric setting. Need for protect mother and children. *Arch Ped Adol Med* 2000; 154: 431-3.
16. Adler NE. Unwanted pregnancy and abortion. Definitional and research issues. *J Soc Issues* 1992; 48(3): 19-35.
17. Rosenzweig MR, Wolpin KI. Maternal expectations and ex post rationalizations. The usefulness of survey information on the wantedness of children. *The Journal of Human Resources* 1993; 28(12): 205-29.
18. Stoller RJ. The development and pathology of gender identity. Panel current concepts of the development of sexuality. *Scientific Proceedings. Panel Repors. J Amer Psychoanal Assn* 1989; 37(3): 793-796.
19. Conde F. Las perspectivas metodológicas cualitativa y cuantitativa en el contexto de la historia de las ciencias. En: Delgado JM y J Gutiérrez (editores). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Editorial Síntesis; 1995. p. 53-68.