

PSICOPATOLOGIA DEL BEBE

La psicopatología del bebé constituye un objeto de observación y reflexión definida entre el nacimiento y el tercer año de vida distinguible dentro de la psiquiatría desde la década de los ochenta.

Esta distinción se justifica dada la originalidad de la semiología y clínica psiquiátrica del bebé y la posibilidad de sistematizarla para una detección temprana de gran impacto preventivo.

Su originalidad reside en los siguientes aspectos:

- la unidad de observación diagnóstica y terapéutica es la díada madre-bebé.
- el análisis de los fenómenos de interacción díadica constituye el objeto central de estudio.
- el rol y el significado del síntoma se apoyan en el supuesto de la interdependencia del funcionamiento psíquico de la madre y del bebé.
- el carácter transdisciplinario de la demanda de intervención por cuanto el síntoma ocupa un área común somatopsíquica.
- la importancia de la incidencia cronológica en los cuadros psicopatológicos del bebé.

MODELO ETIOPATOGENICO ACTUAL

La fenomenología del proceso de vinculación y la neurobiología del desarrollo otorgan un modelo interesante para una psicopatología específica de este período.

El bebé dispone desde el nacimiento de competencias sensoriales y de competencias interactivas para vincularse y promover las conductas de maternaje de las que depende para sobrevivir. Las conductas de maternaje y las conductas de vinculación del bebé son observables en simultaneidad como elementos interactivos de un sistema díadico. Desde la sintonía que alcancen las conductas de uno y otro, se irá modelando el yo del bebé como un emergente que, descubriendo experiencias afectivas compartidas irá desarrollando una personalidad sana. Estados desintonizados generan estados displacenteros, tensión, desconfianza e incertidumbre que conducen a no confirmar el sí mismo emergente y a una amplia gama psicopatológica.

La disponibilidad materna o su competencia reparatoria de estados desintonizados puede estar interferida por cuestiones psicológicas, como conflictuosidades entre el bebé imaginario y el bebé real; expectativas y rol asignado al bebé en la dinámica familiar; presencia o ausencia de deseo de hijo; aspectos transgeneracionales como la relación de la madre con sus propios padres, presencia de psicopatología y aspectos sociales como disponibilidad de recursos materiales, apoyo de red social y las prácticas biomédicas institucionales.

Las conductas de vinculación de madres y bebés están radicadas en el programa genético, mas específicamente en los genes tempranos de adaptación a estímulos medioambientales proveyendo la base molecular de las conductas de adaptación. El concepto de neuroplasticidad y la poda neuronal, apoptosis, explican satisfactoriamente la posibilidad que estímulos interactivos influyan en diversas expresiones génicas, normales y patológicas que se irán internalizando como circuitos neuronales. Procesos de vinculación que se consolidan en vínculos seguros se correlacionan con niños sanos que se hacen adultos también sanos en tanto procesos de vinculación conducentes a vínculos ansiosos o desorganizados se correlacionan con psicopatología temprana.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Las descripciones de las consecuencias patológicas de la privación materna informan de la índole crítica de la relación temprana. Durante la primera guerra mundial Pfaunder e Ibrahim denunciaron el estancamiento hospitalario, Bender en 1935 planteó la relación entre la carencia afectiva precoz y el desarrollo ulterior de una psicopatía. Ribble en 1938 escribió acerca de los recién nacidos que mueren por falta de amor maternal. Spitz describió la depresión anaclítica y el hospitalismo con una metodología más rigurosa; M. Mahler estudió los correlatos interactivos observables durante la fase simbiótica; y Bowlby postuló la teoría del vínculo en 1958 a partir de la cual se generan variadas investigaciones clínicas en el tema.

En su artículo "La índole del vínculo del hijo con su madre" Bowlby asoció su premisa del vínculo primario con los últimos trabajos de M. Klein en los cuales, según señalara se vislumbraba "algo más en la relación del bebé con su madre que la satisfacción de las necesidades fisiológicas". El trabajo de este autor condujo a un creciente empleo de la etología en los estudios de la relación

madre bebé previligiando así la metodología de la observación de los fenómenos en su medio natural.

Winnicott enfatizó la importancia de la reciprocidad de la experiencia entre la madre y el bebé y reafirmó que "Un bebé no puede existir solo, sino que es esencialmente parte de una relación, si vemos un bebé, vemos la previsión ambiental y detrás de ella vemos a la madre". La necesidad de vinculación primaria del bebé y la unidad que conforma el bebé con la figura de apego primordial han constituido las premisas básicas de los estudios de interacción temprana que sentaron las bases para estudiar la psicopatología de los primeros años de vida.

EVALUACION PSIQUIATRICA DEL BEBE

Consiste en una observación multidimensional y evolutiva que comprende características del bebé, características de la madre, fenómenos de la interacción que caracterizan la relación madre-bebé, rol del padre y la familia en su conjunto. Síntomas presentados por el bebé desde el nacimiento, como estados de tensión o agitación, rechazo de la alimentación natural, evitación de la mirada son signos de angustia psicológica que se hacen comprensibles en el contexto dado de una determinada relación.

La díada y/o tríada deben atenderse juntos en una atmósfera facilitadora de su interacción habitual incluídas las conductas necesarias para el bebé como alimentación, muda y juego. La actitud del profesional debe propiciar el relato verbal espontáneo y debe mantener una visión bifocal dirigida tanto a las interacciones padres-bebé como al relato verbal de los padres. La video grabación es útil para posibilitar el análisis retrospectivo de los patrones de interacción y para practicar la autoscopia relacional con los padres, procedimiento de inmenso valor terapéutico en las disritmias de interacción por su contribución para ayudar a los padres a interpretar adecuadamente las señales del bebé.

CARACTERISTICAS DEL BEBE

Comprende el examen somático, la evaluación del nivel de desarrollo y la observación del comportamiento del bebé. El análisis semiológico riguroso debe precisar la naturaleza de los

síntomas, las variantes clínicas, la concordancia con las situaciones significativas y su evolución. El rol y el significado del síntoma están arraigados en un conflicto que no siempre es evidente y puede formularse en términos tan variados como la incompatibilidad entre el niño real y la representaciones de la madres y la coincidencia con la angustia materna.

Los padres informan del comportamiento y síntomas del bebé subjetivamente. El modo como los padres se perciben a sí mismos en su función paterna, el significado que le adjudican a la conducta y al síntoma de su hijo, la verbalización de sentimientos, pensamientos y expectativas respecto al hijo debe ser acogida activamente y debe ser confrontada con la conducta "objetiva" del hijo.

La observación del comportamiento es descrita por los padres y observada directamente durante la entrevista en sus manifestaciones espontáneas, relación con la madre, padre, profesional y objetos. Se consignan primordialmente el grado de interés por los objetos y las personas, el compromiso corporal y sensorial en las interacciones (vocalizaciones, mirada, tonalidad afectiva, placer, apatía, indiferencia afectiva, excitación entre otros). La devolución de la evaluación del comportamiento del bebé constituye en sí misma un medio de intervención.

INTERACCION ENTRE EL BEBE Y LA MADRE

La interacción se define como el conjunto de fenómenos dinámicos, recíprocos e interdependientes que se desarrollan entre el sujeto y su medio, en este caso la madre.

La observación de la interacción entre el bebé y la madre tiene un componente concreto, el como, evidenciado a través de los diálogos visuales, tónicos y auditivos y un componente subjetivo, imaginario que constituye la trama de la relación. Las madres no se relacionan solamente con la conducta del bebé, atribuyen un significado a la conducta y actúan consecuentemente con el significado introducido sobrestimando el elemento intencional en la conducta del bebé.

La comprensión de una disfunción de la interacción madre-bebé pasa por decodificar la articulación entre el componente concreto y el imaginario. A modo de ejemplo, la no presencia reiterada de interacción visual entre una madre adolescente y su bebé se debía a una proyección de la relación de la adolescente con su abuela ciega, figura castigadora que le provocaba intensos sentimientos de temor. Los trastornos de sueño en un bebé de 5 meses se relacionaban con una hipervigilancia materna por el antecedente de muerte súbita en un hijo.

CARACTERISTICAS DE LA MADRE

Las características de la madre inciden en el bebé al menos por dos razones: la madre suele ser la figura primordial del vínculo y la existencia de la interdependencia entre el funcionamiento psíquico de la madre y el bebé. Esta interdependencia constituye a menudo el sustrato primordial de la psicopatología del bebé, como se evidencia en el ejemplo citado anteriormente.

Se requiere evaluar la identidad materna, la contribución del eje transgeneracional en su construcción, la historia de la relación con el bebé al menos desde la concepción, el rol del bebé en el sistema familiar, los posibles conflictos en torno a vivencias de la maternidad y al ejercicio de las funciones parentales.

ROL DEL PADRE Y LA FAMILIA

La contribución del padre al desarrollo normal o patológico del hijo puede ser directa, a través de la relación mediatizada por la madre y por ausencia en casos de familia monoparental.

La estructura y funcionamiento de la familia y la red social formal e informal son variables a considerar en la evaluación por cuanto regulan la disponibilidad física y psicológica de la madre hacia el bebé y el grado de protección que envuelve a la díada.

En suma, la evaluación del bebé requiere una perspectiva multifocal que considera simultáneamente las características del bebé, las características de los padres, la relación entre ambos y el ecosistema en que están insertos.

NOSOGRAFIA

La clínica descriptiva del bebé puede tomar como eje las modalidades de interacción que subyacen al proceso de vinculación, puede basarse en las diferentes modalidades de expresión sintomática y puede clasificarse de acuerdo a las diversas situaciones clínicas familiares.

I- TRASTORNOS DEL VINCULO

1- Transtornos del proceso de vinculación

a) Por ausencia de la madre o sustituto maternal.

b) Por discontinuidad da la relación con el objeto de vinculación

Los efectos de la carencia afectiva sea por ausencia o pérdida del objeto de vinculación dependen de la fase evolutiva de la permanencia de objeto en que se halle el niño al producirse la separación, el tipo de relación previa a la separación, la disponibilidad y características de una nueva figura de apego.

c) Por Transtornos cuantitativos de la interacción: hiperestimulación e hipoestimulación.

La hiperestimulación se observa cada vez que las madres no leen las señales de saturación sensorial del bebé, sea por rasgos intrusivos, ansiosos, sea por hiperreactividad del niño privándolo de vivenciar el valor comunicativo de las señales emitidas.

La hipoestimulación se observa sea por fallas de la disponibilidad materna por psicopatología, rechazo o acumulación de stress, sea por una baja demanda de solicitud de interacción del bebé.

Si la espiral interactiva entre ambos protagonistas se retroalimenta progresivamente existe alta probabilidad de ocurrencia de trastornos psicofisiológicos en el primer caso y trastornos del mismo tipo de la carencia afectiva en el segundo caso.

Cabe destacar que el nivel adecuado de estimulación debe ser evaluado de acuerdo al temperamento, las características de regulación y competencias del bebé de tal forma que un determinado nivel de estimulación que puede ser ideal para un determinado bebé, puede ser excesivo para un bebé de bajo umbral sensorial e insuficiente para un bebé hiporeactivo.

d) Por trastornos cualitativos de la interacción: interacción armónica e interacción disarmónica.

Interacción armónica: las competencias sensoriales e interactivas del bebé y las competencias maternas se acoplan sintónicamente de tal forma que las conductas maternas parecen ir al encuentro de las necesidades del bebé o bien responden directamente a las señales del niño. El niño construye gradualmente una representación interna de su madre como habitualmente disponible generándose un proceso de vinculación adecuado con alta probabilidad de conducir a un tipo de vínculo seguro.

Interacción disarmónica: las señales del bebé no se perciben o interpretan adecuadamente

por variadas razones configurándose diacrónicamente un proceso de vinculación inadecuado con alta probabilidad de conducir a un vínculo de tipo ansioso ambivalente, ansioso resistente o desorganizado.

El tipo de vínculo seguro protege al niño de psicopatología y de maltrato y negligencia por parte de la figura de apego primordial correlacionándose con mejor calidad de salud mental a lo largo del ciclo vital.

El estudio de D. Stern ilustra magistralmente la evolución de las interacción armónicas y disarmónicas en dos díadas madre-bebé que comparten simultáneamente la misma madre.

Stern analiza mediante el método microanalítico la interacción de una madre y sus gemelos de 3.1/2 meses. Mientras con uno de los gemelos (Mark) la interacción es armónica con el otro gemelo (Frank) se observa un desfase de la posición frente a frente como si cada uno persiguiera al otro sin alcanzarlo nunca. El análisis de las unidades de interacción muestra que estadísticamente la madre era más inductora de esta situación. Lo substancial es que en este caso no se produce ni intercambio real ni separación real siendo Frank privado de un mecanismo de autorregulación que le permite ir procesando una separación sin pérdida.

La evaluación a los 12 y 15 meses muestra que Mark explora libremente mientras que Frank se muestra aprensivo y dependiente debiendo asegurarse constantemente de la presencia materna. Mark presenta un tipo de vínculo seguro que como lo muestran los estudios prospectivos se correlaciona con un mejor desarrollo, afectivo y una mayor competencia cognitiva y social respecto a los otros tipos de vínculos.

Este estudio muestra también que el tipo de vínculo es más un atributo del proceso de interacción que de características intrínsecas maternas.

2- Transtornos del tipo vincular

a) Vínculo ansioso ambivalente: el niño duda de la disponibilidad de la madre y presenta angustia de separación por lo cual limita su exploración. La experiencia que hace el niño de la inconsistencia parental puede y suele ser reforzada por separaciones y por amenazas de abandono.

b) Vínculo ansioso evitativo: el niño va creando expectativas negativas hacia la disponibilidad de

los padres a través de una experiencia análoga a la experiencia de negligencia emocional.

c) Vínculo desorganizado: el niño muestra conductas de desorientación, miedo, confusión, apego y desapego frente a la figura de vinculación.

Criterio Diagnóstico

Se basan en la situación extraña, interacción con los padres y capacidad de exploración.

El procedimiento diagnóstico para tipificar el tipo de vínculo, conocido como situación extraña, es obra de Ainsworth. La investigadora observando las reacciones de madres y niños de entre 12 y 15 meses que en una situación experimental de 3 ensayos son separados 3 minutos y vuelta a reunir, tipifica los tipos vinculares; seguro, ansioso ambivalente y ansioso evasivo. Main añadirá después la descripción del otro tipo vincular que llamará desorganizado observando trastornos de la conducta del niño en presencia de la figura de vinculación durante la situación extraña y no necesariamente frente a la separación y reunión.

Modalidad de Apego y Reacción en situación de Separación a los 12 meses

Tipo de Apego	Separación	Reunión
Seguro	Protesta+++	Solicitan conductas de apego
Ansioso Ambivalente	Protesta++++++	Ambivalentes buscan resisten contacto
Ansioso Evasivo	Protesta - +	Alejamiento o evitación

Modalidad de Apego y Comportamiento Familiar

Tipo de Apego	Contacto Corporal	Cooperación	Irritabilidad
Seguro	+++	+++	-
Ansioso Ambivalente	+	+	+
Ansioso Evasivo	-	-	+++

Si bien la observación de las perturbaciones de la interacción madre-bebé no constituyen en

si mismas un criterio de patología la orientación eminentemente preventiva de la psicopatología temprana tiende a privilegiar los procesos sobre las consecuencias para anticipar de esta forma anomalías del desarrollo.

3- Secuelas de los trastornos de vinculación

a) Trastorno reactivo de la vinculación en la infancia y la niñez. Presente en la clasificación del DCM-IV e ICD-10, se refiere a una perturbación de las relaciones sociales del niño que puede presentarse como tipo inhibido o desinhibido en cualquier contexto y se inician antes de los 5 años. Según el DCM-4 la crianza patógena es responsable de este trastorno.

b) Negligencia hacia el niño. La negligencia como falla de los mecanismos de activación recíprocos del proceso de vinculación genéticamente programado se manifiesta como omisión de conductas de maternaje, insuficiencia de cuidados, rechazo y abandono. Un factor de riesgo de gran relevancia actualmente en nuestra población chilena es la polidependencia materna.

c) Maltrato físico y psicológico hacia el niño. Corresponde a un pasaje al acto impulsivo frente a situaciones de frustración en la interacción con el bebé, fracaso en calmarlo, alimentarlo. La frustración surge dada la incoherencia entre la persistencia del bebé imaginario reparador y el bebé real. La observación de nuestro equipo de salud mental perinatal es que madres transgeneracionalmente carenciadas afectivamente no efectúan el duelo normal del bebé imaginario lo que entorpece el reconocimiento del bebé real como persona con sus propias características. La madre le proyecta el fracaso de sus expectativas y por ende la relación no solamente no confirma al bebé sino que puede destruirlo física y psicológicamente. Una presentación clínica que ilustra esta modalidad de interacción es el síndrome del niño sacudido de tanta gravedad que puede llegar a comprometer el pronóstico vital del bebé.

d) Nanismo Psicógeno se relaciona con distorsiones o carencias relacionales y se asocia a trastornos de las etapas 3 y 4 de sueño en las que se secreta hormona de crecimiento.

II- MODALIDADES DE EXPRESION SINTOMATICA

1- Trastornos de expresión somática

2- Trastornos de expresión motora

3- Trastornos de expresión mental

4- Trastornos del desarrollo

Esta clasificación se apoya en la singularidad de cada una de las categorías, no implica etiología y pueden asociarse.

1- TRASTORNOS DE EXPRESION SOMATICA:

a) Cólico de los tres primeros meses: Afecta primordialmente a bebés hipertónicos sujetos a una preocupación materna primaria excesiva y ansiosa, si no se resuelve el conflicto de base, la interacción no varía y el bebé puede reemplazar evolutivamente este síntoma por otro.

Criterios para el diagnóstico:

- Comienza en la segunda o tercera semana de vida.
- Crisis frecuentes en horario post-prandial.
- Apetito y peso normal.
- Examen clínico y paraclínicos normales.
- Crisis intensas mejoran con separación de figura materna.
- Crisis se calman con movimientos rítmicos que disminuyen la contracción visceral.

b) Trastornos del sueño: su incidencia esta progresivamente en aumento debido a que exigencias actuales que enfrentan las organizaciones familiares introducen elementos de perturbación en la evolutividad natural del ciclo sueño vigilia. Así los transtornos del sueño pueden estar ligados a factores perturbadores del medioambiente o ligados a dificultades relacionales, puede aparecer los primeros meses de vida por demanda excesiva o el segundo año de vida ligado a la angustia de separación

- **Insomnio del primer semestre:** Este insomnio precoz se presenta desde las primeras semanas en dos formas diferentes.

- **Insomnio calmo:** Los bebés permanecen largo tiempo del día y la noche con los ojos grandes abiertos, de pronóstico grave corresponde a un trastorno severo del desarrollo como autismo o constituye el primer síntoma de una psicosis infantil.

- **Insomnio agitado:** De mayor frecuencia que el anterior los bebés alternan períodos breves de sueño y vigilia, corresponde a distorsiones relacionales dadas por incoherencias de actitudes

parentales, carencias, discontinuidad afectiva y/o sobre estimulación. El bebé se muestra irritable llora provocando aumento de la tensión familiar lo que suele agravar el síntoma.

En los casos más benignos la reacción de los padres refuerza el insomnio a través de gratificaciones: pasearlo, alimentarlo.

- **Insomnio del segundo semestre:** Este insomnio de conciliación se asocia a la angustia de separación contemporánea a la permanencia del objeto afectivo. De buen pronóstico si cuenta con un proceso de vinculación adecuado y adopta un objeto transicional.

- **Trastornos ulteriores**

- Trastornos del sueño ligado a la hiperactividad motora: de mayor frecuencia en varones entre 9 y 30 meses se caracteriza por dificultades en la conciliación, alternancia de períodos de sueño y vigilia frecuentes a lo largo de la noche.

- Trastornos del sueño ligados a la ansiedad: por persistencia de la ansiedad de separación o por traumatismos como enfermedades, intervenciones quirúrgicas, separación por hospitalización.

- Trastorno del sueño dentro de una psicopatología grave.

c) Trastornos de la alimentación.

Constituyen el trastorno somático de mayor frecuencia de consulta durante el primer año de vida, sea como síntoma aislado, sea concomitante a otro trastorno. Esto es comprensible dado el rol central de la alimentación en la relación madre-bebé. Los principales trastornos se refieren a la anorexia, los vómitos, la rumiación y la hiperfagia. Revisaremos los dos primeros.

- Anorexia: constituye la perturbación de mayor frecuencia y mayor importancia histórica por constituir el primer trastorno somático con reconocimiento de su origen psíquico. De forma variada según la edad, alcanza su mayor frecuencia en el segundo semestre.

- Anorexia mental del segundo semestre: no es un síntoma unívoco, debiéndose diferenciar la anorexia simple o común de la anorexia compleja.

Anorexia Simple Reaccional: Conocida también como anorexia del destete, aparece como un trastorno reaccional al cambio de alimentación que puede perpetuarse a través de un proceso de reacciones recíprocas entre la oposición del bebé y la actitud de presión de la madre. Para impedir una reacción circular de oposición es importante convencer a la madre de no forzar al bebé a

comer. Si la madre varía de táctica la anorexia desaparece rápidamente, si la reacción circular se instala puede durar meses o años.

Anorexia Compleja: Más intensa y resistente al cambio que la anterior. Los bebés se comportan como si la comida no les interesara. Las formas más severas corresponden a situaciones relacionales muy conflictivas o integran una constelación sintomática reveladora de una depresión; en este último caso la anorexia de inercia se acompaña de apatía, desinterés por el mundo exterior y tristeza.

En casos extremos el compromiso vital puede estar amenazado por la falta de alimentación, al conjugar la carencia de un mínimo de experiencias gratificantes con la confrontación a mensajes incoherentes por incompetencia parental extrema como es observable actualmente en díadas con madres que presentan polidependencia.

- Vómitos: de mayor incidencia en el segundo semestre de la vida pueden aparecer brutalmente en situaciones de valor traumáticas para el bebé o episódicamente en el curso de una anorexia en que acepta la alimentación para luego rechazarla. No es infrecuente que los vómitos sustituyan la anorexia.

Cabe hacer notar que vómitos ligados a factores emocionales pueden complicar cualquier cuadro somático.

- Rumiación: aparece entre los 6 y los 8 meses en forma de regurgitaciones y masticaciones repetidas de alimentos, en caso de persistir puede alterar el estado general provocando una desnutrición severa que puede llegar a comprometer el estado general. La observación de la rumiación en bebés ávidos de contacto, hijos de madres muy represivas o deprimidas han llevado a postular el valor sustitutivo del dialogo tonico con la figura de apego de la rumiación.

d) Trastornos Dermatológicos:

La piel es fiel reflejo de las influencias psíquicas por el fenómeno psicogálvanico (alteración emocional del potencial eléctrico). Entre las manifestaciones más frecuentes están la urticaria, el eczema y la psoriasis. Revisaremos sucintamente una de ellas.

Eczema aparece entre los 5 y 6 meses de vida para desaparecer entre los 18 y 24 meses. Con cierta frecuencia es seguida por otra patología como el asma. Los bebés tendrían una

predisposición congénita exacerbada para las respuestas cutáneas que las madres descritas como con altos niveles de hostilidad y ansiedad elicitaban fácilmente.

e) Trastornos Respiratorios

Apnea Emocional:

El episodio de apnea es concomitante al llanto y puede conducir a la pérdida de conocimiento y convulsiones si se prolonga. Ocurre entre el segundo semestre y los 36 meses de vida.

Se presenta en forma cianótica en niños activos y menos frecuentemente en la forma pálida en los niños pasivos la ansiedad que provoca este cuadro en los padres los invita a evitar la frustración hacia el niño extendiendo los límites disciplinarios lo que a su vez provoca aumento de intolerancia a la frustración y mayor posibilidad de episodios de apnea en situaciones relacionales análogas.

2- TRASTORNOS DE LA EXPRESION MOTORA:

La desorganización somática y la motricidad constituyen las vías primordiales de expresión corporal de la psicopatología temprana.

El tono muscular, la postura y el movimiento están íntimamente ligados al contexto afectivo y relacional. La impresión y expresión corporal de la emoción descrita por Wallon en el diálogo tónico se instala a partir de los primeros días de vida a través de la ocurrencia y calidad del holding y el handling materno.

Los trastornos del tono fluctúan entre la hipotonía axial del bebé afectivamente carente a la hipertonia del bebé ansiosamente solicitado.

Las descargas motoras se pueden agrupar en descargas de tipo rítmico como los balanceos; descargas de tipo exploratorio como llevarse los dedos a la nariz o restregarse partes del cuerpo; descargas de tipo autoagresiva como golpearse la cabeza y descargas autoeróticas.

Los trastornos globales de la motricidad se polarizan sea hacia la hiperactividad, agitación y excitación sea hacia la pasividad, inercia y apatía.

Su importancia no depende tanto de su ocurrencia sino de la intensidad, frecuencia y

concomitancia de otros síntomas orientadoras de su diagnóstico.

Estudios prospectivos especialmente en poblaciones de prematuros sugieren una correlación entre las manifestaciones motoras precoces y trastornos ulteriores de la psicomotricidad que se evidencian a partir de las dificultades escolares.

3- TRASTORNOS DE EXPRESION MENTAL

a) Depresión

b) Fobia

a) Depresión: constituye el cuadro clínico de mayor frecuencia y comprende la depresión anaclítica y las formas de presentación menos acentuadas de mayor frecuencia actualmente.

Depresión anaclítica: observada por Spitz en bebés mayores de 6 meses en salas cunas dependientes de servicios penitenciarios consiguiente a la separación por motivos administrativos de sus respectivas madres, la relación previa madre-bebé se situaba dentro de la normalidad. Spitz describe la siguiente evolución:

"Primer mes: los niños se vuelven llorones exigentes, tienden a asirse al observador cuando éste logra hacer contacto con ellos.

Segundo mes: el lloriqueo se cambia en gemidos. Se inicia la pérdida de peso. Hay una detención en el índice de desarrollo.

Tercer mes: los bebés se niegan al contacto. Yacen postrados en sus camitas la mayor parte del tiempo. Se inicia el insomnio, prosigue la pérdida de peso. Hay una tendencia a contraer enfermedades intercurrentes, el retraso motor se generaliza. Se inicia la rigidez facial.

Luego del tercer mes "el retraso motor se acrecienta y es reemplazado por el letargo. El índice de desarrollo empieza a decrecer."

Spitz describe un período transitorio de 2 meses en que el cuadro es reversible con el regreso de la madre o adecuado sustituto materno aunque deja cicatrices que aparecerán en años posteriores. Si la separación excede cinco meses el cuadro se funde con el hospitalismo, esto significa que se torna irreversible y presenta altas tasas de mortalidad.

Recordemos que la noción central de hospitalismo es la privación total del objeto afectivo lo que le otorga mayor patogenicidad que la deprivación.

Hoy en día la depresión anaclítica se presenta especialmente en situaciones catastróficas, naturales y de guerra, cada vez que el bebé pierde radicalmente en quien apoyarse.

Las otras formas de Depresión se dan en presencia de los padres que sin embargo no se involucran afectivamente en la interacción su hija, como en algunos casos de trastornos de la interacción con madres con depresión puerperal.

Criterios diagnósticos

Humor disfórico: se presenta como un comportamiento de indiferencia sin quejas ni lágrimas, de inexpresividad más que de tristeza. Apatía.

Trastorno de la psicomotricidad: la inercia motriz y una tendencia repetitiva monocorde contrasta con las variadas conductas del bebé normal. Mímica pobre, disminución y lentificación de los movimientos corporales, de las iniciativas psicomotoras y de las respuestas motoras frente a variados estímulos en situación interactiva.

Pobreza interactiva: disminución notable de las demandas de interacción y disminución de las respuestas frente a las interacciones solicitadas a nivel de los diálogos verbales, corporales y visuales; el trastorno de la comunicación se agrava circularmente en la medida que la interacción con el bebé no es gratificante para el otro protagonista.

Esta tríada elemental para el diagnóstico del síndrome depresivo se asocia generalmente con síntomas de expresión somática.

b) Fobia: se manifiestan generalmente a partir del segundo semestre de la vida como fobias masivas, desorganizadas frente a ruidos, objetos diversos o selectivas a la alimentación, la defecación. La fobia constituye un estado de inhibición ansiosa que bloquea la curiosidad natural del bebé por lo cual puede perturbarlo en diferentes áreas de su desarrollo.

4- TRASTORNOS DEL DESARROLLO

El desarrollo se exterioriza por adquisiciones que se inscriben cronobiológicamente a nivel de la psicomotricidad, el lenguaje, el comportamiento con los objetos y hacia las personas (comportamiento adaptativo y sociabilidad respectivamente).

Desde una perspectiva clínica se distinguen los trastornos generalizados y los

específicos.

Evolutivamente se diferencian los retardos y las deficiencias inscritas genéticamente.

Desde una perspectiva estructural el trastorno puede constituir la expresión psicopatológica en si misma o puede estar incluida en una estructura mental definida: deficitaria, psicótica, neurótica o disarmónica.

Esta categoría puede, por lo tanto, englobar alteraciones tan variadas como el Retardo del desarrollo psicomotor y el Autismo infantil.

III- SITUACIONES CLINICAS FRECUENTES EN FAMILIAS EN FORMACION:

desde la óptica preventiva de este tema es perentorio enunciar las situaciones que dificultan el proceso de vinculación para ir difundiendo transdisciplinariamente las conductas y actitudes mas adecuadas para garantizar el mejor desarrollo posible del niño.

1- Situaciones clínicas del bebé que dificultan el proceso de vinculación. Las situaciones que asientan en el bebé, al menos en su expresión fenotípica como la prematurez y las malformaciones tienen como denominador común los protagonistas (padres-bebé-equipo de salud) y el proceso de duelo, sea pérdida del estado de gravidez y del bebé de termino, sea la pérdida del niño normal.

2- Situaciones clínicas de los padres: cabe destacar los procesos de duelo y la psicopatología parental.

La elaboración del duelo se contrapone psicodinámicamente al proceso de vinculación lo que confiere una vulnerabilidad no despreciable a ambos procesos, especialmente en casos de duelo por hijos fallecidos.

El peso de la psicopatología parental depende de factores tales como su naturaleza, su gravedad, duración, evolución y red de apoyo familiar y social y la edad del niño. El efecto perturbador de psicosis, trastorno de la personalidad trastornos afectivos y polidependencia es objeto de estudio de los últimos años.

3- Familias con múltiples carencias transgeneracionales constituyen otro grupo de riesgo para trastorno de la vinculación por la falla en la incorporación de una imagen de identificación parental adecuada.

TRATAMIENTO

Las intervenciones terapéuticas son múltiples y diversas según la especificidad del trastorno, los objetivos y la referencia teórica.

Según el modelo expuesto la psicoterapia madre-bebé constituye la primera opción, ella introduce modificaciones de las interacciones diádicas utilizando una aproximación multifocal a nivel de las interacciones concretas a nivel y a nivel de las verbalizaciones maternas; facilita la emergencia de los contenidos que se inscriben en los comportamientos interactivos disfuncionales movilizando la problemática relacional para su elaboración. Intervenciones lúdicas dirigidas al bebé en presencia de la madre e intervenciones centrada en el contenido transgeneracional dirigidas a los padres pueden ser igualmente eficaces.

PREVENCION

Que la perinatalidad sea un período clave para el desarrollo de vínculos adecuados brinda la posibilidad de efectuar intervenciones oportunas de gran impacto preventivo, anticipando la instalación de trastornos. La difusión de conceptos y transferencia de técnicas básicas que fomenten un proceso de vinculación adecuado y detecten tempranamente relaciones de alto riesgo relacional deberían incorporarse programáticamente.

BIBLIOGRAFIA

- 1- Ainsworth M. Patterns of infant-mother attachment: antecedents and effects on development Bulletin of New York Academy of Medicine (61), 771-791, 1985
- 2- Bowlby J. Una base segura. Barcelona, Paidós Ibérica, 1989.
- 3- Bowlby J. The nature of the child's tie to his mother. Int J Psychoanal, 39, 350-373, 1958.
- 4- Bowlby J. Maternal Care and mental health. Ginebra, WHO 1951.
- 5- Brazelton T. Neonatal Behavioral Assessment Scale. Clinics in Developmental Medicine N° 137 3er Ed. Cambridge University Press. 1995.
- 6- Cramer B. Psychiatrie du bébé: nouvelles frontières, Eskel, 1988.

- 7- Evrard P., Marret S. Gressens P. Environmental and genetic determinants of neural migration and postmigratory survival. *Acta Paediatr.Scand. Suppl 422 Vol 86/July 20,6,1997.*
- 8- Greenspan S., Lieberman A. Infants, mothers and their interaction: a quantitative approach to developmental assessment. In: *The Course of Life Vol. I: Infancy*, ed S.Y. Greenspan and G.H. Pollock, Madison, CCT: International Universities Press 505-560, 1989.
- 9- Hofer, M.A. Early relationships as regulators of infant physiology and behavior. *Acta Paediatr. (Suppl 397): 9-18,1994.*
- 10- Kimelman M., Núñez C., Hernández G. y cols. Construcción y evaluación de pauta de medición de riesgo relacional madre- recién nacido. *Rev. Médica de Chile, 123, 6:707-712, 1995.*
- 11- Klaus M., Kennel J., Klaus Ph. *The route at independence en Merloyd Lawrence Book Bonding U.S.A. Addison-Wesley Publishing Company 1995.*
- 12- Klein M. Principios psicológicos del análisis infantil a M. Klein, *Obras Completas, Paidós-Hormé, Vol II, 1975-1977.*
- 13- Kreisler L., Fain M., Soulé M. *L'enfant et son corps. París PUF 1981.*
- 14- Lebovici S., Mazet Ph *L'evaluation des interactions précoces entre le bébé et ses partenaires. Ed. Eshel/Genève 1996.*
- 15- Mahler M. *Separación-individuación. Estudios 2. Ed. Paidos 1984.*
- 16- Main M., Solomon J. Discovery of an insecure, disorganized/disoriented attachment pattern. *Yogman, Brazelton T.B. ed. Affective Development in infancy. N.J. Ablex Norwood 1986.*
- 17- Mazet P., Stoleru S. *Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant. Ed. Masson Paris 1993.*
- 18- Rutter M. Pathways from childhood to adult life. *J. Child Psychol. Psychiatry, 30:23-51, 1989.*
- 19- Spitz R. *El primer año de vida del niño. Fondo de Cultura Económica. Buenos Aires, 1965.*
- 20- Stern, D. One way to build a clinically relevant baby. *Infant Mental health Journal, 15(1) 9-*

25, 1994.

21- Stern D. La primera relación madre-hijo. ED. Morata Buenos Aires 1989.

22- Winnicott D.W. De la pédiatrie à la psychanalyse. Payat, Paris. 1969.