

ALGUNAS PROBLEMATICAS BASICAS DE LA PSICOLOGIA DEL DESARROLLO. **CARACTERISTICAS DEL PERIODO NEONATAL**

Lic. María Florencia Biotti,
Lic. María Laura Panighetti

La historia de un ser humano comienza mucho antes de su nacimiento tanto en lo referente a lo biológico como a lo cultural y psíquico. No podía ser de otra manera si tenemos presente la constante danza entre continuidad y cambio en la que tiene lugar el desarrollo. De todas maneras, es necesario ubicar un punto desde dónde empezar a pensar y en esta oportunidad se trata del momento del nacimiento, sabiendo que el mismo es tanto un punto de partida como un punto de llegada.

Como todo aquello inherente al desarrollo humano, el nacimiento y el período neonatal comprenden una complejidad singular dada la diversidad de aspectos que implica su abordaje. En este trabajo, nos proponemos reflexionar acerca de algunas generalidades que atañen a la Psicología del Desarrollo, como disciplina en su totalidad, para luego sumergirnos en la especificidad del período neonatal, que comprende tanto las funciones corporales, sensoriales y motrices, como la dimensión familiar. Para finalizar, no podemos dejar de pensar las implicancias del rol del psicólogo en neonatología.

ALGUNAS PROBLEMATICAS BASICAS DE LA PSICOLOGIA DEL DESARROLLO

Entendiendo el desarrollo como un patrón de cambio complejo, es necesario aclarar que el mismo no sucede de manera arbitraria, sino que respeta leyes que lo regulan. Estas leyes, pensadas para el organismo en tanto biológico, muestran un cambio sistemático de pautas desde su comienzo hasta la madurez. Luego, algunos de estos principios, son posibles de ser pensados por el psicólogo para evaluar ciertos aspectos del desarrollo, que se extienden más allá del marco puramente biológico.

Leyes o principios del desarrollo

Stone y Church¹, definen los cinco principios de la siguiente manera:

1. Diferenciación
2. Subordinación funcional
3. Direcciones del crecimiento
4. Crecimiento asincrónico
5. Discontinuidad en el ritmo del crecimiento

A continuación consideramos cada uno de ellos más detalladamente.

1. Diferenciación

El desarrollo, tanto de la estructura como de la actividad, se va produciendo de lo simple a lo complejo, de lo homogéneo a lo heterogéneo, de lo general a lo específico. Por ejemplo, las primeras células formadas por la cigota son todas de la misma clase, difieren entre sí solamente por la posición. La diferenciación dará lugar a que las células cambien de

¹ Stone, Joseph y Church, Joseph. Niñez y adolescencia. Hormé. 1979. Bs. As.

carácter, formando diferentes clases de tejidos con funciones especializadas y devengan huesos, piel, tejido, etc.

Este principio también se aplica a nivel psicológico. Si pensamos en el recién nacido, su conducta comienza siendo de una calidad indiferenciada y luego poco a poco comienza a diferenciarse. Podemos encontrar un ejemplo en el llanto. Al principio el bebé llora con todo su cuerpo, más tarde sus movimientos se especializan. Al principio sus reacciones de malestar son siempre semejantes, luego se vuelven más específicas, de modo que es posible reconocer distintos llantos para el hambre, el dolor, etc.

2. Subordinación funcional

Las estructuras y funciones diferenciadas se combinan y organizan creando pautas nuevas con características emergentes propias. Por ejemplo, en el feto, el hígado, el páncreas y el estómago funcionan sin relacionarse entre sí. Una vez nacido el bebé, estas estructuras deben subordinarse para dar lugar a la función de digestión.

La vista y el movimiento de la mano, que funcionaban independientemente uno de otro, se subordinan a través de la coordinación óculo-manual al servicio de alcanzar un objeto deseado.

3. Direcciones del crecimiento

Las direcciones del crecimiento son céfalo-caudal y próximo-distal:

- Céfalo-caudal (cabeza-cola): describe el hecho de que el crecimiento en estructura y función se continúa en dirección hacia abajo del cuerpo, con la extremidad cefálica tomando prioridad sobre la extremidad caudal.
- Próximo-distal: se refiere a que el desarrollo se continúa de lo cercano a lo lejano, por fuera del eje central del cuerpo y hacia las extremidades.

Este principio comparte con los otros la característica de ser válido desde la vida prenatal. Así, tiene lugar primero el desarrollo de la cabeza, luego seguirán las otras partes del cuerpo. Por otro lado, primero será el desarrollo de los brazos para luego desarrollarse las manos y los dedos.

Luego del nacimiento será primero el sostén de la cabeza, más tarde la posición sedente, y después la marcha.

4. Crecimiento asincrónico

Las partes y sistemas del organismo no se desarrollan de manera uniforme o en su totalidad al mismo tiempo, sino que lo hacen en tiempos diferentes, en forma asincrónica. Este principio sigue teniendo lugar durante todo el desarrollo.

Por ejemplo, en la etapa preescolar a la que se refieren Stone y Church², las proporciones físicas se alteran. Las piernas crecen más en relación al resto del cuerpo.

Luego se desarrollará específicamente acerca de la discusión sobre sincronía y asincronía en el desarrollo.

² Stone, L. J. y Church, J. "El niño pre-escolar I", en Niñez y adolescencia. Bs. As. Lumen-Hormé. 1995

5. Discontinuidad en el ritmo del crecimiento

El ritmo del crecimiento tampoco es uniforme sino que se da de manera discontinua. Se acelera durante la primera infancia, luego durante la latencia o años intermedios de la niñez se aminora, o sea que el tiempo rápido y brusco de los primeros años ha dado lugar, temporariamente, a una pauta de cambio más gradual que volverá a acelerarse en la pubertad.

Dado que cada una de estas leyes no puede ser observada como fenómeno en forma aislada del resto de los elementos y condiciones que determinan el desarrollo del niño, es que sostenemos que solo en el conjunto podremos descubrir y trabajar con las diferentes modalidades y características que hacen a la singularidad de cada ser humano. Así, por ejemplo, tal como expresa Gesell³, nuestro interés por evaluar de manera estrecha y abstracta nos ha llevado a subestimar algunos aspectos, al referirse a crecimiento, en tanto crecimiento también mental, y que *"sólo pueden ser corregidos con un estudio amplio y plurilateral del proceso total del desarrollo infantil."* Lo cual, a su vez, permitiría superar ciertas dificultades. *"Para reducir estos errores de interpretación es necesaria la aplicación prudente de normas críticas de desarrollo."* Y luego agrega que *"existen, sí, leyes de continuidad y de maduración que explican las semejanzas generales y las tendencias básicas del desarrollo infantil. Pero no hay dos niños (...) que crezcan exactamente de la misma manera. Cada niño tiene un ritmo y un estilo de crecimiento tan característico de su individualidad como sus facciones."* Si bien el feto, el neonato, el niño, y el ser humano en su totalidad están gobernados por todas estas mismas leyes del desarrollo, desde el punto de vista de los diversos campos de la conducta también se reconoce una correspondencia a leyes comunes. *"Sostenemos, simplemente, que existen leyes de crecimiento y mecanismos evolutivos que tanto se aplican al cuerpo como a la mente"*. Como se ha dicho anteriormente, el niño siempre reacciona como una unidad en sí mismo, por eso, no es posible encontrar delimitaciones claras sobre las distintas áreas de estudio. Si bien se hacen necesarias las clasificaciones por categorías, que faciliten la observación y el análisis para el diagnóstico, el desarrollo no se da como una simple extensión lineal, sino que la complejidad del ser humano permite abrir a discusiones tales como la de continuidad y discontinuidad, y la de sincronía y asincronía del desarrollo, entre otras.

Continuidad y discontinuidad

En la Psicología del Desarrollo ha habido históricamente algunas problemáticas que han despertado polémica, como por ejemplo la discusión acerca de la importancia que debía atribuirse a la naturaleza y a la crianza. Otra de las grandes discusiones es la que se refiere a continuidad y discontinuidad en el desarrollo. ¿Podríamos afirmar que el desarrollo es continuo, o deberíamos decir que se produce de manera discontinua? Si optáramos por una u otra posición la respuesta sería correcta, pero incompleta. Una de las características del desarrollo es el cambio que se da de manera generalmente continua y algunas otras veces de manera discontinua. Por ejemplo, en el período neonatal podríamos pensar la continuidad de la vida post natal con respecto a la vida prenatal. La posición del bebé en la cuna recuerda la posición del feto dentro del útero, poco a poco su cuerpo irá encontrando otras maneras de acomodarse en un medio tan distinto a aquel en el que estaba. Los reflejos comprenden otra manifestación de las semejanzas entre un momento y otro, así como también el ritmo del sueño recuerda a aquel de la vida intrauterina. Sin embargo, han tenido lugar algunos cambios que marcan un momento de discontinuidad importante (nos referimos a un cambio cualitativo como generalmente sucede en los momentos de discontinuidad), el bebé ha comenzado a utilizar sus pulmones para respirar, ha puesto en acción todo su sistema digestivo, ha comenzado a regular la temperatura de su cuerpo, aunque esto último aún con cierta dificultad.

³ Gesell, A. El niño de 1 a 5 años. Ed. Paidós. 1966. Argentina

Los organismos vivos no tolerarían una frecuencia ininterrumpida de cambios abruptos, por lo cual los momentos de discontinuidad se generan cuando es realmente necesario para el desarrollo. En este sentido, Ausubell y Sullivan⁴ plantean que existen factores que contribuyen a la continuidad en el desarrollo e intervienen para amortiguar el cambio repentino, y factores que contribuyen a la discontinuidad del desarrollo, que permiten el desequilibrio y la reorganización.

Sincronía y Asincronía

A los fines que nos interesan en relación a nuestra tarea como psicólogos es interesante poder pensar las leyes que han sido formuladas, en función del desarrollo en su totalidad. Así vemos, por ejemplo, como el crecimiento asincrónico se corresponde también con la asincronía de las áreas de la conducta descritas por Gesell⁵: motriz, adaptativa, del lenguaje, persona-social.

Como se dijo anteriormente, las categorías facilitan el análisis, pero solo se podrá tener una visión panorámica del desarrollo, en tanto se tome al niño como un ser complejo y único. En este sentido, los campos principales de la conducta, que se suceden con relativa independencia entre sí, se convierten así en puntos de referencia para estimar la madurez de la conducta observada en cada niño. En la medida en que se coteje cada campo con el esquema cronológico correspondiente, se podrá estimar la mayor correspondencia entre los campos. Esta estimación aproximada permitirá establecer si la correspondencia es total o parcial, y en consecuencia, si el niño presenta el desarrollo esperable para su edad cronológica en cada una de las áreas de la conducta, si presenta el desarrollo esperable con restricciones en alguna de las áreas, o si presenta un desarrollo por debajo de lo esperable en cada una de las áreas de la conducta para su edad cronológica, dando cuenta de la sincronía o asincronía en su desarrollo evolutivo.

CARACTERISTICAS DEL PERIODO NEONATAL

El periodo neonatal

Abordaremos este período desde diferentes puntos de vista, abarcando los aspectos fisiológicos, las características del vínculo temprano, la dimensión familiar y, por último, el rol del psicólogo en la neonatología. Estos puntos serán discriminados, para su mejor comprensión, a los fines didácticos.

Antes de comenzar a desarrollar esta temática, es pertinente realizar una distinción entre dos conceptos, dado que existe una tendencia generalizada a confundirlos y a tomarlos como sinónimos, estos conceptos son: RECIEN NACIDO y NEONATO.

- Recién nacido: denomina al bebé inmediatamente después del momento de haber nacido, es decir en los primeros minutos posteriores al nacimiento hasta la primera semana.
- Neonato: se refiere al bebé desde la primera semana hasta el primer mes de vida, término del cual deriva la denominación del PERIODO NEONATAL, que comprende el primer mes de vida del bebé.

⁴ Ausubell, D. y Sullivan, E. El desarrollo Infantil. Ed. Paidós. 1963

⁵ Gesell, A. El niño de 1 a 5 años. Ed. Paidós. 1966. Argentina

¿Cómo es un recién nacido? ¿Qué aspecto tiene?

El recién nacido tiene un peso promedio de 3,400 Kg. Su promedio de longitud es de unos 50cm, valores que variarán de acuerdo a la diferencia entre los sexos, los varones suelen tener mayor talla y peso que las niñas.

La piel del bebé puede estar arrugada, tener poca elasticidad, presentar un vello muy fino en algunas zonas de la espalda, hombros y rostro (denominado lanugo). La coloración de esta puede oscilar entre la palidez y el rosado, en general los recién nacidos presentan una coloración rojiza, aún en aquellos que posteriormente tendrán una piel oscura. Los ojos y el cabello no presentan el color definitivo.

Con relación a las proporciones corporales, la cabeza es más grande que el resto del cuerpo; el cráneo presenta 6 zonas blandas o fontanelas que permiten su expansión hasta que se cierra alrededor de los 18 meses.

Una vez que ha nacido el bebé, el médico realiza un examen físico del recién nacido donde evalúa, el peso, la talla y el perímetro cefálico. Estos valores se consignan en la historia clínica. Una evaluación adecuada del recién nacido supone utilizar la escala APGAR, cuya utilidad consiste en evaluar la vitalidad neonatal. Esta escala debe ser administrada al primer, quinto y décimo minuto de vida. De acuerdo al puntaje alcanzado, esto determinará los pasos a seguir (ver "Desarrollo prenatal y nacimiento"⁶).

Los procesos fisiológicos son tan necesarios y fundamentales para la supervivencia del recién nacido que se hace necesario estudiarlos, es por ello que nos dedicaremos brevemente a su descripción. En estos procesos, que abarcan las funciones corporales, sensoriales y motrices del recién nacido, podemos observar la transición de la vida prenatal a la postnatal. Por ejemplo, el recién nacido debe adquirir una nueva pauta circulatoria.

Funciones corporales

1. Respiración

Constituye una nueva actividad para el recién nacido. Al principio los pulmones están congestionados por las mucosidades y el líquido amniótico. El conjunto de músculos que intervienen en la respiración están coordinados de manera diferente durante las primeras semanas de vida, es por ello que la respiración del neonato suele ser ruidosa, irregular y superficial. Son típicas las variaciones en la frecuencia y el ritmo en función de la actividad física, el estado de vigilia o el llanto. En reposo, la frecuencia normal es de 30/40 respiraciones por minuto.

2. Digestión

A diferencia del período prenatal, durante el cual el feto se alimenta a través del cordón umbilical, ahora debe incorporar los alimentos por la boca (ingesta). Éste cuenta con las enzimas necesarias para la digestión, es capaz de asimilar los alimentos casi inmediatamente. El pecho materno no segrega leche sino hasta 2 días después del parto, mientras tanto segrega una sustancia lechosa denominada calostro, que posee un alto valor nutritivo. Al principio el neonato se manifiesta hambriento a intervalos irregulares, pero al final de la primera semana, los intervalos oscilan entre 2 y 5 horas, tomando una cantidad de 50c.c. cada 3 hs. aproximadamente.

⁶ García, M. J. y Landeira, S. "Desarrollo prenatal y nacimiento", Ficha Dpto. Publicaciones. Facultad de Psicología, UBA. 1997

Las primeras heces suelen evacuarse durante el transcurso de las 24hs. siguientes al nacimiento, y consisten en meconio. Las heces características del lactante aparecen tras un intervalo de 3 o 4 días. La frecuencia de defecación guarda relación con la frecuencia de la cantidad de alimento ingerido, llegando a un promedio de 3 a 5 deposiciones diarias al final de la primera semana.

3. Circulación

El pasaje de la circulación de la etapa prenatal a la postnatal comienza al mismo tiempo que la respiración. La circulación a través del cordón umbilical cesa después de unos momentos de nacido el bebé, permitiendo el corte del cordón. El recién nacido tiene un pulso muy rápido: 140 por minuto, pero la presión sanguínea es baja.

4. Regulación de la temperatura

Al nacer, el bebé entra en un medio nuevo con una temperatura sustancialmente más baja que el medio uterino (temperatura fetal: 37°). El sistema que regula la temperatura no funciona con mucha efectividad en las primeras semanas, por ello, la temperatura corporal es relativamente inestable. Los mecanismos del control de la temperatura se desarrollan lentamente por ello el neonato es muy permeable a las modificaciones y variaciones de temperatura externa, fácilmente sufre un exceso de calor o de frío. Además el recién nacido, tiene menos tejido graso (que sirve de aislante) que el adulto, y pierde calor mucho más rápido.

5. Sueño

El neonato pasa la mayor parte del tiempo durmiendo, apaciblemente, casi sin moverse, sólo por breves momentos permanece despierto cuando tiene hambre o tiene alguna molestia. Durante las primeras semanas hay diferencias de grado entre el sueño y la vigilia. La alternancia entre sueño-vigilia está relacionado a sus necesidades y a la satisfacción de las mismas. Cada bebé tiene su propio ritmo de sueño-vigilia, puede dormir con ruidos ambientales, que los adultos podrían considerar intolerables (conversación entre adultos, televisión, radio, etc.).

Funciones sensoriales

1. Audición

Cuando se encuentra en calma, despierto y no llora el neonato oye perfectamente. Por otra parte, un ruido demasiado intenso o de elevada frecuencia puede provocar un entrecerrar de los párpados, llanto, reacciones de sobresalto, etc. A partir de los 3 ó 4 meses es capaz de girar la cabeza para orientarla en la dirección del ruido.

Como ya ha sido demostrado el feto, en el curso de los 3 últimos meses de gestación, se familiariza cada vez más con las características particulares (tonalidad y entonación) de la voz de su madre y, en una menor medida, de las otras personas de su entorno próximo. Así, desde el nacimiento, los investigadores han podido demostrar que el neonato mostraba una neta preferencia por su lengua materna, de la que reconoce los rasgos distintivos. Aún si los recién nacidos prefieren netamente escuchar la lengua que han oído durante su vida fetal, tienen la capacidad de reconocer los 150 fonemas (un fonema corresponde al más pequeño sonido aislable de una lengua) que componen todas las lenguas habladas en el mundo. Todos los niños nacerían con esta aptitud, cualquiera sea la lengua que hayan oído en el curso de la

gestación y aún si no hubiera ninguna, esta capacidad para percibir los sonidos extraños a su propia lengua desaparece alrededor de los 10 meses, período en el cual el niño manifiesta una neta preferencia por su lengua materna y comienza verdaderamente su aprendizaje.

Además, como se explica en el Tratado de Pediatría (Nelson)⁷, los recién nacidos otorgan atención preferentemente a las voces agudas o femeninas y durante la primera semana de vida vuelven la cabeza más rápidamente hacia el sonido de la voz de su madre que hacia voces extrañas, son incluso capaces de distinguir un sonido familiar en la voz materna. Más aún, la conducta motora reacciona al ritmo del habla de una persona que está estableciendo con él una relación social. Esta respuesta a la estimulación vocal tiene importancia para el establecimiento de vínculos sociales y su ausencia puede ser indicio de anomalías.

2. Visión

La visión, que no puede ejercerse verdaderamente en las condiciones de la vida intrauterina, será ampliamente estimulada al nacimiento. Así, el lactante es capaz de establecer la diferencia entre la noche y el día desde el nacimiento, una luz demasiado intensa le hará entornar los ojos. Su visión es, ciertamente, menos precisa que la del adulto, su campo visual es restringido y su distancia de visión limitada a 20 ó 30 centímetros.

Sin embargo, presenta una actividad visual exploratoria espontánea: puede fijar la mirada y seguir con los ojos una fuente luminosa. Parece igualmente que eligiera lo que quiere mirar; se encuentra más atraído por los rostros humanos que por los objetos inanimados. Si el sistema visual no tiene un papel preponderante durante la vida fetal, opera desde el nacimiento y se desarrolla muy rápidamente bajo el efecto de la maduración y del ejercicio como respuesta a los diferentes estímulos recibidos. Entre los 4 y los 5 meses el desarrollo de la visión alcanza el nivel del adulto.

3. El gusto

Se encuentra presente y ya desarrollado al momento del nacimiento. De manera general, un recién nacido de pocos minutos de vida responde con una mueca de rechazo (Reflejo gusto-facial) si se deposita dentro de su boca un gusto amargo o ácido, en tanto que responde con una mímica de contento en presencia de un gusto azucarado como se podría observar en el feto. Este reflejo es utilizado por los investigadores para estudiar los umbrales de percepción de los diferentes gustos según su dilución. Además, el feto se ha habituado durante la vida intrauterina a ciertos gustos que corresponden a la alimentación materna. Ellos serán reconocidos y preferidos por el lactante.

4. El olfato

Al igual que el gusto, se encuentra presente y ya desarrollado al momento del nacimiento. La percepción de los olores juega, por otra parte, un papel más importante en los bebés que en los adultos. En efecto, si aún el olfato no ha sido verdaderamente ejercitado durante el período intrauterino se desarrollará rápidamente en el medio aéreo como consecuencia de las numerosas estimulaciones ofrecidas. Actualmente, está completamente establecido que ya a los pocos días de vida el recién nacido reconoce el olor de la madre: una vestimenta impregnada de este olor lo calma o lo adormece más fácilmente.

5. El tacto

⁷ Tratado de Pediatría de Nelson. 15ª. ed. Madrid, McGraw Hill, 1996.

La sensibilidad táctil ha sido ya largamente ejercitada durante todo el período de vida intrauterina. Al momento del nacimiento los contactos corporales, particularmente con la madre, jugarán un papel esencial en el desarrollo neurológico. Todos los profesionales de la primera infancia subrayan el rol fundamental de la estimulación táctil en el curso de los primeros meses. En numerosas culturas estos contactos son considerados como muy importantes. Las madres africanas no dudan en tener un contacto "piel a piel" con su bebé para su buen desarrollo futuro. En la India, las madres practican rituales de masajes y caricias a todos los recién nacidos. Parece que las numerosas estimulaciones motrices y táctiles aplicadas en esas culturas tienden a propiciar un desarrollo postural más precozmente que en nuestras sociedades industriales. Además, la actividad propia del lactante, es también el origen de contactos importantes para su desarrollo. Desde que puede, el recién nacido intenta poner sus manos en contacto con su boca o juntar las dos manos, poco después utilizará su boca para explorar los objetos del mundo que lo rodea. Por otra parte, la mayor concentración de los receptores cutáneos se encuentra alrededor y dentro de la boca.

Todo lo desarrollado da cuenta que los sistemas sensoriales funcionan ya en el feto en la vida intrauterina. Este funcionamiento se acerca mucho al de la vida neonatal, momento en el cual se logra la puesta en funcionamiento y el ajuste de estos sistemas sensoriales en un ambiente diferente.

Funciones motrices

Las funciones motrices, tal como las observamos en el adulto son producto de un largo proceso que comienza en el período prenatal.

"Más que hablar del desarrollo de la motricidad debemos hablar del desarrollo de la psicomotricidad, término que define mejor la realidad madurativa del niño. El desarrollo psicomotor, proceso indiferenciado del desarrollo global del sistema nervioso, comporta la adquisición de un conjunto de funciones motrices más diferenciadas que permite en el adulto denominar con más propiedad funciones motrices". (J. Ponces Vergé y J. Aguilar Matas⁸).

Es así como, E. Fernandez Alvarez⁹ explica que en el sistema motor habría un nivel medulomuscular (el inferior), otro extrapiramidal, y el más elevado, piramidal o corticomedular. *"Todos ellos actúan coordinados por el sistema cerebeloso"*. De ahí la variedad de movimientos que se hacen presentes: voluntario consciente, voluntario inconsciente, involuntario, reflejo.

Los primeros movimientos tienen lugar dentro del útero materno, el feto comienza a ejercer presión contra las paredes uterinas al movilizar sus extremidades. En cuanto a los movimientos del recién nacido es importante destacar que las últimas investigaciones realizadas acerca del desarrollo psicomotor cuestionan la tendencia a pensarlo como un ser cuyos movimientos son caóticos e impredecibles, sino que se lo empieza a considerar como un ser activo equipado con un bagaje de conductas sensoriales y motrices que le permiten responder al medio que lo rodea y estas respuestas influyen en el tipo de vínculo que va a generarse con los adultos.

Las funciones motrices comprenden tanto la motilidad pasiva como la motilidad activa. Se habla de tono activo, pasivo y postural para entender el estado de tensión muscular de base durante una acción muscular (activo), en reposo (pasivo) o en el mantenimiento de una

⁸ Coriat, Lidia. Maduración psicomotriz en el primer año del niño. Buenos Aires, Ed. Hemisur S.R.L. 1974. Cita de J. Ponces Vergé y J. Aguilar Matas.

⁹ Fejerman, N. y Fernandez Alvarez, E. Neurología pediátrica. Ed. El Ateneo. Bs. As. 1988

postura (postural). La motilidad pasiva se refiere al tono muscular. La motilidad activa se refiere a la actividad espontánea, a la actividad refleja y a la actividad automática.

Durante el período pre natal aparecen los primeros movimientos espontáneos (no desencadenados por un estímulo), luego van a aparecer los movimientos de tipo reflejo y durante los tres últimos meses de gestación aparece el tono muscular.

Motilidad pasiva: tono muscular

El tono muscular, es el estado de tensión permanente de los músculos que es de origen esencialmente reflejo, cuya misión fundamental tiende al ajuste de las posturas locales y de la actividad general. En el recién nacido es de flexión. La postura característica del recién nacido se debe a la dominancia flexora global que irá desapareciendo dada la intervención de los mecanismos de maduración.

Presenta 3 propiedades:

a) extensibilidad o máxima elongación pasiva que se puede obtener de un músculo o grupo muscular. Por ejemplo, la inclinación del tronco hacia los lados buscando el contacto del hombro con la cadera correspondiente da cuenta de la limitación de la extensibilidad para ese grupo muscular en cuestión.

b) pasividad o grado de resistencia que se obtiene al movilizar pasivamente una articulación. Por ejemplo, a un niño sentado en el borde de una mesa, se le hace balancear las piernas. Normalmente este balanceo suele interrumpirse tras 4 a 6 oscilaciones. A mayor pasividad, mayor prolongación de la oscilación.

c) consistencia o resistencia a la palpación del músculo. Se aprecia en el abultamiento de los músculos ("su relieve"), su resistencia o bien el bamboleo que se obtiene cuando son palpados.

Hipotonía: es el aumento de la pasividad

Hipertonía: es el aumento de la rigidez, que en caso de patología es producida por lesiones de los sistemas piramidales y extrapiramidales

La musculatura del cuello y los músculos extensores que permitirán más adelante estirar las extremidades, todavía no se han fortalecido. Es un tono subcortical, es decir que a la hipotonía de ciertos músculos corresponde la hipertonía de sus antagonistas.

Tono de la cabeza: la cabeza se balancea, sigue las inclinaciones del cuerpo con mayor amplitud en el sentido antero posterior que lateralmente. Si se sostiene al recién nacido por las manos llevándolo de la posición decúbito dorsal a la posición sedente la cabeza se cae completamente hacia atrás.

Lydia Coriat¹⁰ plantea que las emociones se expresan a través de sutiles variantes de tono y actitudes. Es lo que Ajuriaguerra¹¹ llama "diálogo tónico", el lenguaje de la afectividad. Constituye la manera de expresión fundamental de las primeras etapas de la vida.

La observación del tono muscular del recién nacido es un aporte importante a su evaluación diagnóstica y constituye uno de los ítems de la escala APGAR.

¹⁰ Coriat, Lidia. Maduración psicomotriz en el primer año del niño. Buenos Aires, Ed. Hemisur S.R.L. 1974

¹¹ J. de Ajuriaguerra. Manual de Psiquiatría Infantil. Ed. Toray Masson 2000.

Motilidad activa: actividad espontánea y actividad refleja

Actividad espontánea: son aquellos movimientos que no parecen responder a determinados estímulos sino que producen la impresión de espontaneidad. Por ejemplo todos aquellos movimientos que se observan en el recién nacido en estado de vigilia (flexión y extensión de las extremidades, etc.).

Actividad refleja: los reflejos son reacciones automáticas, heredadas, desencadenadas por estímulos específicos, y tendientes a favorecer la adecuación del sujeto al medio ambiente. Actualmente se considera que constituyen el bagaje más importante de que dispone el recién nacido.

Hay distintas maneras de agrupar los reflejos. A los fines de este trabajo, nos interesa resaltar la siguiente clasificación: reflejos permanentes y reflejos arcaicos.

- Reflejos permanentes: permanecen durante toda la vida y dependen del sistema nervioso autónomo. Entre ellos encontramos: estornudo, bostezo, reflejo rotuliano, hipo.

- Reflejos arcaicos: es decir primitivos. Acompañan al ser humano durante la primera edad, desapareciendo entre los 2 y 6 meses. Son examinados por los neurólogos para verificar la normalidad del sistema nervioso del recién nacido. Estos reflejos, que dan cuenta del buen funcionamiento neurológico al nacer, constituyen respuestas motrices destinadas a desaparecer por maduración de la corteza cerebral. Su ausencia en las primeras semanas o su permanencia más allá de la fecha señalada para su desaparición son indicadores de daño neurológico. Ellos son:

- **Reflejo de Moro o reflejo de los brazos en cruz (o reflejo del abrazo):**

Es la reacción corporal masiva, estereotipada e inadaptada, subsiguiente al sobresalto determinado por varios estímulos que inducen a una brusca extensión de la cabeza que altera su relación con el tronco. **Cualquier ruido fuerte o la pérdida brusca de la base de sustentación** pueden desencadenar este reflejo, en el cual el bebé extenderá sus piernas y sus brazos en forma de cruz y comenzará a llorar. Existe en primer lugar, una extensión bilateral y una abducción¹² de los miembros superiores. A esto sigue un retorno hacia la línea media de los miembros superiores delante del tórax. Luego el niño vuelve a la posición que precediera a la búsqueda del reflejo. La respuesta de los miembros superiores es lo que se llama Moro Superior. De la misma manera, existe una respuesta de los miembros inferiores, Moro Inferior, que sería el movimiento de flexión y aducción¹³ de los miembros inferiores. El Moro Inferior persiste una semana luego de la desaparición del Moro Superior, lo que confirma una vez más el sentido céfalo caudal de la maduración.

Este reflejo **tiende a desaparecer después del segundo o tercer mes**. El Reflejo de Moro se manifiesta de igual manera a ambos lados del cuerpo, toda asimetría reiterada debe ser considerada anormal, y su presencia más allá del 6º mes es indicio de lesión cerebral.

- **Reflejo de grasping o prensión palmar:**

Al estimular con un dedo la palma de su mano, el bebé cerrará el puño fuertemente, agarrando el dedo. El **estímulo de la palma de la mano o de la cara palmar de los dedos** acarrea el cierre de la mano. Es necesario que haya desaparecido para que sea posible la

¹² ABDUCCION: acción y objeto de separar de la línea media hacia fuera un miembro o una parte del cuerpo.

¹³ ADUCCION: acción y efecto de llevar hacia la línea media o volver hacia adentro un miembro o una parte del cuerpo.

presión voluntaria. **Desaparece en su forma original alrededor de los tres o cuatro meses** para transformarse en una conducta más compleja de apertura/cierre de la mano para tomar los objetos. En efecto este reflejo puede descomponerse en dos partes:

a) Un reflejo exteroceptivo provocado por la estimulación de la cara interna de la mano que provoca la flexión de los dedos.

b) Un reflejo tónico de los flexores que conduce a una presión muy fuerte y que persiste hasta los nueve/diez meses.

Su ausencia total es signo patológico.

- ***Reflejo tónico cervical (o del "esgrimista"):***

Es un reflejo postural, **desencadenado por cambios de posición de la cabeza en relación al tronco**. Resulta de la tendencia a mantener la cabeza rotada hacia uno u otro lado. La asimetría postural cefálica provoca cambios tónicos asimétricos en los músculos del cuello y la respuesta motriz que cierra el arco reflejo determina la extensión de los miembros.

En la posición decúbito dorsal¹⁴, la cara estará orientada hacia el miembro superior extendido.

En la posición decúbito ventral¹⁵ se observa al revés, la cara estará orientada hacia el miembro superior que está flexionado. Gracias a este reflejo, la mano como objeto móvil, cruza su campo perceptual. Luego que se vaya atenuando el predominio del tono flexor, la mano comenzará a abrirse y así las sensaciones visuales se unen a las propioceptivas (abrir y cerrar la mano). La persistencia de tal actitud de manera rígida y estereotipada es índice de lesión cerebral, por el contrario, su ausencia se observa en alteraciones genéticas como en el caso del Síndrome Down.

Este reflejo **desaparece en el curso del primer semestre** de vida.

- ***Reflejo de enderezamiento progresivo de los miembros inferiores y de marcha automática:***

Al sostener al bebé de pie de modo que **los pies toquen el piso y las rodillas se mantengan flexionadas** se manifiesta un enderezamiento progresivo de los miembros inferiores y marcha automática. **Desaparece hacia los dos/tres meses**, por lo tanto mucho antes de la aparición de la marcha, actividad motriz, voluntaria y coordinada. Para algunos investigadores es más adecuado hablar de una atrofia del reflejo debida a la falta de estimulación que de una verdadera desaparición.

- ***Reflejo de incurvación del tronco o reflejo de Galant:***

Corresponde a una reacción de evitamiento provocada ante una **excitación de la piel** del bebé que se difunde hacia la columna vertebral. **Al estimular uno de los lados de su columna** estando el bebé decúbito ventral, moverá su cadera hacia el lado estimulado,

¹⁴ DECUBITO DORSAL: posición en la que el tronco descansa sobre el lecho por el dorso, también se llama posición supina.

¹⁵ DECUBITO VENTRAL: posición en la que el tronco descansa sobre el lecho con el pecho y el abdomen. También se llama posición prona.

además de movimientos leves de rotación del tronco y elevación de la pelvis del lado estimulado. **Desaparece entre los 2 y los 6 meses** de vida.

- **Reflejo de ojos de muñeca japonesa:**

Durante el primer mes el neonato realiza muy pocos movimientos activos con sus ojos: lentos desplazamientos hacia la luz o brusca oclusión de los párpados, respuestas reflejas defensivas y de orientación. Si en estado de reposo vigil (pupilas en el centro) **rotamos la cabeza** del bebé, los globos oculares no acompañan el movimiento de la cabeza. Las pupilas se descentran en relación a la apertura de los párpados. Este reflejo **se atenúa rápidamente a partir del décimo día** y es reemplazado luego por el reflejo de fijación ocular.

- **Reflejo de Babinski:**

Corresponde a un estiramiento de los dedos del pie en abanico seguido de una retracción de los mismos **cuando la planta es estimulada. Desaparece hacia los dos/tres meses.**

- **Reflejo de natación:**

Aparece **ante la inmersión en el agua**. El bebé bloquea automáticamente la respiración y efectúa algunos movimientos de brazos y piernas para mantenerse en la superficie. **Desaparece entre los cuatro/seis meses.**

Queremos destacar que otro grupo importante de reflejos es aquel llamado: reflejos de supervivencia (que a su vez pueden ser arcaicos o permanentes). Estos reflejos están en el origen de la supervivencia y de la autonomía del recién nacido, imprescindibles para la vida, y pueden evolucionar y modificarse para dar lugar a conductas más complejas. Dentro de este grupo encontramos:

Reflejos orales:

Es un encadenamiento de reflejos que persiguen el acto alimentario. Comprende:

- **Reflejo de búsqueda:**

También llamado de los 4 puntos cardinales. Es la orientación selectiva de los labios y la cabeza hacia el sitio donde se realiza la estimulación. La cabeza gira hacia el lado de donde proviene el estímulo. Este reflejo que permite al bebé orientar su boca **hacia el pezón o la tetina del biberón desaparecerá alrededor de los seis meses** (dado que desaparece es un reflejo arcaico) en función de nuevas fuentes nutricionales.

- **Reflejo de succión:**

Este reflejo se estimula fácilmente con la **introducción de cualquier objeto en la boca**. Se produce entonces una sinergia funcional, la primera, entre los movimientos de los labios y de la lengua. Los movimientos de succión, no se verifican tan solo mediante el movimiento labial, sino que la actividad es más compleja e intervienen las mejillas, la lengua y la mandíbula. Los diferentes componentes implícitos en el acto de la succión (un movimiento de lamer, un movimiento de extracción en la base posterior de la lengua y una succión a partir

del esófago superior) deben coordinarse entre sí, así como coordinarse con la respiración para constituirse en un mecanismo de extracción eficaz. Una vez desaparecido el reflejo (reflejo arcaico), el patrón motriz de la succión sigue siendo útil y puede reproducirse voluntariamente. En un primer momento tiene una función nutritiva antes de ser modificado y de permitir el descubrimiento de los objetos.

- **Reflejo de deglución:**

Permite al niño deglutir impidiendo completamente el **pasaje de alimentos** a la traquea. Este reflejo evoluciona igualmente hacia un comportamiento más complejo que participa en el bloqueo de la respiración para modificar posturas (reflejo permanente).

Otros reflejos de supervivencia:

- **Reflejo de respiración:**

Indispensable para la supervivencia del recién nacido desde su pasaje de un medio líquido a un medio aéreo, corresponde a una alternancia inspiración-expiración (reflejo permanente).

- **Reflejo parpebral:**

Apunta a proteger el ojo y se manifiesta por un cierre espontáneo del párpado en **presencia de una fuente luminosa demasiado intensa o ante el acercamiento a los ojos de algún objeto** (reflejo permanente).

El conjunto de los reflejos arcaicos está destinado a desaparecer naturalmente o a transformarse, o aún a reaparecer bajo otra forma, sin que sea posible saber verdaderamente si existe una continuidad entre reflejo y conducta voluntaria. Los reflejos corresponden a un funcionamiento cerebral subcortical, en tanto que las conductas voluntarias están ligadas a un comportamiento cortical y controlado. Se trataría entonces, de una verdadera reorganización cortical que posibilita la integración de elementos nuevos. En cualquier caso, la no desaparición de uno de estos reflejos conduce al pediatra a proponer un examen neurológico, pues dicha persistencia podría traducir la existencia de una lesión cerebral.

A diferencia de los bebés recién nacidos a término, los recién nacidos prematuros pueden no presentar ciertos reflejos al nacer en función de la importancia de su prematuridad. Los reflejos aparecen naturalmente según un orden de maduración preciso y pueden, por lo tanto, desarrollarse unos dos o aún tres meses después del nacimiento prematuro. En general, los reflejos de supervivencia son insuficientes, sobre todo el respiratorio y el de deglución. Por eso, suele requerirse asistencia respiratoria y alimento por sonda nasogástrica para cubrir estas funciones.

En cuanto a los reflejos arcaicos en los recién nacidos prematuros, aparecen después del nacimiento y tardan en desaparecer un poco más de tiempo que en los recién nacidos a término.

La dimensión familiar

El nacimiento de un bebé confronta en forma mediata o inmediata con el momento movilizante de la vuelta al hogar, a la vida familiar. ¿Qué sucede cuando el bebé llega al

hogar? ¿Cómo afecta esta nueva experiencia a la familia? En su "entrada" al ámbito familiar se produce un reordenamiento de la estructura familiar, se modifica la constelación familiar existente previa a su nacimiento. Es necesario tener en cuenta, si este nuevo integrante de la familia constituye el primer hijo de la pareja u ocupa el lugar de un 2do., 3er., 4to. hijo. Sea cual fuere la situación, esta impacta de forma diferente. Cuando se trata de un 2do, 3er. hijo la madre se encuentra en un estado de mayor madurez, seguridad y confianza; la experiencia de la maternidad es vivida de otra manera, a diferencia del primer hijo, ya que esta situación, en la madre, podría ser experimentada con mayores ansiedades, temores, miedos como resultado de las características particulares del embarazo y del parto. La manera en que han sido vividos estos momentos (si con serenidad, seguridad, etc.), que son emocionalmente intensos, están relacionados con la asunción de un nuevo rol: la maternidad. Todas estas cuestiones hacen referencia a la singularidad de la historia, es por ello que, cuando realizamos la Historia Vital Evolutiva se indagan estos aspectos (embarazo, parto y la vuelta al hogar) dado que el modo en que se han vivido estas experiencias incide en el vínculo que la madre tiene con el bebé, ubicando, ya en la etapa prenatal los primeros pasos tendientes a construir la futura relación de la madre con ese niño.

Cada experiencia es única en la forma de vivirla. La llegada de un nuevo miembro a la familia no puede considerarse como una cuestión solo de dos, la madre y el bebé. Todos los miembros deben adaptarse a la nueva situación, modificando las relaciones existentes y creando algunas nuevas: los hijos devienen padres y los padres de estos en abuelos. Los abuelos favorecen el vínculo afectivo del bebé con sus padres cuando su participación aporta seguridad afectiva, apoyo y sostén; cuando desarrollan un papel de aliados con sus propios hijos frente a los temores referidos a la insuficiencia de su propia capacidad parental, acompañándolos en esta nueva tarea: ser padres.

Al abordar esta temática no podemos dejar de mencionar, las variantes de la estructura familiar. Sabemos que la realidad familiar se ha modificado y diversificado. Una de estas variantes, son las familias monoparentales: de padres o madres solos como resultado de una separación, divorcio o la muerte de uno de los cónyuges. Otra variante son las familias ensambladas, resultado de una nueva unión, que incluye los hijos de uniones anteriores.

Existen otros factores que impactan en la dinámica familiar: el trabajo de las madres fuera de la casa, la mayor participación de los padres en la crianza de los hijos, la función socializadora de la familia es compartida por otras redes extrafamiliares: guardería, jardín maternal. Estas modificaciones de la estructura familiar traen como consecuencia la complejización en el desempeño de los roles y hacen referencia a una realidad diversificada que debe ser considerada.

El rol del Psicólogo en Neonatología

En esta parte del trabajo nos proponemos reflexionar acerca del objetivo de la intervención psicológica en Neonatología. El cuidado de la salud del niño comienza a ser una preocupación a partir del surgimiento del concepto de niñez como etapa diferenciada (Philippe Ariès¹⁶). Este interés se incrementó a partir del siglo XVII.

Los nacimientos no siempre tuvieron lugar en las condiciones que conocemos en la actualidad. En el siglo XIX dar a luz en el Hospital era sinónimo de pobreza y soledad. Los partos habitualmente sucedían en los hogares bajo la dirección de las comadronas que eran mujeres con experiencia en partos.

Después de la primera guerra, para evitar el nacimiento de bebés muertos, se recurrió al Servicio Hospitalario con personal especializado, lo que motivó la institucionalización de los

¹⁶ ARIÈS, Philippe (1986): "La infancia", en Revista de Educación, Nº 281, Madrid.

partos. Esta nueva modalidad de los nacimientos junto al desarrollo de la tecnología incipiente, como el descubrimiento de la primera incubadora en la segunda mitad del siglo XVIII, produce el descentramiento del protagonismo de la mamá y el bebé hacia la ciencia, actualizando una vez más el debate naturaleza-cultura.

El nacimiento de la Medicina Neonatal se ubica en el siglo XIX. Los pediatras comenzaron a incorporarse en la nursery y la sala de partos durante la primera mitad del siglo XX. En el siglo XX se nace y se muere en el hospital.

Neonatología en la Argentina

Comienza en la década del '60. Los pioneros de la Neonatología moderna en nuestro país fueron Alfredo Larguía en la Maternidad Sardá, Jacobo Halac en Córdoba y Vicent Climent en La Plata.

Poco a poco los servicios de Neonatología se fueron complejizando lo cual favoreció la disminución de la mortalidad de los recién nacidos. Sin embargo, esta fascinación por el desarrollo tecnológico opacó la posibilidad de incluir adecuadamente una dimensión más humana en el sentido de considerar la complejidad de la situación: vulnerabilidad del niño, estrés de la familia, estrés del equipo de salud. Son estos aspectos olvidados aquellos que el psicólogo debe rescatar como parte de su tarea en el Servicio de Neonatología.

El psicólogo lenta y progresivamente se va insertando en estos servicios desde hace aproximadamente 15 años. Consideramos que trabajar en un servicio de Neonatología supone la habilidad del psicólogo para intercambiar con profesionales de otras disciplinas y con las familias pudiendo construir muchas veces puentes de comunicación entre unos y otros. Así como también requiere de una delicada sensibilidad y creatividad, dado el aspecto poco convencional de la tarea y la necesidad de "armar" el encuadre cada vez, distinto del trabajo habitual en el consultorio.

Si el nacimiento ha sucedido en los términos de lo esperable, será una buena oportunidad para la tarea psicoprofiláctica pudiendo, fundamentalmente a través de las técnicas de observación y entrevista, diagnosticar las posibles dificultades en el vínculo de estos nuevos padres y sus hijos y realizar una intervención temprana si fuera necesaria.

Por otro lado, deberá aprender a afrontar las situaciones inesperadas y la incertidumbre, que a veces repentinamente aparece en el momento de un nacimiento y será su labor asistir a los padres en la elaboración y el sostén de dichas situaciones; poniendo palabras, respetando silencios y descubriendo en la singularidad de la trama que cada familia teje alrededor de la vida que se inicia, las fortalezas y recursos que favorecerán un mejor proceso durante esta etapa.

A lo largo de este trabajo hemos abordado la temática del recién nacido y neonato desde diferentes perspectivas. Antes de concluirlo nos gustaría enfatizar la importancia del conocimiento de todos estos aspectos para el psicólogo dedicado al desarrollo. En este sentido es posible pensarlo desde dos puntos de vista: el primero está relacionado con el aquí y ahora, la estrategia que el profesional diseñará a partir de determinada situación que pudiera plantearse con los padres de un recién nacido, para lo cual evidentemente habrá que conocer el momento que estos padres están atravesando. El segundo punto de vista, es aquel que se presenta a la hora de conocer la Historia Vital Evolutiva de un niño por el cual se realiza una consulta. Parte de esta Historia Vital Evolutiva comprende el momento del embarazo y período neonatal. En relación al mismo, seguramente los padres darán una serie de datos, algunos de ellos cualitativos y otros, probablemente, cuantitativos. Será tarea del psicólogo ponderar los

datos que los padres traen, ya sean indicadores objetivos (por ejemplo, un puntaje 3 de APGAR) o no, y otorgarles significación clínica.

Por ejemplo, si los papás relatan que este niño ha sido prematuro y ha nacido a las 24 semanas, el psicólogo sabrá que ha nacido en el tiempo límite posible, por lo cual todos sus sistemas han sido inmaduros y habrá sido necesario asistirlo para su supervivencia: en la alimentación, probablemente con sonda nasogástrica, en la respiración con respirador artificial, que ha tenido que permanecer un tiempo en incubadora debido a que la regulación de la temperatura ha sido inadecuada y que los padres han tenido que acompañar este proceso con el esfuerzo emocional que el mismo significa. Toda esta información, debidamente traducida, es la que permitirá pensar en la singularidad del vínculo de este niño con sus padres y con el mundo en sus primeros tiempos de vida. Teniendo en cuenta estos datos, seguramente será posible entender y pensar con mayor claridad el motivo de consulta que presenta en la actualidad.

La diversidad de aspectos que implica el abordaje de una Historia Vital Evolutiva da cuenta de la complejidad singular que comprende este período.

La integración de diferentes aspectos, como pueden ser, el aspecto fisiológico, las características del vínculo temprano, la dimensión familiar, favorecerán la intervención profesional del psicólogo del desarrollo.

Agosto 2007.-

BIBLIOGRAFIA

- J. de Ajuriaguerra. Manual de Psiquiatría Infantil. Ed. Toray Masson 2000.
- Ariès, Philippe. "La infancia", en Revista de Educación, Nº 281. 1986. Madrid.
- Ausubel, D. y Sullivan, E. El desarrollo Infantil. Ed. Paidos. 1963.
- Bowlby, John. "El apego y la pérdida", en Tomo I El apego. Ed. Paidós. 1998. Bs. As.
- Bowlby, John. Una base segura. Paidos. 1976. Bs. As.
- Coriat, Lidia. Maduración psicomotriz en el primer año del niño. Buenos Aires, Ed. Hemisur S.R.L. 1974.
- Fejerman, N. y Fernandez Alvarez, E. Neurología pediátrica. Ed. El Ateneo. Bs. As. 1988
- García, M. J. y Landeira, S. Desarrollo prenatal y nacimiento, Ficha Dpto. Publicaciones. Facultad de Psicología, UBA. 1997.
- Gesell, A. El niño de 1 a 5 años. Ed. Paidos. 1966. Argentina
- Jouen F. et Hénocq A. (1991) Du nouveau-né au nourrisson. Recherche fondamentale et pédiatric. Paris. PUF
- Koupernik, Cyrille. Desarrollo psicomotor de la primera infancia. Ed. Luis Miracle. 1961. Barcelona.
- Lebovici, Serge y Weil-Halpern, François. La psicopatología del bebé. Siglo XXI Editores. 1ra. Ed. 1995. México.
- Malher, Margaret. El nacimiento psicológico del infante humano. Ed. Marymar. 1977.
- Musinger, Harry. Desarrollo del niño. Nueva Editorial Interamericana. 1978. México.
- Spitz, R. El primer año de vida del niño. Ed. El Ateneo. Bs. As.
- Stone, Joseph y Church, Joseph. El feto y el recién nacido. Horme. 1969. Buenos Aires.
- Stone, Joseph y Church, Joseph. Niñez y adolescencia. Hormé. 1979. Bs. As.
- Tratado de Pediatría de Nelson. 15ª. Ed. Madrid, McGraw Hill, 1996.
- Vega, Edith Ylali. El psicoterapeuta en neonatología: rol y estilo personal. Lugar Editorial. 2006.
- Winnicott, Donald. Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Editorial Paidós. 1993. Buenos Aires.

