la psicopatología del bebé

serge lebovici
françoise weil-halpern

siglo veintiuno editores

psicología
y
psicoanálisis

DIRIGIDA POR OCTAVIO CHAMIZO

traducción de
FRANCISCO JAVIER GONZÁLEZ Y ORTIZ

LA PSICOPATOLOGÍA DEL BEBÉ

compilado por
SERGE LEBOVICI
FRANÇOISE WEIL-HALPERN

prefacio de
PHILIPPE LAZAR

por

JEAN-LOUIS ADRIEN * CLAIRE AMBROSELLI * MARGUERITE AUZIAS
CATHERINE BARTHÉLÉMY * PIERRE-MARIE BAUDONNIÈRE * JOHN BOWLBY
FRANÇOIS BRESSON * MARIE-CLAIRE BUSNEL * ROSINE DEBRAY
ANNE FRICHET * ANNIE GAUVAIN-PIQUARD * CAROLYN GRANIER-DEFERRE
ANTOINE GUEDENEY * LAURENCE HAMEURY * JAMES M. HERZOG * ARTHUR KORNHABER
LÉON KREISLER * MARTINE LAMOUR * NELLY LEBLANC * SERGE LEBOVICI
JEAN-PIERRE LECANUET * ALICE G. LEHMANN * PASCAL LENOIR * REGINALD S. LOURIE
MICHEL MANCIAUX * CATHERINE MIGNOT * FRANÇOISE MOLENAT * JACQUELINE NADEL
JANINE NOËL * COLETTE PERICCHI * ANNE PERROT-BEAUGERIE * MONIQUE PINOL-DOURIEZ
MICHÈLE PORTE * JACQUELINE RABAIN-JAMIN * JOËL ROY * CLAUDE RUMEAU-ROUQUETTE
DOMINIQUE SAUVAGE * MICHELE SOULÉ * NADINE SPIRA * SERGE STOLERU * ANNE TURSZ
FRANÇOISE WEIL-HALPERN * DORIS WILLS

siglo
veintiuno
editores

siglo xxi editores, s.a. de c.v.
CERRO DEL AGUA 248, ROMERO DE TERREROS, 04310, MÉXICO, D.F.

siglo xxi de españa editores, s.a.
PRÍNCIPE DE VERGARA 78, 28006, MADRID, ESPAÑA

siglo xxi editores, s.a.
TUCUMÁN 1621, 7º N, C1050AAG, BUENOS AIRES, ARGENTINA

portada de carlos palleiro

primera edición en español, 1995
segunda edición en español, 2006

isbn 968-23-1936-6

primera edición en francés, 1989

título original: *psychopathologie du bebé*

impreso y hecho en méxico/printed and made in mexico

NOTA DEL DIRECTOR DE LA COLECCIÓN

La psicopatología del bebé es un libro que bajo la coordinación de Serge Lebovici y Françoise Weil-Halpern reúne trabajos que abordan desde diversas disciplinas la problemática del bebé. Para su edición en español, de acuerdo con los responsables de la edición francesa, se ha hecho una selección de dichos trabajos en función de los lineamientos y límites de la colección Psicología y Psicoanálisis de esta casa editorial.

O.C.

PREFACIO

PHILIPPE LAZAR

Ha transcurrido menos de un siglo desde que Sigmund Freud estremeciera las (buenas) conciencias europeas al demostrar la existencia de una sexualidad infantil, y afirmara que el equilibrio psicológico del adulto se debía fundamentalmente a lo vivido y a los traumatismos de los primeros años de vida.

Hoy, el recién nacido, aparición poco frecuente y por ello más apreciada, es recibido en el seno de una familia nuclear, cuando no monoparental o desarraigada. Desde las primeras semanas de su existencia intrauterina, el bebé habrá sido observado, medido, "ecografiado" y se le habrán tomado todo tipo de muestras. Además, su nacimiento habrá sido programado en función de los criterios técnicos y éticos de sus padres pero también por diversos actores del campo social: psicólogos, trabajadores sociales, médicos... En compensación, se espera de este bebé que nazca sano y que desarrolle todas sus potencialidades. No es éste siempre el caso, a veces nace con malformaciones, deficiencias sensoriales, o bien diabético, cardiaco o sidoso, y deberá pasar a veces largos periodos en el hospital, donde deberá hacerse todo lo posible para que su estancia no tenga consecuencias psíquicas demasiado graves. También se deberá ayudar a los padres a superar su desconcierto y guiarlos para que el bebé desarrolle sus posibilidades al máximo.

Por otra parte, aun si nace aparentemente sano y de una madre no psicótica o toxicómana, el bebé puede sufrir tempranamente algún padecimiento psicopatológico en su desarrollo. ¿Cómo reconocer las interacciones no armoniosas entre la madre y su bebé? ¿Cuándo diagnosticar una depresión del lactante o los signos premonitorios de un autismo? ¿Cómo negar el sufrimiento psíquico debido a la aparición de un asma o una colopatía funcional? ¿Qué significan los gritos o las dificultades para conciliar el sueño? ¿Existen niños de pecho más vulnerables que otros y es posible caracterizar a las familias que "representan un riesgo"? ¿Es posible hacer alguna prevención, dar un tratamiento, y de qué modo?

El campo de estudio de esta nueva ciencia que es la psicopatología del bebé es inmenso y apenas está comenzando a ser descifrado. Y también se abre una buena cantidad de posibilidades de investigación: en ciencias humanas (psicología, psicoanálisis, sociología, antropología), epidemiológicas, clínicas y básicas (neurociencias, diagnóstico prenatal, ciencias de la comunicación, etología humana), sin olvidar el dominio de la investigación-acción.

Es preciso desarrollar y acomodar este campo de investigación, al mismo

tiempo que dedicarle una reflexión ética profunda relacionada con el derecho de todo bebé a convertirse en un adulto sano y no mutilado en su afectividad o su inteligencia.

Hay que rendir homenaje a Serge Lebovici y a Françoise Weil-Halpern por reunir por primera vez, en este tratado sobre *La psicopatología del bebé*, las contribuciones de los mejores especialistas, clínicos e investigadores, que se ponen del lado del neonato. Era lógico que el INSERM, organismo francés de investigación médica y sanitaria, atento a la transmisión de conocimientos hacia la práctica, apoyara la publicación de esta obra, destinada a convertirse en el libro de consulta de todos aquellos que trabajan por el beneficio de los lactantes.

PHILIPPE LAZAR
Director general del INSERM

1. ¿POR QUÉ LA PSICOPATOLOGÍA DEL BEBÉ?

SERGE LEBOVICI
FRANÇOISE WEIL-HALPERN

El pasado

En otros tiempos el bebé inquietaba por la posibilidad de sufrir enfermedades perinatales: enfermedades cerebrales y/o motrices-cerebrales. Estas últimas eran, con mucha frecuencia, consecuencia de encefalopatías congénitas o adquiridas, sobre todo en el parto. En todos estos casos, y en otros, había que preocuparse por el retardo del desarrollo manifestado en un comienzo y que afectaba casi siempre el desarrollo psicomotor. Otras enfermedades eran más difíciles de detectar en el bebé, particularmente las enfermedades sensoriales relacionadas con la vista o la audición.

Todas estas afecciones, generalmente definitivas, implicaban una desventaja cuyas consecuencias demostraban ser más importantes entre los estratos sociales menos favorecidos [6].

Los vínculos entre madre y bebé

Era conocido, desde el desarrollo de los servicios hospitalarios de pediatría, el pesado tributo que debían pagar los niños de pecho debido a las infecciones en los nosocomios. Tras la segunda guerra mundial, aparecen los trabajos de Anna Freud y Dorothy Burlingham sobre los efectos causados por la separación de los bebés y sus familias [7]. La separación y los efectos de la ausencia materna fueron popularizados por René Spitz: se sabe que este autor describió, bajo el nombre muy elocuente de hospitalismo, los efectos –por otra parte desde hace mucho reversibles [13]– de las separaciones precoces, que originan la depresión por dependencia o la depresión anaclítica. John Bowlby, cuyos conceptos habrían de cambiar –lo veremos pronto–, recibió de la Organización Mundial de la Salud (OMS) el cargo de reunir todos estos estudios sobre los efectos producidos por la falta de cuidados maternos [3]. Así, bajo la dirección de A. Ainsworth [1], se hizo una inmediata revaluación de estos efectos: se pensaba que la depresión por separación afectaba sobre todo a los lactantes que padecían lo que más tarde denominamos "lesiones cerebrales menores".

De todos modos, el mérito de René Spitz se debía también a la descripción

de los puntos de organización alrededor de los cuales se concretaba el desarrollo del bebé. Uno de ellos, la fobia ante la cara de un extraño, manifestaba sus efectos alrededor del octavo mes de vida, lo que demostraba el hecho de que el bebé tenía ya una representación permanente y diferenciada de su madre: podría decirse que la presencia del extraño equivalía a la ausencia de la madre, y que el bebé proyectaba y desplazaba sus primeras angustias de separación sobre un objeto exterior, el extraño.

Estas tesis y observaciones sobre la consecuencia de la separación de la madre y su bebé contribuyeron a desarrollar la política de cuidados maternos y favorecieron la prolongación de éstos. Esta situación llevó a la antropóloga Margaret Mead a protestar contra lo que según ella era una explotación, que hacían los hombres, de teorías científicas todavía no confirmadas, lo que les permitía, cuando menos –ésta era su hipótesis–, prolongar la sujeción de las mujeres a los dictados masculinos: se trataba de mantener la dependencia de las mujeres respecto de sus cónyuges, los únicos que debían encargarse de las finanzas domésticas. Pero estos trabajos sobre las terribles consecuencias de la separación madre-bebé, confirmaban también las hipótesis fundamentales de S. Freud sobre la génesis de la representación mental [8]. Según el fundador del psicoanálisis, el bebé nace, en efecto, totalmente dependiente de los cuidados maternos, con los cuales forma una unidad indisoluble. Omnipotente, puesto que no se distingue de su madre, cuya vigilancia le asegura cuidados perfectos, y luego encerrado en su narcisismo, el recién nacido está también en un estado de angustia que es constantemente colmado por estos cuidados, lo que le permite inscribir las huellas mnémicas de sus experiencias de satisfacción. Si la madre, que pronto será requerida por sus deberes de mujer, no está ya completamente a la disposición de su bebé, éste será sin embargo capaz de reproducir por sí mismo las huellas de satisfacción gracias a la reactivación de zonas autoeróticas cuyo uso le han enseñado sus precoces capacidades. Así, al reactivarse la "cavidad primaria" [13], el bebé puede "alucinar" la satisfacción y representarse de modo preliminar el objeto materno que le fue proporcionado [9]. Freud podía entonces escribir en una nota redactada en ocasión de su edición de 1925: "El seno nace por la ausencia del seno"; es decir, la representación del seno materno nace de su privación. Este hecho ha llevado a uno de nosotros a proponer una fórmula que recuerda que la representación de la madre precede a su percepción de manera diferenciada y permanente: "El bebé inviste a su madre antes de percibirla" [11].

Con René Spitz, D. Winnicott ha completado y profundizado los puntos de vista freudianos que acabamos de recordar [16], y lo ha hecho con una eficacia poco frecuente de la fórmula metafórica al describir en su experiencia de los cuidados maternos, el "*holding** y el *handling* (manipulación)": según

* Este término es así utilizado habitualmente. También puede decirse algo así como "capacidad de contención", capacidad para dar acomodo y respuesta a las necesidades. [T.]

él, la madre es, a la vez, un objeto de la realidad y del mundo de las representaciones. Este *holding* y esta manipulación, dentro de un ambiente de juego, no impiden que la madre constantemente viva y/o exprese su ambivalencia: el inquieto bebé debe aprender a sobrevivir y a separarse de su madre gracias a un área "yo-no yo", que es un área de juego y de cultura. Así es como constituye su sentimiento de estar continuamente vivo y como organiza eso que Winnicott denomina su "*self*".

Por su parte, los psicoanalistas kleinianos piensan que para el recién nacido no existe diferencia entre el objeto psicológico de la realidad y los fantasmas que lo representan: las representaciones mentales existen entonces de entrada; el bebé quiere apropiarse de su madre, a quien no posee y quien se vuelve mala porque no le pertenece a él o porque le pertenece a su padre. Es buena madre cuando puede incorporarla como un buen alimento, pero se convierte en seno malo porque su envidia lo ha dañado. Estos fantasmas de buena y mala madre son el origen de pensamientos violentos y constantemente proyectados en la representación materna, tal como se observa en los problemas mentales de naturaleza persecutoria o depresiva. Supuestamente la existencia de estos fantasmas se reencuentra en los juegos de los niños y los fantasmas de los adultos seriamente dañados. Queda por demostrarse, que estas producciones arcaicas se organicen en secuencias genéticas. Sin embargo, los sucesores de Melanie Klein han ido más allá en sus descripciones metafóricas. Para dar un ejemplo, Bion describe la capacidad de ensoñación de la madre como una capacidad para desintoxicar a su bebé de sus violencias fantasmáticas [2]. Tales producciones, se adivina, sólo se ponen en evidencia en las curas psicoanalíticas y no se manifiestan en la observación del bebé con sus compañeros de crianza.

La revolución del apego

En el decenio de 1960, J. Bowlby empezó a tomar en cuenta los trabajos de los etólogos y el comportamiento animal sobre la impronta o impregnación de aquellos psicólogos-genetistas, como Piaget, y los genetistas a secas, y propuso la teoría según la cual la naturaleza de los vínculos entre el bebé y su madre es la expresión del apego generalizado, que es la manera en que los compañeros de la generación precedente tienen para proteger a sus pequeños contra el ataque de los predadores [4, 12, 14]. El bebé humano está condenado por su neotenia a no ser capaz de seguir a su madre y a colgarse de ella. Por lo tanto la madre humana debe interpretar las actitudes del pequeño, como el tender los brazos. Ya no se trata de correr y agarrarse de los pelos de su pecho, la madre comprende "quiere que lo tome en brazos". Esta anticipación materna es rápidamente retomada por el bebé, quien, desde los tres meses se anticipa a la conducta materna tendiendo los brazos cuando la escucha.

El apego humano no está lejos del instinto de agarrarse descrito por Imre Hermann [10], representante de la escuela húngara de psicoanálisis, quien considera este instinto como la expresión del amor primario y oceánico de los primeros tiempos de la vida humana.

Las interacciones precoces

Su descripción se construye sobre la huella de las interacciones comportamentales de las que acabamos de evocar un ejemplo en el gesto recíproco de la madre y de su bebé que se tienden los brazos. Además, tales comportamientos suponen las anticipaciones maternas que le dan un sentido de prematuridad a las sorprendentes capacidades de los bebés y las transforman en hazañas. Estos intercambios son, pues, bilaterales y provienen de uno o el otro de ellos. Se trata aquí de intercambios imaginarios y fantasmáticos porque la madre introduce en su práctica de crianza a otro bebé que no es el que tiene en brazos; el bebé imaginario es aquel que tiene que ver con su deseo de embarazo, el que ella ha construido para su pareja. El otro bebé, el bebé fantasmático es el resultado de sus deseos de maternidad y data de su propia infancia: es el bebé que ella le ha querido dar al abuelo materno del bebé futuro o recién llegado. Con estos distintos bebés, comparte ella un baño de afectos armonizados y sincronizados que se expresan a través de mímica, diálogo tónico y vocalizaciones entonativas y recíprocas.

- La patología psíquica precoz es una patología de los vínculos y de sus vicisitudes. Es una patología del apego.
- Esta patología se estudia a través de la morfología y el transcurso de las interacciones.
- Se manifiesta por medio de problemas funcionales relacionados con el sueño y el apetito.
- Puede incluir irregularidades del desarrollo.
- Puede dar lugar a organizaciones depresivas.
- Es inseparable de aquello que provoca en los padres y en la familia del bebé.

Los problemas cognoscitivos

Conviene que los retardos del desarrollo psicomotor sean seguidos de diversas pruebas. En Francia hace mucho que se emplean las pruebas de Gesell y también las de Brunet y Lézine. Estudiaremos aquí estas escalas de medición del desarrollo.

Pero el estudio del desarrollo cognoscitivo o cognitivo pertenece más bien a los psicólogos genetistas entre quienes se han hecho ilustres W.T. Preyer, Charlotte Bühler, y luego H. Wallon y J. Piaget. Wallon describe la evolución del desarrollo del bebé muy pequeño con base en los modos de evolución del funcionamiento neurocerebral. Piaget ha trabajado desde hace mucho con el método empírico para verificar en los bebés sus tesis sobre la operacionalidad de la inteligencia que es, en principio, sensomotriz.

Durante la última parte de su vida, Piaget intentó construir una epistemología genética sostenida por la lógica formal. Así, al mismo tiempo que su teoría habría de suscitar fuertes controversias, abría la vía para nuevas perspectivas cognitivistas o anticonstructivistas, aquellas que estudiaban la cognición y el funcionamiento modular de la inteligencia. Se comprende que para este nuevo enfoque, la descripción de las capacidades precoces se basa, a la vez, en perspectivas genéticas y en los descubrimientos efectuados en el dominio de las neurociencias. Estas últimas ofrecían la posibilidad de vincular directamente el comportamiento con el funcionamiento cerebral en su intimidad molecular, y parecían permitir la construcción de un puente entre el funcionamiento sináptico y sus modificaciones, en particular la reducción del número y la especialización de las conexiones, por una parte, y el comportamiento y el desarrollo de las modalidades cognoscitivas, por la otra [5]. Estos trabajos permitieron comprender, en cierta medida, las relaciones entre el desarrollo cognoscitivo y la organización propia del sistema nervioso.

El descubrimiento de malfuncionamientos cognoscitivos, en ciertos problemas mentales de los bebés muy pequeños, ha reforzado el interés por la neuropsicología y la práctica de la neuropediatría. Esta última se opone a veces al enfoque psicodinámico de los problemas en bebés muy pequeños. Pero, como veremos, el descubrimiento de un problema cognoscitivo en apariencia específico, como algunos lo pretenden a propósito del autismo infantil precoz de Léo Kanner, no debe, en absoluto, dejar de lado el estudio de estas consecuencias sobre la evolución de las interacciones y sobre la evolución del estado de cada uno de los participantes en estas interacciones. Para retomar el ejemplo del autismo, se dice que el bebé aquejado de esto no reconoce la significación de la mímica del adulto, particularmente la de su madre. Resulta así que, desconcertada al no poder realizar su programa interactivo, la madre se deprime, y no se excluye que su depresión pueda agravar el retraso de las comunicaciones que provienen del bebé.

El temperamento

Aun tomando en cuenta todas las variables que hemos evocado en las líneas precedentes, la evolución del bebé sólo puede comprenderse si le damos lugar a aquello que tenemos el hábito de llamar su temperamento, por ejemplo fácil o difícil. Por otra parte, no es evidente que esta evolución sea mejor en los bebés calmados que no exigen esfuerzos por parte de aquellos que los educan.

Este breve estudio sobre el dominio y la especificidad de la psiquiatría del

niño de pecho muestra que, a partir de la preocupación por los disminuidos físicamente, los psiquiatras han empezado a estudiar las consecuencias producidas por su educación, y especialmente por las relaciones que tienen con sus padres. Especificar este dominio de la psicopatología exigía la colaboración transdisciplinaria de las ciencias de la vida y del comportamiento, y permitía diseñar eso que podríamos denominar una patología de las interacciones. De este modo, los problemas funcionales del bebé pueden abordarse en el transcurso de consultas terapéuticas eficaces. También es posible esperar que la aproximación psicopatológica de estos niños, y de aquellos familiares que tienen dificultades, tenga un valor preventivo en cuanto a la aparición de problemas mentales o dificultades sociales ulteriores. Habrá que verificarlo. Nuestra convicción es que estos enfoques clínicos y las investigaciones clínicas que se vuelven indispensables, justifican ampliamente la reunión de colaboradores en este libro, que intenta ilustrar cuál es el estado de este tema para el público que trabaja en el campo de la asistencia médica, en el sector social y en la educación.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Ainsworth, M., "Les répercussions de la carence maternelle", en *Cahiers de l'OMS*, 1961, 14, pp. 95-168.
[2] Bion, W.R., *Entretiens psychanalytiques*, 1977, París, Gallimard, 1980.
[3] Bowlby, J. *Cuidados maternos y salud mental del bebé*, Buenos Aires, Humanitas.
[4] Bowlby, J. *Vínculo afectivo*, Buenos Aires, Paidós.
[5] Changeux, P., *Hombre neuronal*, Madrid, Espasa-Calpe, 1985.
[6] Fardeau, H. y S. Tomkiewicz, "Réduir les handicaps. Rapport des groupes de travail réunis à l'initiative de la mission pour la valorisation économique et sociale de l'INSERM", París, INSERM, *La Documentation Française*, 1985.
[7] Freud, A. y D. Burlingham, *Enfants sans familles*, 1944. París, PUF, 1947.
[8] Freud, S., *La interpretación de los sueños*, en *Obras completas*, vols. IV-V, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.
[9] Freud, S., *Tres ensayos sobre teoría sexual*, en *Obras completas*, vol. VII, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.
[10] Hermann, I., *L'instinct filial*, París, Denoël, 1972.
[11] Lebovici, S., "La relation objectale chez l'enfant", en *Psychiatrie de l'Enfant*, 1961, 3: 1, pp. 147-226.
[12] Lorenz, K., *Sobre la agresión: el pretendido mal*, México, Siglo XXI, 1971.
[13] Spitz, R., *De la naissance à la parole*, 1965, París, PUF, 1968, *No y sí: sobre la génesis de la comunicación humana*, Buenos Aires, Hormé.
[14] Tinbergen, N., *El estudio del instinto*, México, Siglo XXI, 1969.
[15] Winnicott, D., *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona, Laia.

2. BREVE REVISIÓN HISTÓRICA DE LOS ESTUDIOS SOBRE EL DESARROLLO NORMAL Y PATOLÓGICO DEL LACTANTE

REGINALD S. LOURIE

El fenómeno del "apego", que en el transcurso del desarrollo de la criatura del hombre designa la primera etapa del establecimiento de una relación, se conoce y ha sido comentado desde los orígenes de la historia. A veces, se describen también algunos de sus trastornos, en la Biblia, en obras de arte y tempranamente en la literatura inglesa.

Muchos novelistas han expuesto intuitivamente sus consecuencias sobre el desarrollo y el funcionamiento ulteriores de la personalidad, sobre todo aquellos que han descrito las modalidades simbióticas de la relación madre-hijo como otra forma de "bien humano". A pesar de ello, el estudio científico de este proceso y sus avatares sólo se ha emprendido desde hace cuarenta o cincuenta años.

Los estudios más detallados del fenómeno del apego fueron realizados primero por etólogos [46, 81] en animales pequeños, luego por psicólogos y psiquiatras, y finalmente por pediatras. Los conceptos de impronta y de periodo crítico del desarrollo no revelaron ser directamente aplicables al lactante humano, sin embargo, incitaron el desarrollo de investigaciones sobre el comportamiento recíproco entre madre y bebé en la especie humana.

Conviene subrayar, sin embargo, que desde 1919 Caneron había señalado una serie de factores que interferían con este proceso durante el primer año de vida [15]. Así, le consagra un capítulo entero a los "bebés nerviosos hereditariamente", o detalla los síntomas que llevan a las madres al agotamiento y emite sugerencias pertinentes sobre la manera de ayudarlas. Y todavía un poco antes, Rachford [63] había descrito las diferencias individuales en bebés muy pequeños que habían sido etiquetados con "actividad nerviosa excesiva" e "inmadurez funcional del sistema nervioso".

El enfoque más específico para la comprensión de los mecanismos de estas primeras etapas del establecimiento de la relación se basa en los conceptos freudianos de relación de objeto como componente fundamental de las funciones del yo [26]. Lebovici hizo una exposición teórico-práctica en su estudio sobre la relación madre-hijo [42]. Winnicott ha escrito desde 1931, con base en su práctica pediátrica, un gran número de artículos acerca del papel clave que desempeña la madre en los esquemas de establecimiento de esta relación. Parece que la obra de Middlemore *The nursing couple* ha contribuido en mucho a mantener el interés en estos estudios [52].

A principio de los años treinta, en el transcurso de la Tercera Conferencia

de la Casa Blanca sobre la salud y la Protección del Niño se hacía ya mención a los problemas del apego. En 1932, Bronson Croters, director de la sección "Psicología y Psiquiatría" de la revista *Pediatría*, examinaba el conflicto que oponía a los partidarios de mantener a los niños en su familia y de darles una guía especializada, con los defensores de la educación a cargo de personal profesional, tal como se hacía en las guarderías rusas y los kibutz israelitas. Se establecieron programas parecidos a los de tales guarderías y kibutz en Francia y en algunos países del Este. Tres generaciones de niños fueron educados siguiendo este método; hoy se piensa que los niños confiados a guarderías deben pasar la mayor parte del tiempo posible con su familia.

Pese a todo, estas experiencias han permitido la formación de personal de la educación del niño en centros de formación profesional y con programas de estudio creados para esto, y se les paga a estos profesionales sobre una base comparable a la de los maestros y médicos.

La primera gran serie de estudios que vino después de esto se inició en los años cuarenta con niños de instituciones. Lawson Lowrey [50] y J. McVicket Hunt [34] describen los desastrosos efectos de la ausencia materna en la personalidad y el desarrollo cognoscitivo ulteriores de los bebés, en los orfelinatos de Nueva York y Teherán. Backwin publica en 1942 un informe que subraya los efectos negativos en los bebés que estuvieron hospitalizados, así como una revisión de los trabajos realizados sobre este tema desde 1909, y forja entonces el concepto de hospitalismo [6].

La mayor repercusión en este campo la obtienen las publicaciones de Dorothy Burlingham y Anna Freud [13, 14], quienes habían observado en la Hampstead Nursery a bebés cuyas familias habían desaparecido luego de los bombardeos de Londres, y las de René Spitz, inmediatamente posteriores a la guerra, acerca de la depresión anaclítica y el hospitalismo de los niños muy pequeños [74, 75]. En Estados Unidos las películas de René Spitz provocaron el surgimiento de una ley, en 45 de los 48 estados, que prohibía a las instituciones hacerse cargo de los niños de pecho, y cerraba todas estas instituciones, incluyendo las "buenas". Como consecuencia, Provence y Lipton publican en 1962 una revisión de estos estudios [62].

Todos estos trabajos promueven un renacimiento del interés por el estudio de las fases críticas del desarrollo precoz del niño, en particular por el proceso que le permite a éste ser parte de otra persona y constituirse como un todo separado. Spitz pensaba que una ausencia de relación, de sólo tres meses, era traumática y podía tener un efecto desastroso en este aprendizaje [74]. Según Lowrey, tal aprendizaje es todavía posible hasta la edad de tres años [50]. Nuestras propias observaciones nos llevan a aumentar este periodo hasta la edad de seis años [48], pero generalmente se admite que es ésta la edad límite y que más allá de ella ciertos aprendizajes ya no son posibles. Este fenómeno es lo que lleva a Bowlby, con base en su estudio de 44 adolescentes privados de afecto, a demostrar la importancia vital de las más precoces vivencias entre la madre y el bebé [9].

Dorothy Burlingham y Anna Freud mencionan el hecho conocido, pero relativamente poco estudiado, de que existen diferencias individuales en cuanto a la capacidad de apego entre los lactantes. Hacían notar, por ejemplo, que algunos bebés, dotados de un poder emisor, el *sending power** de Lois Murphy [53], encontraban la manera de ser atractivos para algunas personas con capacidades maternales disponibles y de convertirse en los favoritos, con lo cual aprendían a formar parte de otra persona y a constituirse como un todo separado. Un segundo grupo estaba constituido por niños menos dotados pero que expresaban la necesidad de tener este aprendizaje y por ello se volvían hacia los otros niños. El tercer grupo, el de los niños más pasivos, que tenían menos energía, reunía a los niños más fácilmente dejados de lado. Fue esta pulsión manifestada por los dos primeros grupos, lo que Bowlby denominó instinto en su estudio sobre el apego [11].

Estas diferencias aparecían desde la vida fetal [4, 8, 23, 28, 44, 53, 54, 79].

Los estudios acerca de la importancia y la naturaleza del proceso de apego adquirieron una nueva orientación cuando se tomó en consideración la relación entre proceso de apego y establecimiento de la dependencia. Bender y Erikson llaman la atención sobre un punto esencial [22]: el bebé presenta problemas con sus expectativas relacionales si las experiencias vividas en el seno de la relación padres-niño no le han dado la certidumbre íntima de que sus necesidades de dependencia pueden ser adecuadamente satisfechas. A partir de entonces se destacan tres direcciones de estudio. La más importante de ellas tiene que ver con la repercusión ulterior de las alteraciones de esta certidumbre íntima del bebé, y por tanto con el vínculo entre una preocupación continua, desde la infancia, relacionada con la dependencia y la constitución de un tipo de personalidad o carácter.

Anthony [5] informa que Descunet, a principios del siglo XIX, había comprendido que los problemas del adulto tenían su raíz en las dificultades de la infancia. Fraiberg sostiene lo mismo cuando dice que "cada acto de amor implica un prólogo cuyo origen se sitúa en el transcurso del primer año de vida" [25]. Nosotros mismos hemos mostrado la manera en que el masoquismo primario podría perpetuarse debido a las respuestas inapropiadas a las necesidades, displaceres y fallas de regulación del niño [48].

Esta noción relacionada con los antecedentes muy precoces de los problemas psicológicos ha sido objeto de innumerables ataques, sobre todo cuando se ha empleado como justificación principal para considerar a la temprana infancia como la edad en la que deberían hacerse todos los esfuerzos de prevención primaria.

De todos modos, Rutter [70], en su revisión crítica de los programas de prevención, piensa que es todavía demasiado pronto para pronunciar un jui-

* En inglés en el original. Se respeta, en lo sucesivo, la decisión de los autores de dejar algunos términos en inglés. [T.]

cio definitivo sobre la eficacia de las acciones que se dan en el transcurso de la primera infancia.

El papel desempeñado por la madre respecto de los cuidados a su niño ha sido examinado desde muchos puntos de vista. Maria Piers ha estudiado los cuidados alimentarios del pasado y los periodos de infanticidio [59]. Y luego ha descrito los modelos de relación "mórbida" ("patógena") de la madre hacia su niño, como la sobreprotección [43], y el síndrome del niño vulnerable [32]. El concepto de madre "esquizofrenizante" incita rápidamente a Kanner a escribir *En defensa de las madres* [35].

Más recientemente, ha surgido una vasta literatura que propone tanto una clasificación de madres que consitituyen un "alto riesgo" para sus niños como programas que tienen que ver con esto. Los trabajos del Programa Clínico del Desarrollo Infantil del National Institute of Mental Health ilustran los diferentes tipos de estrategia que permiten "acceder a lo inaccesible"; es decir, ayudar a las madres de alto riesgo y a sus niños, como lo ha demostrado Greenspan [33].

Más recientemente, se le ha dado atención especial al papel del padre y a la manera en la que podría interesarse e implicarse para darle una atención adecuada a su niño.

Los estudios y proyectos relacionados con el proceso de apego se han orientado en tantas direcciones que esta breve ojeada sólo puede mencionar las principales tendencias. Probablemente el informe de Bowlby escrito para la OMS, *Cuidados maternos y salud mental del bebé*, sea el que ha desempeñado un papel más importante en la toma de conciencia acerca de las deplorables consecuencias que tiene para el niño la falta de posibilidad de apego [10].

El incremento del interés de los investigadores en el desarrollo del niño en cuanto al proceso de apego fue notable. Ainsworth hizo seguimientos importantes de los trabajos de Bowlby [1] y fue seguido por un número importante de estudios sobre el apego: Rheingold [65, 66], Lipsitt [44], Kessen y Leutzendorff [36], Gewirtz [30, 31]. Éstos constituían el principio de la mayor inversión que habrían de efectuar los especialistas en desarrollo infantil en la exploración de las relaciones humanas más tempranas. Esta tendencia alcanza a muchas otras disciplinas y se está empezando a reunir información proveniente de todo el mundo. Margaret Mead [51] y Collin Turnbull [82] en antropología y sociología, Lee Yarrow [86] sobre la influencia en el ambiente, Myron Winick [83] en nutrición, Angel Petrosian [57] sobre la salud de la madre y el niño, y Constantino Doxiadis con su obra *Cities for human development*, son algunos ejemplos de esta diversidad.

Por lo que toca al enfoque epidemiológico, las contribuciones de los sociólogos y los trabajadores sociales para estudiar poblaciones desposeídas e influidas por las carencias de modelos (perfiles) de la madre, del padre y del niño, fueron reunidas por Polansky [60]. Felton Earls [21] y Rutter [69] establecieron los conceptos básicos y la metodología para hacer un enfoque epidemiológico, y también contribuyeron con los datos obtenidos a orientar las

decisiones políticas y la planificación de programas, al mismo tiempo a definir nuevas líneas de investigación.

También, a partir de las publicaciones de Brazelton [12], de Parmelee y de muchos otros autores, las contribuciones de los pediatras para entender los procesos de desarrollo se hicieron numerosas. Los pediatras llamaron la atención sobre los problemas particulares que tienen los niños minusválidos para construir un apego adecuado. Por ejemplo, demostraron que es posible que el niño establezca un apego "visual" cuando el contacto psíquico es doloroso. Mostraron también que cuando el apego es insatisfactorio o inexistente, esta falla deja como secuela problemas psicosomáticos en niños pequeños, problemas que son curables [47, 49]. Fueron principalmente los psiquiatras infantiles: Greenspan [33], Kreisler y Cramer [41] o Piaget [58], quienes establecieron las clasificaciones básicas de la psicopatología del niño de pecho.

El rápido desenvolvimiento de los conocimientos relativos al apego ha dado origen a numerosas reuniones cuyos debates y conferencias se han publicado. Están también los informes de las conferencias de la Clínica Tavistok sobre las determinantes del comportamiento del lactante [24], las conferencias del National Institute of Mental Health [16], los informes de la Joint Commission of the Mental Health of Children, la revisión realizada por Schaffer y Dun [73] y lo comunicado por el Coloquio de Atenas en 1979 [20].

Se han dedicado literalmente centenares de artículos y libros a evaluar este problema. Actualmente existen cuatro revistas especializadas sobre el desarrollo del niño pequeño y sus problemas. En Estados Unidos existe hoy un centro nacional para los programas que se relacionan con el niño pequeño, que ha surgido de la necesidad de reunir todos los conocimientos relativos al niño de pecho, antiguos o recientes, y que tiene la intención de permitir la aplicación, la enseñanza y la difusión de este saber. Se ha constituido una asociación para la salud mental del bebé que asegura el crecimiento de estos servicios. La Fundación Bush ha instalado centros para el estudio del niño pequeño en cinco universidades. La Asociación Mundial de Psiquiatría del Bebé realizó su tercer congreso internacional en 1986.

La multiplicación de los programas para los lactantes y sus familias en el conjunto del país muestra que los conocimientos relacionados con el apego y sus consecuencias sobre el desarrollo ulterior son suficientes como para aplicarse en la clínica y permiten que el desarrollo del lactante constituya un campo clínico viable.

Se han superado las primeras etapas del conocimiento sobre el comportamiento y el desarrollo precoces de los bebés, pero falta mucho por hacer y alcanzar. Una de las principales dificultades que hay que resolver sigue siendo la del sustrato biológico de las respuestas del niño en la interacción con su madre, su padre y su ambiente. En este campo, Minkowski y Saint-Anne Dargassies en París y Peiper en Leipzig han realizado una obra pionera. Hoy ya es posible identificar aquellos niños con problemas de homeostasis, o en su capacidad de integración o de relación en general. Se reconocen clíni-

camente las diferencias individuales, pero hace falta profundizar el conocimiento de los procesos fundamentales que las explicarían, antes de proceder eficazmente y no intuitivamente ni por tanteo, como se hace ahora.

Sackett y Crnic han confrontado los estudios que se han efectuado en este campo con animales [17]. Korner ha descubierto que en el hombre el proceso cronológico de mielinización del sistema límbico está en correlación con los esquemas de apego del lactante [40]. Al examinar la cronología de las señales hormonales que orquestan el desarrollo cerebral del bebé, Timaris ha puesto en evidencia que las perturbaciones neurohormonales, que se hacen durante el desarrollo, implican algunas anomalías del sistema nervioso central, que tienen consecuencias en el desarrollo y el apego del bebé [80]. También se han realizado estudios acerca de los efectos principales que tienen las hormonas sexuales y tiroideas como "organizadores" que desempeñan un papel en la producción y liberación de neurotransmisores o en la respuesta inducida. Reite [64] ha demostrado que los sistemas colinérgico, adrenérgico y serotoninérgico están influidos por el estado de la tiroides. Apenas se están empezando a entender los factores epigenéticos intrínsecos que modulan el microambiente de las neuronas durante la neurogénesis temprana. Tennes ha explorado el papel que desempeñan las hormonas en los intercambios madre-lactante sirviéndose de la separación como paradigma; de este modo ha descubierto que el cortisol puede facilitar e intensificar las interacciones madre-niño [78]. Sin embargo, se ha podido decir que "si la influencia de los factores biológicos sobre el comportamiento del lactante ha tenido mucha aceptación, eso sólo raramente se ha traducido en una mejor posibilidad de acción para el practicante" [77]. El enfoque biométrico ha demostrado rápidamente sus limitaciones [27]. Stratton pone claramente en evidencia los orígenes de estos límites, especialmente en los términos de la preprogramación sugerida por Gesell [29], el enfoque genético [68] y los conceptos anteriores de impronta [55]. No obstante, esporádicamente surgen tentativas para calar y entender el equipo biológico del lactante. Kliman ha estudiado desde 1953 la fisiología de las catecolaminas suprarrenales en el bebé pequeño [38].

La siguiente generación de investigadores emprendió con nuevo interés los estudios que aparecieron sobre toda una serie de funciones físicas del bebé pequeño. Podemos citar, entre otros, los informes de Stern [76] sobre las funciones visuales y la transmisión del afecto; los de Anders [3] sobre el sueño; los de Kestenberg [37] y Sander [72] sobre la motricidad y los ritmos, y los de Korner [39] acerca de la relación entre el estado del lactante y su actividad, su comportamiento oral, su irritabilidad y su visión. Ottenbacher ha resumido los efectos causados por los estímulos vestibulares en el comportamiento [56]. Porges ha hecho una contribución muy importante para poner en la práctica los conocimientos psicofisiológicos adquiridos [61].

Si volteamos hacia atrás y evaluamos los conocimientos que hoy poseemos sobre la naturaleza del proceso de apego, vemos claramente que estamos muy cerca de dar un nuevo paso en la comprensión del sustrato biológico y de los esquemas de organización subyacentes en el apego. En el estado actual de cosas, todo indica que los medios técnicos y el saber-hacer son confiables para establecer correlaciones entre las funciones del sistema nervioso y las observaciones clínicas. Nosotros debemos ciertamente esperar que, habiendo dado un nuevo paso en la comprensión, encontraremos nuevas incógnitas que representarán otros tantos desafíos para el futuro. Cuando menos debemos saber cuáles son las preguntas que debemos plantear.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Ainsworth, M.D.S., "The effects of maternal deprivation", en *Deprivation of Maternal Care: a Reassessment, Public Health Papers*, 14, Ginebra, OMS, 1962.

[2] Aksarina, N.M. y A.V. Zaporozhetz, *Upbringing of young children in children's establishments*, Moscú, Medgiz, 1960. Traducción inglesa del Center for Studies of Children and Youth, NIMH.

[3] Anders, T.F., M. Keener, T.R. Mowe y B. Shoaff, "Longitudinal study of nighttime sleep-wake patterns", en *Frontiers of infant psychiatry*, J.D. Call, E. Galenson y R.L. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1983.

[4] Anthony, J., "The invulnerables", en *Frontiers of psychiatry*, Roche, 1981.

[5] Anthony, J., "Foreward", en *Frontiers of infant psychiatry*, J.D. Call, E. Galenson y R.L. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1983.

[6] Backwin, H., "Loneliness in infants", en *Am. J. Dis. Child*, 1942, 63: 30.

[7] Backwin H. y H. Yarnell, "An observational nursery, en *Am. J. Psychiatry*, 1941, 97: 1 158.

[8] Bergman, D. y S.K. Escalona, "Unusual sensitives in very young children", en *Psychoanal*, St. Child, 1949, 3/4.

[9] Bowlby, J.,"Forty-four affectionelss juvenil thieves", en *Internat J. Psychoanal.*, 1944, 25: 19.

[10] Bowlby, J., "Maternal care and mental health", en *Bulletin of the World Health Organization*, 1951, 3: 355.

[11] Bowlby, J., *Vínculo afectivo*, Buenos Aires, Paidós.

[12] Brazelton, T.B., "Assessment techniques for enhancing infant development", en *Frontiers of infant pschychiatry*, J.D. Call, E. Galenson y R.L. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1983.

[13] Burlingham, D. y A. Freud, *Young children in wartime*, Londres, Allen and Unwin, 1942.

[14] Burlingham, D. y A. Freud, *Infant without families*, Londres, Allen and Unwin, 1944.

[15] Cameron, H.C., *The nervous child*, Londres, Oxford Medical Publications, 1919.

[16] Chander, C.A., R.S. Lourie y A.D. Peters, *Challenge for the 70's: The report of the Joint Commission of Child Mental Health*, L.L. Dittman (comp.), Nueva York, Atherton Press, 1968; Harper and Row, 1969.

[17] Cernic, L.S., "Animal models of human behavior: Their application to the study of attachment", en *The development of attachment and affialiative systems*, R.N. Emde y R.J. Harmon (comps.), Nueva York, Plaenum Press, 1982.

[18] Crothers, B., *Psychology and psychiatry in pediatrics*, White House Conference on Child Health and Protection, Nueva York, The Century Company, 1932.

[19] Doxiadis, S., *Cities for human development*, Nueva York, Norton, 1974.

[20] Doxiadis, S., *The child in the world of tomorrow*, Atenas, 1979.

[21] Earls, F., "Epidemiology and child psychiatry: Future prospects", en *Comprehensive Psychiatry*, 1982, 23: 75.

[22] Erikson, E.H., *Infancia y sociedad*, Buenos Aires, Hormé.
[23] Escalona, S.K., *The roots of individuality*, Chicago, Aldine Publishing Company, 1968.
[24] Foss, B.M., *Determinants of infant behavior*, vols. 1-4, Londres, Methuen, 1961.
[25] Fraiberg, S., "Every child's birthright", en *Defense of mothering*, Nueva York, Basic Books, 1977.
[26] Freud, S., *Tres ensayos de teoría sexual*, en *Obras completas*, vol. VII, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.
[27] Fulker, D.W., "Genetics and behavioral development", en *Maturation and development: Biological and psychological perspectives*, K.J., Connoly y H.F. Prechtl (comps.), Londres, Heinemann, 1981.
[28] Garmezy, N., "The study of competence in children at risk for severe psychopathology", en *The child in his family: Children at psychiatric risk*, J. Anthony y C. Koupernik (comps.), vol. 3, Nueva York, John Wiley, 1974.
[29] Gesell, A., *The embriology of behavior*, Nueva York, Harper and Row, 1945.
[30] Gewirtz, J.L., "Antecedents of emotional dependence", en *Child Development*, 1956, 27: 205.
[31] Gewirtz, J.L., "A learning analysis of the effects of normal stimulation, privation and deprivation on the acquisition of social motivation and attachment", en *Determinants of infant behavior*, B.M. Foss (comp.), vol. I, Londres, Methuen, 1961.
[32] Green, J. y A. Solnit, "A vulnerable child syndrome. Part III: Care of the dying child", en *Pediatrics*, 1964, 34: 58.
[33] Greenspan, S.I., "Psychopathology and adaptation in infancy and early childhood: principles of clinical diagnosis and preventive intervention", en *Clinical Infant Reports*, I, Nueva York, International Universities Press, 1981.
[34] Hunt, J.Mc., "Infants in an orphanage", *J. Abn. Soc. Psychol.*, 1941, 36: 338.
[35] Kanner, L., *En defensa de las madres*, Buenos Aires, Hormé.
[36] Kessen, W. y A.M. Leutzendorff, "The effects of non-nutritive sucking on movement in the human newborn", en *J. Comp. Physiol. Psychol.*, 1963, 56:69.
[37] Kestenberg, J.S. y A. Buelte, "Prevention, infant therapy and periods of vulnerability from stability to motility", en *Frontiers of infant psychiatry*, J.D. Call, E. Galenson y R.L. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1983.
[38] Kliman, G.W., "What is preventive pychiatry?", en *Preventive Psychiatry*, 1981.
[39] Korner, A.F., "Individual differences in neonatal activity: implications for the origins of different coping styles", en *Frontiers of Infant Psychiatry*, J.D. Call, E. Galenson, R.L. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1983.
[40] Korner, M., "Biological aspects of the mother-infant bond", en *The development of attachment and affiliative systems*, R.N. Emde y R.J. Harmon (comps.), Nueva York, Plenum Press, 1982.
[41] Kreisler, L. y B. Cramer, "Les bases cliniques de la psychiatrie du nourrison", en *Psychiatrie de l'Enfant*, 1981, 24: I.
[42] Lebovici, S., "Névrose infantile et nérvose de transfert", en *Revue Française de Psychanalyse*, 1980, 44: 5-6.
[43] Levy, D.M., *Maternal overprotection*, Nueva York, Norton, 1966.
[44] Liley, A.W., "The foetus as a personality", en *Aust-NZ. J. Psychiat.*, 1972, 6: 6.
[45] Lipsitt, L., "Learning processes of newborn", en *Marril-Palmer Quarterly*, 1966, 12: 45.
[46] Lorenz, K.Z., "Der Kumpan in der Umwelt des Vogels", en *J. Orn. Berl.*, 1935, 83.
[47] Lourie, R.S., "Experience with therapy of psychosomatic problems in infants", en *Psychopathology of children*, P. Hoch y J. Zubin (comps.), Nueva York, Grune y Stratton, 1955.
[48] Lourie, R.S., "The first three years of life: an overview of a new frontier for psychiatry", en *Am. J. Psychiat.*, 1971, 127: 1 457.
[49] Lourie, S. y R.A. Nover, "Psycopathologie in the first year", en *The Course of life. Psychoanalytic contribution toward understanding personality development*, S.I., Greenspan y G.G. Pollock (comps.), vol. I, *Infancy and Early Childhood*, Washington, US Gov. Printing Office, 1980.
[50] Lowrey, L.G., "Personality distorsion and early institutional care", en *Am. J. Ortho.*, 1940, 10: 546.

[51] Mead, M.A., "A cultural anthropologist's approach to maternal deprivation", en *Deprivation of Maternal Care: A reassessment, Public Health Papers*, 14, Ginebra, OMS, 1962.
[52] Middlemore, M.P., *The nursing couple*, Londres, Hamish-Hamilton, 1941.
[53] Murphy, L.B., "The vulnerability inventory", en *Early child care. The new perspectives*, C. Chandler, R.S. Lourie y A.D. Peters (comps.), Nueva York, Atherton Press, 1968.
[54] Murphy, L.B. y A.C., Moriarty, *Vulnerability, coping and growth, from infancy to adolescence*, New Haven, Yale University Press, 1976.
[55] Nash, J., *Developmental psychology*, 2a. ed., Nueva York, Prentice Hall, 1978.
[56] Ottenbacher, K., "Developmental implications of clinically applied vestibular stimulation", en *Physical Therapy*, 1983, 63: 338.
[57] Petrosian, A., "Maternal and child health perspective", comunicación personal, OMS, 1974.
[58] Piaget, J., *La construction du réel chez l'enfant*, Neuchâtel, París, Delachaux y Niestlé, 1937.
[59] Piers, M., *Infanticide*, Nueva York, International University Press, 1961.
[60] Polansky, N.A., *Damaged parents*, Chicago, University of Chicago Press, 1981.
[61] Porges, S.W., "Heart rate patterns in neonates: A potential window to the brain", en *Infants born at risk: Physiological and perceptual processes*, T.M. Field, A.M. Sostek (comps.), Nueva York, Grune y Stratton, en prensa.
[62] Provence, S. y R.C. Lipton, *Infants in institutions*, Nueva York, Int. Un. Press, 1962.
[63] Rachford, B.K., *Neurotics disorders of childhood*, Nueva York, E.B. Treat y Co., 1905.
[64] Reite, M., R. Short, C. Seiler y D.J. Pauley, "Attachment, loss and depression", en *Child Psychol. Psychiat.*, 1981, 22: 141-169.
[65] Rheingold, H., "The development of social behavior in the human infant", en *Monogr. Soc. Res. Child Dev.*, 1966, 31: I.
[66] Rheingold, H., "Infancy", en *Int. Encyclop. of the Social Sciences*, D. Sills (comp.), Nueva York, MacMillan, 1969.
[67] Richmond, J., "Modifiability of the critical period for the development of maternal behavior in sheep and goats", en *Behavior*, 1863, 22: 3-4.
[68] Rovee-Collier y C.K., L.P. Lipsitt, "Learning adaptation and memory in the newborn", en *Psychobiology of the human newborn*, P.M. Stratton (comp.), Chichester, John Wiley, 1982.
[69] Rutter, M., "Epidemiological strategies and psychiatric concept in research on the vulnerable child", en *The child and his family: Children at psychiatric risk*, J. Anthony y C. Koupernik (comps.), Nueva York, John Wiley, 1974.
[70] Rutter, M., Prevention of children's psychosocial disorders", en *Pediatrics*, 1982, 6: 883.
[71] Sackett, G.P., "Can single processes explain effects of posnatal influences on primate development?", en *The development of attachment and affiliative systems*, R.N. Emde y R.J. Harmon (comps.), Nueva York, Plenum Press, 1982.
[72] Sander, L.W., "Polarity, paradox and the organizing process in development", en *Frontiers of infant psychiatry*, J.D. Call, E. Galenson y R.L. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1983.
[73] Shaffer, D. y J. Dunn, *The first year of life*, Nueva York, John Wiley, 1979.
[74] Spitz, R., *El primer año de vida del niño*, Buenos Aires, Aguilar, 1987.
[75] Spitz, R.A., "Hospitalisme", en *Psychoanal. Stud. Child.*, 1945, I: 53.
[76] Stern, D.N., R.K. Barnett, y S. Spieker, "Early transmission of affects", en *Frontiers of infant psychiatry*, J.D. Call, E. Galenson y R.L. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1983.
[77] Stratton, P., "Biological preprogramming of infant's behavior", en *J. Child Psychol. Psychiat.*, 1983, 24: 301.
[78] Tennes, K., "The role of hormones in mother-infant transactions", en *The development of attachment and affiliative systems*, R.N. Emde y R.J. Harmon (comps.), Nueva York, Plenum Press, 1982.
[79] Thomas, A. y S. Chess, *Temperament and development*, Nueva York, Brunner/ Mazel, 1977.
[80] Timaris, P.S., "The timing of hormone signals in the orchestration of brain development", en *The development of attachment*

and affiliative systems, R.N. Emde y R.J. Harmon (comps.), Nueva York, Plenum Press, 1982.
[81] Tinbergen, N., *El estudio del instinto*, México, Siglo XXI, 1969.
[82] Turnbull, C.M., "Normality and tribal society", en *The child and his family: Children at psychiatric risk*, J. Anthony y C. Koupernik (comps.), Nueva York, John Wiley, 1974.
[83] Winick, M., "Malnutrition and brain development", en *Proceedings of symposium on early nutrition*, Ginebra, OMS, 1973.
[84] Winnicott, D.W., *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Madrid, Laia.
[85] Wolff, P.H. y R.L. Feinbloom, "Critical periods and cognitive development", en *Pediatrics*, 1969, 44: 999.
[86] Yarrow, L., "Conceptualizing the early environment", en *Early child care: The new perspectives*, C. Chandler, R. Lourie y A. Peters (comps.), Nueva York, Atherton Press, 1968.

3. LA ÉTICA MÉDICA Y LOS DERECHOS DEL NIÑO

CLAIRE AMBROSELLI

En 1974, al cerrarse en Francia uno de los primeros debates internacionales sobre asuntos éticos y políticos, personales y comunitarios que se suscitaron a partir de los desarrollos alcanzados por la investigación biomédica, el filósofo G. Canguilhem, autor de una tesis de doctorado en medicina acerca de "Lo normal y lo patológico", defendida en 1943, planteaba directamente a la asamblea una pregunta urgente: ¿qué significaba "la calidad de vida" y "la dignidad de la muerte" en una cultura transformada por los nuevos poderes científicos y técnicos de la medicina y la biología?

Es ésta una pregunta que marca particularmente la historia de la humanidad en el siglo XX: desde la circular del ministerio del Reich alemán en 1931 sobre las "directivas relacionadas con los nuevos tratamientos médicos y la experimentación científica en el hombre" hasta las diez reglas de ética médica elaboradas en el mismo país, en Nuremberg, pero por un tribunal internacional que juzgaba a los médicos alemanes por crímenes de guerra y "crímenes contra la humanidad"; desde la Declaración Universal de los Derechos del Hombre hasta el momento inmediatamente posterior a ese proceso en 1948, y hasta la proclamación de los pactos internacionales relativos a los derechos civiles y políticos y a los derechos económicos y sociales en 1966 por la Organización de las Naciones Unidas, y hasta la creación en Francia, en 1983, de un primer Comité Consultivo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida y de la Salud, lo que ha sucedido es que las etapas se diseñan y las preguntas se ahondan.

Por medio de estas preguntas que tocan la esencia misma de la humanidad transformada por el propio ser humano, en búsqueda precisamente de su humanidad limitada por su "inhumanidad" posible –como testimonian estos "crímenes contra la humanidad"–, es difícil calificar la manera en que interfiere la presencia del niño, ser humano que, como todos, está en devenir, hasta la muerte. El niño en su concepción, en su nacimiento, en su crecimiento, plantea preguntas específicas que aclaran y aclararán, en la medida en que su expresión sea posible, la especificidad de una humanidad basada en un ser cuya característica mayor sigue siendo, sin duda, esta "vulnerabilidad" propia de un niño que depende desde el principio de sus padres, de la mujer que lo concibe con el hombre, y que lo lleva en su ser hasta su nacimiento para que luego pueda continuar solo, pero siempre con otros, su crecimiento y existencia.

Es este tejido de relaciones complejas, propias de toda experiencia huma-

na, de sí y de los otros, lo que sigue siendo la trama de los asuntos éticos, aquellas que tienen que ver con los responsables del niño antes de su nacimiento, y las de los propios niños que luego de nacer se hace cargo de ellos la comunidad familiar y social, tan diferente de un país al otro, de una cultura a la otra, de una época a la otra, hasta que le sea reconocida, por esta comunidad, su propia autonomía de adulto, y puedan por sí mismos constituirse en su ser, una humanidad basada en un "sujeto ético", constituido a partir de "prácticas de sí", según la justa fórmula de Michel Foucault. Si estos asuntos son en 1989 tan densos y complejos, no es sólo por la multiplicidad de los valores en cuestión. Los valores morales y culturales, religiosos y políticos, económicos y sociales, se mueven más o menos democrática y libremente de una persona a la otra, y de una comunidad a la otra los valores científicos y técnicos transforman directamente los valores que se le han dado al cuerpo humano, a la vida y a la muerte, a la concepción y al destino de un ser que deberá actuar con estas transformaciones sin dejarse avasallar, ni avasallar a ninguno. Y esto independientemente de cuáles sean las condiciones de su existencia.

Ciertamente no es azaroso que sea en el siglo XX cuando se planteen estas nuevas preguntas referentes a la ética y a los derechos de los seres humanos en busca de humanidad. La historia tiene suficientes testimonios, para quien conserva la memoria de aquellos que han muerto y de sus obras, de dolorosos alumbramientos de sabiduría, ligada a un conocimiento siempre misterioso de la vida, aun cuando este conocimiento no cese de enriquecerse con el esfuerzo de los vivos que pueden hablar de ello. Si el niño no sabe todavía hablar de este conocimiento, de acuerdo con la definición de su propio ser –*infans, in-fari*, que no habla–, participa necesariamente del conocimiento de aquellos que sí pueden hablar de tal conocimiento, y que cada vez hablan más de él. Por eso no resulta azaroso que sea precisamente en el momento en que el ser humano se convierte, en el siglo XX, a la vez en objeto y sujeto de su saber y de su conocimiento, cuando surjan las preguntas más agudas que se han sabido plantear, en especial aquellas que ponen en cuestión el conocimiento de su propio cuerpo y de su ser: si el conocimiento biológico y médico sólo representa una parte de este conocimiento de la vida en plena expansión del siglo XX, su devenir podría parecer ilimitado para aquellos que ignoran o quieren ignorar sus bases.

Las bases científicas y técnicas de la medicina y la biología, ciertamente, sólo pueden comprenderse en las sociedades modernas, en los desarrollos en curso, en los beneficios para algunos y desigualdades para otros, desde la perspectiva de sus dimensiones históricas. La historia del presente le es muy necesaria a las sociedades modernas para situar sus elecciones, sus posturas y sus desafíos, y es particularmente urgente para evitar anacronismos en el intercambio de conocimientos y de poderes de una persona a otra, de una comunidad a otra, de una cultura a otra. Las transfusiones de sangre de ayer y las de hoy sólo pueden compararse si se tienen bases epistemológicas claras. El nacimiento con control médico en los países industrializados no es comparable al que se se hace en los países que no lo son. El transplante de órganos, el diagnóstico prenatal y muchos otros actos biológicos y médicos en pleno desarrollo hoy en todo el mundo, no se viven de la misma manera en Francia, en Estados Unidos, en Argelia o en China.

Aun así, estas diferencias, que afectan al conjunto de las poblaciones involucradas, tocan de manera todavía más sensible a los niños. La riqueza de los diferentes estados, su historia, su cultura, su lengua, transforman un conocimiento de la vida y de la muerte del ser humano, y también modifican la historia de la medicina y la biología, basadas en el método experimental que lleva sus conocimientos hasta un análisis objetivado de los seres humanos que estudia. Esta confrontación de una transformación cultural de la vida y la muerte, que toca al ser humano a la vez como objeto y sujeto "biomedicalizado", tiene sus raíces en una historia cuyo curso es todavía difícil de trazar, porque el siglo XX sigue siendo el viraje decisivo de una politización doblemente problemática del ser humano vivo y muerto: la politización de un "bio-poder" que desde el siglo XVI se ha desarrollado en los estados vinculados, para algunos, a las iglesias, con un doble poder sobre los cuerpos y sobre las poblaciones, que desemboca en políticas eugenésicas que los estados totalitarios han transformado, junto con otros estados que no lo han podido impedir, en crímenes contra la humanidad. La politización actual de reacciones éticas y jurídicas elaboradas por una justicia internacional, inmediatamente después de la segunda guerra mundial, funda una justicia que se hace elaborando, con aquellos a quienes les concierne y que aceptan participar en ello, una ética médica y de los derechos del hombre, directamente implicada, a la vez, en la elaboración de esta justicia al mismo tiempo que en la elaboración de la ética y los derechos de cada uno.

Si todavía es difícil entender las interferencias tan claras de las instituciones de investigación biomédica en esta doble politización, no es menos urgente situar estas preguntas que suscitan, sobre todo, las nuevas condiciones sobre la concepción y el nacimiento en una sociedad moderna que transforma la vida del niño, su educación, su protección, su crecimiento, para alcanzar una integración libre y democrática en una comunidad de adultos destinada a transmitirles los valores humanos a otros antes de morir ellos mismos. Se comprende, claramente, que estas preguntas de ética médica y derechos del niño no deben confundirse con aquellas que se hacen los médicos o los responsables de las políticas de investigación, sino que conciernen a los propios niños dondequiera que estén, hospitalizados o en casa, enfermos o moribundos, ricos o pobres, con buena salud o minusválidos. Son sus preguntas las que debemos entender. El siglo XX seguirá siendo el que ha establecido los primeros balbuceos de una cultura que dialoga con sus niños: ya se trate de un diálogo de un médico como Sigmund Freud, que integra en el conocimiento de la vida la teoría psicoanalítica de la sexualidad y el inconsciente, o del beneficio de las primeras vacunaciones o de esos primeros tratamientos de

las enfermedades infecciosas que les permiten a algunos vivir mientras que otros mueren, antes de poder hablar porque todavía no se benefician de esto; o se trate de los primeros tratamientos contra la esterilidad que les han permitido a algunos nacer luego de una fecundación *in vitro*, o de aquellos que nacen tras el diagnóstico prenatal de una patología tolerable o de ausencia de patología; o se trate de los esfuerzos todavía tan insuficientes para nutrir y educar dignamente a todos aquellos que viven amenazados por "pestes, guerras y hambrunas", amenazados también por las calamidades modernas representadas desde el siglo XIX por la esclavitud infantil que hacía rentables las riquezas de otros... Todos estos diálogos en curso, algunos de los cuales se oponen directamente a los derechos elementales del ser humano, reposan, a fin de cuentas, sobre un conocimiento que siempre amenaza con ampliar o avasallar, en su dignidad y en sus derechos, a los propios seres humanos que los hacen. Se comprende que la instauración en este siglo de los "derechos del niño", proclamados en 1959 por la ONU y en revisión para ser proclamados de nuevo en 1989, interpele con mayor eficacia aún a una ética médica que contribuye a elaborar estos derechos tratando de establecer el primer principio de la Declaración Universal de los Derechos del Hombre: "Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y en derechos..."

Si cada vez se hace más evidente, a la luz de estas declaraciones de los derechos humanos, y a la de las directivas internacionales de ética médica proclamadas por las instituciones médicas o por las nuevas instancias éticas, los comités de ética médica y luego los comités nacionales de ética y las reuniones internacionales de bioética, que las preguntas emergen a partir de actos biológicos o médicos en pleno desarrollo, pero también con la herencia política y cultural que hace aportes a las elecciones, decisiones y desarrollos en curso, y esto particularmente en lo que concierne al niño, es también evidente que estas preguntas no serán resueltas sin la participación efectiva de los involucrados, los niños, y todos los otros, las mujeres y hombres que intentan construir con ellos un mundo que sepa respetar los conocimientos y las creencias, así como las técnicas y las ciencias, las libertades y los derechos de cada uno para alcanzar una ética que respete a cada uno en su ser.

BIBLIOGRAFÍA

Ambroselli, C., *L'éthique médicale*, col. "Que sais-je?", París, PUF, 1988.

"Biología y devenir del hombre", *Actas del coloquio mundial*, Universidad de París, 1976, París, difusión Murs.

Canguilhem, G., *Lo normal y lo patológico*, México, Siglo XXI, 1971.

Chazal, J., *Les droits de l'enfant*, col. "Que sais-je?", París, PUF, 1959.

Comité Consultivo Nacional de Ética para las Ciencias de la Vida. Informes anuales y Circular de información (trimestral), París, La Documentation Française, "Avis de recherche sur l'embrion", Arles, Actes Sud/INSERM, 1987.

"Ètique médicale et droits de l'homme", Arles, Actas Sud/INSERM, 1988.

Raimbault G., *L'enfant et la mort*, Toulouse, Privat, 1975.

Raimbault, G. y R. Zygouris, *Corps de souffrance, corps de savoir*, Lausana, L'Âge de l'Homme, 1976.

Royer P. y Guignard, J., *Éthique et pédiatrie*, París, Flammarion-Medicina, 1982.

ANEXO 1: EL CÓDIGO DE NUREMBERG (1947)

1. El consentimiento voluntario del sujeto humano es absolutamente esencial. Esto quiere decir que la persona interesada debe tener capacidad legal total para estar de acuerdo: debe dejársele decidir libremente y sin intervención de ningún elemento de fuerza, fraude, constreñimiento, superchería, engaño o alguna otra forma de restricción o coerción. Es también necesario que esté suficientemente informada y conozca todo el alcance de la experiencia que se le practicará, a fin de ser capaz de medir el efecto de su decisión. Antes, pues, que el sujeto experimental acepte, es necesario informarle exactamente acerca de la naturaleza, la duración y el objetivo de la experimentación, así como de los métodos y los medios empleados, los peligros y los riesgos involucrados, y las consecuencias que pueden resultar de su participación en esta experimentación para la persona o su salud. La obligación y la responsabilidad para apreciar las condiciones en las que el sujeto da su consentimiento, incumben a la persona que toma la iniciativa y la dirección de estas experiencias o que trabaja con ellas. Esta obligación y responsabilidad se adhieren a esta persona, quien no puede transmitírselas a ninguna otra sin ser perseguida judicialmente.

2. La experimentación debe tener resultados prácticos para el bien de la sociedad, y deben ser imposibles de obtener por otros medios; no debe ser practicada al azar y sin necesidad.

3. Las bases de la experimentación deben residir en los resultados de experiencias anteriores hechos sobre animales y con el conocimiento de la génesis de la enfermedad o del asunto en estudio, de manera que la experimentación pueda justificar los resultados obtenidos.

4. La experimentación debe ser practicada evitando todo sufrimiento y daño físico o mental no necesario.

5. La experimentación no debe intentarse cuando hay una razón *a priori*

para creer que entrañará la muerte o la invalidez del sujeto, a excepción del caso en el que los médicos que hacen la investigación sean ellos mismos los sujetos de la experimentación.

6. Los riesgos que se corren no deberán exceder jamás la importancia humana del problema que quiere resolver la experimentación proyectada.

7. Es necesario alejar del sujeto experimental toda eventualidad, por pequeña que sea, que pueda provocarle lesiones, invalidez o la muerte.

8. La experimentación sólo podrá ser practicada por personas calificadas. Se exige de todos aquellos que la dirigen y participan en ella, la mayor aptitud y una atención extrema.

9. El sujeto debe quedar libre, durante la experiencia, para interrumpirla si estima haber llegado a los límites de su resistencia, física o mental.

10. El científico encargado de la experimentación deber estar listo a interrumpirla en todo momento si existe una razón para creer que su continuación podría implicar daños, invalidez o la muerte del sujeto experimental.

(Extracto del texto del juicio del Tribunal Militar Norteamericano, Nuremberg, 1947, del caso de K. Brandt. Existe traducción francesa en F. Bayle, *Croix gammée contre caducée. Les expériencies humaines en Allemagne pendant la deuxième guerre mondiale*, Neustadt (Palatinado), Comisión Científica de Crímenes de Guerra, 1950.)

ANEXO 2: DECLARACIÓN DE LOS DERECHOS DEL NIÑO(A)*[1] (1959)

Preámbulo

Considerando que, en la Carta, los pueblos de las Naciones Unidas han proclamado de nuevo su fe en los derechos fundamentales del hombre y en la dignidad y el valor de la persona humana, y que se han declarado resueltos a favorecer el progreso social y a instaurar mejores condiciones de vida en una libertad mayor,

Considerando que, en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre, las Naciones Unidas han proclamado que cualquiera puede invocar todos sus derechos y libertades que aquí se enuncian, sin distinción alguna, especialmente de raza, de color, de sexo o de lengua, de religión, de opinión política o de cualquier otra opinión, de origen nacional o social, de fortuna, de nacimiento o de cualquier otra situación,

Considerando que el niño, debido a su falta de madurez física e intelectual tiene necesidad de protección especial y de cuidados especiales, sobre todo de

* Para mostrar que la referencia no es siempre sólo al niño sino también a la niña, he optado por recordarle así al lector el carácter genérico de este uso. Me vi llevado a ello porque en ocasiones (más adelante) decir sólo niño resultaba ambiguo. [T.]

[1] Extractos.

una protección jurídica apropiada, tanto antes como después del nacimiento,

Considerando que la necesidad de esta protección especial ha sido enunciada en la Declaración de Ginebra de 1924 sobre los derechos del niño(a), y reconocida en la Declaración Universal de los Derechos del Hombre,[2] así como en los estatutos de instituciones y organizaciones internacionales consagradas al bienestar de la infancia,

Considerando que la humanidad debe darle al niño(a) lo mejor de sí misma,

La Asamblea general

Proclama la presente Declaración de los Derechos del Niño(a) para que tenga una infancia feliz y se beneficie, en su interés como en el interés de la sociedad, de los derechos y libertades que aquí se enuncian. E invita a los padres, los hombres y las mujeres a título individual, así como a las organizaciones benévolas, las autoridades locales y los gobiernos nacionales, a reconocer estos derechos y a esforzarse por asegurar el respeto por medio de medidas legislativas y otras que sean adoptadas progresivamente en la aplicación de los siguientes principios:

Primer principio. El niño(a) debe gozar de todos los derechos enunciados en la presente declaración. Estos derechos les deben ser reconocidos a todos los niños y niñas sin excepción alguna y sin distinción o discriminación basada en la raza, el color, el sexo, la lengua, la religión, las opiniones políticas u otras, el origen nacional o social, la fortuna, el nacimiento o cualquier otra situación que sea aplicable al niño mismo o a su familia.

Segundo principio. El niño o niña debe beneficiarse de una protección especial y se le debe otorgar las posibilidades y facilidades, a través de la ley y otros medios, para poder desarrollarse de manera sana y normal en el plano físico, intelectual, moral, espiritual y social, en condiciones de libertad y de dignidad. En la adopción de leyes que busquen este fin, la consideración determinante debe ser el interés superior del niño o niña.

Tercer principio. El niño(a) tiene derecho, desde su nacimiento, a tener un nombre y una nacionalidad.

[2] La Declaración Universal de los Derechos del Hombre, adoptada y proclamada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 10 de diciembre de 1948, dispone, en efecto, en su artículo 20, que la niñez tiene derecho a ayuda y asistencia especiales.

ANEXO 3: PACTO INTERNACIONAL RELATIVO A LOS DERECHOS CIVILES Y POLÍTICOS[3]
(adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966)

ART. 6. 1. El derecho a la vida es inherente a la persona humana. Este derecho debe ser protegido por la ley. Nadie puede ser arbitrariamente privado de la vida.

2. En los países donde la pena de muerte no ha sido abolida, una sentencia de muerte sólo puede pronunciarse por los crímenes más graves, conforme a la legislación en vigor en el momento en que el crimen haya sido cometido, y sin que esté en contradicción con las disposiciones del presente pacto ni con la Convención para la Prevención y la Represión del Crimen de Genocidio. Esta pena sólo puede aplicarse en virtud de un juicio definitivo rendido por un tribunal competente.

3. Cuando la privación de la vida constituye el crimen de genocidio, se entiende que ninguna disposición del presente artículo autoriza a un Estado parte del presente pacto, a derogar de ninguna manera cualquier obligación asumida en virtud de las diposiciones de la Convención para la Prevención y la Represión del Crimen de Genocidio.

ART. 7. Nadie será sometido a tortura ni a daños o tratamientos crueles, inhumanos o degradantes. En particular está prohibido someter, sin su libre consentimiento, a una persona a una experiencia médica o científica.

ART. 19. 1. Nadie puede ser hostigado por sus opiniones.

2. Toda persona tiene derecho a la libertad de expresión; este derecho comprende la libertad de investigación, de recepción y difusión de las informaciones y las ideas de toda clase sin consideración de fronteras, ya sea bajo una forma oral, escrita, impresa o artística, o por cualquier otro medio de su elección.

3. El ejercicio de las libertades previstas en el párrafo 2 del presente artículo implica deberes y responsabilidades especiales. Consecuentemente puede ser sometido a ciertas restricciones que deben sin embargo ser expresamente fijadas por la ley y que son necesarias:

a] por lo que se refiere a los derechos o la reputación de los otros;

b] y para salvaguarda de la seguridad nacional, el orden público, y la salud o la moral públicas.

PACTO INTERNACIONAL RELATIVO A LOS DERECHOS ECONÓMICOS, SOCIALES Y CULTURALES
(adoptado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 16 de diciembre de 1966)

ART. 12. 1. Los Estados que forman parte del presente pacto reconocen el derecho que tiene toda persona a gozar del mejor estado de salud física y mental que sea capaz de alcanzar.

[3] Extracto.

2. Las medidas que los estados que participan en el presente pacto tomarán para asegurar el pleno ejercicio de este derecho deberán comprender las medidas necesarias para asegurar:

a] la disminución de la mortinatalidad y de la mortalidad infantil, así como el desarrollo sano del niño o niña;

b] el mejoramiento de todos los aspectos de la higiene ambiental y de la higiene industrial;

c] la profilaxis y el tratamiento de las enfermedades epidémicas, endémicas, profesionales y otras, así como la lucha contra estas enfermedades;

d] la creación de las condiciones que aseguren servicios médicos para todos y ayuda médica en caso de enfermedad.

ART. 13. Los estados que participan en el presente pacto reconocen el derecho de toda persona a la educación. Y acuerdan que la educación debe buscar la plena expansión de la personalidad humana y de su sentido de dignidad, así como reforzar el respeto por los derechos del hombre y las libertades fundamentales.

ART. 15. 1. Los estados que forman parte del presente pacto le reconocen a todos y a cada uno, el derecho:

a] de participar en la vida cultural;

b] de beneficiarse del progreso científico y de sus aplicaciones

c] de beneficiarse de la protección de los intereses morales y materiales que se derivan de toda producción científica, literaria o artística de la que él-ella es autor.

ANEXO 4: DECLARACIÓN DE MANILA (1981)
(proyecto conjunto de la Organización Mundial de la Salud y del Consejo de las Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas), Manila, 1981

Preámbulo

Toda innovación en la práctica médica supone una buena comprensión de los procesos fisiológicos y patológicos en discusión y debe ser ensayada necesariamente en sujetos humanos. Es en este sentido en el que se utiliza la expresión "investigación que implica la participación de sujetos humanos".

El campo de estas investigaciones es vasto y cubre:

- los estudios de un proceso fisiológico, bioquímico o patológico o la respuesta a una intervención dada –física, química o psicológica– en los sujetos sanos o enfermos bajo tratamiento;
- los ensayos controlados que tienen una finalidad prospectiva sobre medidas diagnósticas, profilácticas o terapéuticas en los grupos más importantes de enfermedades, con miras a poner en evidencia una respuesta dada sobre un plan previo de fluctuaciones biológicas individuales;

En el marco de las presentes directivas, la investigación que implica la participación de sujetos humanos puede entonces definirse como:

- todo estudio que implique la participación de sujetos humanos y que esté dirigido hacia el progreso de los conocimientos biomédicos, que no pueda ser considerado como un elemento de la conducta terapéutica o de la práctica de la salud pública establecida y que implique:
  - ya sea una intervención o una evaluación física o psicológica;
  - ya sea la generación, almacenamiento y análisis de los expedientes que contienen informaciones biomédicas sobre individuos identificables.

Estos estudios engloban no sólo las intervenciones planificadas sobre sujetos humanos sino las investigaciones en las que los factores ambientales son manipulados de manera que puedan constituir un riesgo para los individuos expuestos a ellos fortuitamente.

Las presentes directivas cubren aquellos estudios relacionados con los organismos patológicos y las sustancias químicas tóxicas que se exploran con fines médicos, y los riesgos análogos que surgen en las investigaciones dirigidas hacia otros objetivos; pero la investigación no médica no cae dentro del marco de este documento.

La investigación que implica la participación de sujetos humanos debe ser conducida exclusivamente por investigadores que posean la calificación y la experiencia requeridas de acuerdo con un protocolo experimental que exponga claramente: el objetivo de la investigación; las razones por las que se propone que se efectúe en sujetos humanos; la naturaleza y el grado de los riesgos conocidos; las fuentes en las que se propone reclutar a los sujetos, y los medios considerados para procurar que su consentimiento esté debidamente esclarecido.

El protocolo deberá evaluarse sobre el doble plan científico y ético por un organismo de apreciación que esté convenientemente constituido y sea independiente de los investigadores.

Las directivas propuestas aquí no contienen nada que no se aplique ya, de una u otra forma, en algunos países. Han sido esencialmente concebidas en función de las necesidades de los países en desarrollo, y han tomado en cuenta las respuestas obtenidas por un cuestionario dirigido a 45 administraciones sanitarias nacionales y a 91 facultades de medicina de los países donde la investigación médica que implicaba la participación de sujetos humanos sólo se ha emprendido en una escala limitada y en ausencia de criterios nacionales explícitos para proteger a estos sujetos. En total, fueron 60 los países en desarrollo que respondieron al cuestionario.

Declaraciones internacionales

1. La primera declaración internacional sobre la investigación que implicaba la participación de sujetos humanos es el Código de Nuremberg de 1947, emitido por el proceso efectuado a los médicos acusados de haberse dedicado a experimentaciones crueles con los prisioneros y detenidos en el transcurso de la segunda guerra mundial. El código pone el acento, en particular, en el "consentimiento voluntario" ("consentimiento esclarecido" es ahora la expresión habitual) del sujeto, consentimiento considerado como "absolutamente esencial".

2. En 1964, la Asociación Médica Mundial adoptó luego de su XVIII Asamblea, la Declaración de Helsinki ("Helsinki I"), constituida por un conjunto de reglas destinadas a guiar a los médicos que hacían investigación clínica, con fines terapéuticos o no. En la XXIX Asamblea médica mundial efectuada en 1975, la Asociación revisó esta declaración ("Helsinki II"), y amplió el campo para incluir que la investigación biomédica relacionada con el ser humano debería "estar sometida a un comité independiente designado especialmente para este efecto, para dar una opinión y consejos" (artículo 1, 12); y que los informes sobre una experimentación que no se conformara a los principios enunciados en esta declaración no podrían ser publicados (artículo 1, 8).

3. El Código de Nuremberg y la Declaración inicial de Helsinki de 1964 fueron remplazadas por "Helsinki II", cuyo texto integral se adjunta como anexo. Es el documento fundamental que existe en este campo y ha sido ampliamente aceptado como tal.

4. Las presentes directivas tienen en cuenta la distinción que hizo "Helsinki II" entre la investigación médica asociada a los cuidados profesionales (investigación clínica) y la investigación biomédica no terapéutica (no clínica).

5. Si los principios generales enunciados en "Helsinki II" pueden considerarse como universalmente válidos, su aplicación bajo circunstancias especiales debe necesariamente variar. El objetivo de las presentes directivas no es, por lo tanto, retomar o enmendar estos principios, sino sugerir cómo pueden aplicarse en las condiciones que son las de muchos países en desarrollo desde el punto de vista tecnológico. Tales directivas subrayan sobre todo los límites del procedimiento del consentimiento esclarecido y abordan los problemas propios de la investigación, relacionados más con las comunidades que con los individuos.

Consentimiento de los sujetos

6. "Helsinki II" estipula (artículo 1, 9) que los sujetos humanos no deben ser utilizados en la investigación médica si no se ha obtenido su "consentimiento libre y esclarecido" después de haberlos informado adecuadamente "de los objetivos, métodos y beneficios, así como de los riesgos potenciales" de la experiencia, y que son libres en todo momento, de abstenerse o retractarse en su decisión. En sí, sin embargo, el consentimiento esclarecido constituye una salvaguarda imperfecta para el sujeto y siempre debe completarse por un examen ético independiente de los proyectos de investigación. Además existen muchos individuos que son incapaces de poder dar un consentimiento

adecuado y cuyo consentimiento implica una participación pasiva y sin comprensión; nos referimos especialmente a los niños, a los adultos que padecen enfermedades o deficiencias mentales y a las personas totalmente ignorantes de los conceptos médicos modernos. Para estos grupos el examen ético independiente es un imperativo.

Niños y niñas

7. Los niños o niñas no deben participar jamás como sujetos en investigaciones que también puedan ser efectuadas sobre adultos. Sin embargo, la participación de los pequeños es indispensable para las investigaciones acerca de enfermedades infantiles y aquellas patologías a las que los niños son especialmente vulnerables. Será siempre necesario que, luego de habérsele explicado en profundidad los objetivos de la experimentación y los riesgos, malestares o inconvenientes posibles, dé su consentimiento uno de los padres o un tutor legal.

8. En la medida de lo posible y en función de la edad, se buscará obtener la cooperación voluntaria del niño luego de haberle informado con franqueza acerca de los malestares e inconvenientes posibles. Suponemos que los niños y niñas más grandes son capaces de dar un consentimiento esclarecido, de preferencia completado por el consentimiento de uno de los progenitores u otro tutor legal.

9. En ningún caso deberán participar los niños(as) como sujetos de una investigación que no entrañe una ventaja potencial para ellos, a menos de que el objetivo no sea elucidar las condiciones fisiológicas o patológicas propias de la primera infancia y la niñez.

Mujeres embarazadas y madres lactantes

10. Aunque la obtención de un consentimiento esclarecido no plantea ningún problema especial, las mujeres encinta o las madres en lactancia no deberán en ningún caso ser sujetos de investigaciones desprovistas de una finalidad terapéutica que implique una posibilidad de riesgo para el feto o el recién nacido, a menos que se trate de aclarar problemas vinculados al embarazo o a la lactancia. La investigación terapéutica es admisible únicamente para mejorar la salud de la madre sin perjudicar la del feto o niño de pecho, para aumentar la viabilidad del feto, o para favorecer el buen desarrollo del lactante o la aptitud de la madre para nutrirlo.

Por lo que se refiere a las investigaciones dirigidas hacia la interrupción del embarazo, todo depende de la legislación nacional, así como de los principios religiosos y culturales, y por lo tanto no pueden ser objeto de recomendaciones internacionales.

PRIMERA PARTE

EL MUNDO DEL BEBÉ

4. EL BEBÉ Y EL NIÑO DE PECHO: SU LUGAR EN LA SOCIEDAD ACTUAL

MICHEL MANCIAUX

¿QUÉ BEBÉ?

La representación del bebé y del niño de pecho ha cambiado en el transcurso de los siglos. No obstante, la imagen que ha prevalecido a través de los cambios es la de una pasta que debe "modelarse", una cera virgen sobre la que las experiencias y los sucesos dejarán paulatinamente su impresión. Luego, tras el exceso del determinismo científico que quería que todo se jugara precozmente, se ha llegado a un enfoque más abierto, más experimental: el niño es objeto de estudios y de educación.

Esta corriente, que se inició en los primeros años del siglo XX, especialmente con los trabajos de Arnold Gesell, se ha ampliado y diversificado rápidamente. Conviene notar que este autor y sus sucesores se interesaron tempranamente, entre los desempeños que exploraban, por la adaptabilidad y la sociabilidad del niño desde su edad más temprana. Sus trabajos han sido la base –y a veces el pretexto– de teorías educativas que han condicionado y formado generaciones enteras, parte del fenómeno de masas cuyo mejor ejemplo es todavía Benjamin Spoke y su *best-seller*, cuyo éxito perduró muchos decenios y sobrepasó las fronteras de Estados Unidos. Sin embargo, la fragilidad de las bases científicas de estas teorías, su dogmatismo y su variabilidad en función de las modas, han quedado bien demostradas por G. Delaisy de Parceval y S. Lallemand en *L'art d'accommoder les bébés* [7].

Pero el camino ya estaba preparado para la etapa siguiente: el niño pequeño como sujeto de la investigación científica. Es la época actual la que, a partir del estudio de las interacciones precoces, le hace justicia al bebé y la que demuestra sus capacidades y su reactividad [11]. A este respecto, el libro de B. Brazelton, *La naissance d'une famille*, es significativo y descubre las variadas capacidades del pequeño humano desde antes de nacer [4]. Sin entrar en detalle, se puede decir que los numerosos centros de estudio de desarrollo infantil, especialmente en Estados Unidos [Child Development Centers], y los estudios sobre el crecimiento y desarrollo del niño, particularmente los coordinados por el Centro Internacional de la Infancia [15], han contribuido poderosamente al avance de esta nueva ciencia, a veces denominada "bebología".

Al mismo tiempo, debido a la disminución de la natalidad en los países in-

dustrializados, y a los progresos de la obstetricia y la pediatría que hacen posibles un embarazo y un parto con menos riesgos, nuestra época ha visto desarrollarse exigencias crecientes sobre eso que denominamos "la calidad del producto de la concepción". Nuevas conquistas y nuevos esfuerzos para procurar que el tecnicismo invasor salvaguarde y respete las dimensiones afectivas de esta maravillosa aventura que es el don de la vida [2].

Es también la demografía pero igualmente las reflexiones éticas, que ponen en investigación perpetua las nuevas modalidades de reproducción humana, lo que hace del bebé y del niño de pecho el sujeto de preocupaciones sociales y jurídicas en todas las sociedades. La interrupción voluntaria del embarazo ilustra dramáticamente el conflicto de intereses entre la mujer y el feto, y la mayor parte de los estados modernos han sentido la necesidad de legislar acerca de este difícil problema. Si el niño pequeño no es todavía sujeto de derecho, su defensa ya se organiza: testimoniamos esta noción de *advocacy* (amparo) que tanto gusta a los pediatras anglosajones.

Sin embargo debemos preguntarnos si esta evolución en las concepciones e imágenes que se hacen sobre el niño(a) las generaciones sucesivas, no es solamente la de una parte de nuestra sociedad, la inteliguentsia y la de aquellos que, por profesión, se ocupan del niño, lo observan y no tienen ningún problema en considerarlo como un sujeto. En un artículo provocador que analiza la noción del niño a partir de las preguntas planteadas al respecto y a la investigación en numerosas obras –en particular toda una serie de diccionarios que van desde la *Enciclopedia* de Diderot hasta obras contemporáneas–, y Lévy-Piarroux nos ayuda a reflexionar sobre este punto [8]. A la pregunta de "¿qué es un niño?", según este autor, las respuestas proporcionadas se pueden clasificar como sigue:

- definiciones sin contenido: un periodo de la vida, una forma sin sustancia (hasta acceder a la famosa "edad de la razón");
- contenidos sin definición: "un ser inacabado, un problema social, un problema por resolver (lo que hace recordar los carteles que cubrieron los muros de Francia en 1984, que representaban a un bebé con la leyenda "¿acaso parezco un fenómeno socio-cultural?");
- connotaciones varias, expresadas por palabras tiernas y otras menos dulces.

Al final, sostiene el autor, la mayoría de estas definiciones insisten en una insuficiencia, en una falta, en relación con el estado acabado que representa la edad adulta. Hay aquí para reflexionar sobre el valor de un niño(a) en una sociedad que ella misma está en permanente cambio.

¿QUÉ SOCIEDAD?

Es imposible querer caracterizar en algunas líneas la sociedad actual. Con-

tentémonos con limitarnos por un momento al mundo desarrollado, con subrayar algunos rasgos, y luego, desde un principio, sus aspectos multiformes y rápidamente evolutivos que *a priori* desaniman todo análisis.

Se trata de una sociedad de abundancia y consumo que les ofrece a sus miembros bienes como jamás antes lo había hecho una sociedad humana. Pero este excedente de haber, casi no tiene relación con ese "excedente del alma" que sin embargo Bergson señalara hace ya tres cuartos de siglo como ¡una necesidad urgente! Pero como esos bienes están inequitativamente repartidos, las desigualdades sociales son grandes y se sienten como nunca antes: desigualdades de ingresos, de acceso a los servicios, de condiciones de vida y de salud, incluso de esperanza de vida [1].

Es también una sociedad de incertidumbres ante el futuro, e incluso ante el presente, que plantea perpetuos y perturbadores cuestionamientos: ya no trasmite sus normas de una generación a la otra, y esta situación es particularmente incómoda para la educación de los niños.

Una sociedad de disminución de la natalidad, que en algunos países desarrollados no garantiza ni siquiera su renovación, mientras que otras sólo mantienen su nivel demográfico por medio del artificio de un aumento de las poblaciones extranjeras cuya integración es cada vez más problemática. Así, se hace, cada vez más, una sociedad pluriétnica, y esto aumenta la relativización de reglas y normas sociales [14].

Es, sin embargo esta sociedad, bordeada de incertidumbres, la que interfiere más y más, a través de los padres, en la educación de los niños[as] y cada vez más tempranamente. De ahí las contradicciones y conflictos que afectan frecuentemente a familias e infantes.

ENTRE EL BEBÉ Y LA SOCIEDAD, LA FAMILIA

Desde su nacimiento, el niño crece y se desarrolla en el marco de su familia, ésta es cuando menos la situación habitual. Su padre y madre le han trasmitido su patrimonio genético desde la concepción, pero el patrimonio social también es importante y también aparece desde el desarrollo intrauterino. En efecto, el niño(a) se inscribe en una línea y en un ambiente que condicionarán profundamente su crecimiento, su vida material, afectiva, cultural, social, etcétera.

Sin embargo, el marco en el que vive el niño de hoy no corresponde más a la imagen que tenemos de él, construida por nuestra propia experiencia y en función de los mitos que nos fueron trasmitidos. Es entonces importante conocer la realidad de la vida familiar de hoy, pues es ahí donde las necesidades fundamentales de los niños de pecho encuentran prioritariamente respuesta.

Las estructuras familiares actuales

La forma de familia que sigue predominando en nuestros días es la familia conyugal o nuclear, compuesta por el padre, la madre y los niños (habitualmente dos), que viven en la misma casa y tienen generalmente un patrimonio común. Esta familia reducida se sitúa en una red familiar agrandada a la que pertenece el conjunto de parientes de los dos consortes, eso que los sociólogos denominan la "parentela".

Pero esta estructura familiar convertida en clásica está en mutación interna. Están aumentando rápidamente las familias monoparentales (padres o madres solos): 887 000 en el censo de 1982, lo que hace que el 3.8% de los menores de tres años vivan en una familia monoparental. La tasa de niños más grandes que viven en estas condiciones es todavía más importante y alcanza el 6.3% de niños y niñas entre 7 y 16 años. En conjunto, las cuatro quintas partes de los niños que son educados por un solo adulto viven con su madre [6].

Las familias de un solo progenitor son con frecuencia una etapa en la evolución del ciclo familiar y siguen a una separación, un divorcio o la muerte de uno de ellos. Así, el grupo doméstico queda constituido por un progenitor y los niños o una parte de los niños de la familia original. Un nuevo cónyuge podrá venir y aumentar el grupo y cohabitar de manera más o menos estable. Esto significa que un número importante de los niños(as) crecerá dentro de una "familia recompuesta", en donde uno de los adultos no es el padre o madre biológicos. Esta movilidad conyugal se ha vuelto un hecho importante que es esencial tomar en cuenta como la realidad de vida de un buen número de niños(as). Hay que ayudar a éstos a vivir y construirse en esta movilidad sin que juicios exteriores descalificantes vengan a complicar lo que han vivido.

Desde los años setenta, la cohabitación "fuera del matrimonio" ha aumentado en Francia, en particular entre los jóvenes: 809 000 parejas en 1982 [6]. Fenómeno nuevo, esta cohabitación juvenil parece reflejar el deseo de retardar la legalización de una unión, práctica ya frecuente en otros países como Alemania, Dinamarca, Suecia y Suiza [5].

Pero la cohabitación sólo es un aspecto del fenómeno mayor que llamamos vida en común. Para estas parejas, cohabitación y procreación están disociadas, y cuando se anuncia un embarazo, que es la mayor parte de las veces deliberado, algunos eligen institucionalizar su unión, pero los que rehúsan el matrimonio son cada vez más numerosos. Así, los nacimientos fuera del matrimonio aumentan, ¿debemos seguir llamándolos nacimientos ilegítimos según la definición de los demógrafos? Hacia 1960 representaban en Francia el 6% de los nacimientos, el 14.2% en 1981, y el 19.6% en 1986. Como quiera que sea, estamos lejos de Suecia, donde el 40% de los bebés nacen fuera del matrimonio [6].

Las funciones de la familia

Aunque la familia sigue siendo la unidad esencial para la reproducción humana, existe aquí una evolución rápida. En materia de reproducción social, la función del grupo doméstico es fundamental en la primera infancia para aprender el lenguaje, el comportamiento, y para integrar los modelos y los papeles culturales. No obstante, esta función de socialización es cada vez más asumida por las redes extrafamiliares: para los lactantes es evidentemente la guardería –colectiva o familiar– y los otros modos de cuidado o ayuda los que desempeñan este papel complementario al de la familia.

La familia como unidad de vida relacional y afectiva también está cambiando. En la familia extendida que vive en la misma casa, la presencia de parientes permite multiplicar el número de personas que pueden asumir este "maternaje", el cuidado de los niños, las tareas del despertar y de protección, así como las consecuencias de las crisis y los conflictos de la relación... En la familia nuclear de hoy, debido a las condiciones de vida, de trabajo, de alojamiento y de los ritmos de cada uno, la vida relacional se modifica y los vínculos evolucionan en función de la movilidad conyugal, las separaciones de los padres y los cambios de cónyuge. Así, el niño(a) se encuentra en una red de relaciones cambiantes en el plano familiar y educativo, en medio de la cual tendrá que desarrollar su personalidad y adquirir su autonomía y estabilidad afectiva. La parentela sigue desempeñando un papel importante, aun cuando la distancia separe sus viviendas. Esto es lo que muestran los trabajos recientes que han puesto al día la permanencia de vínculos, visitas o ayudas mutuas entre los miembros de la familia extendida [16].

El trabajo femenino fuera de casa modifica también las nociones familiares tradicionales. En las familias donde ambos son profesionistas, la vida material y doméstica, así como la afectiva, se organizan de modo que se pueda compartir mejor la presencia y las necesidades de los niños. El recurso de medios extrafamiliares como la guardería es entonces habitual y cada vez más trivializado, sin que su cualidad sea siempre suficiente para asegurarle al lactante cuidados coherentes y continuos.

Estos diversos reequilibrios relacionados con los papeles, por otra parte esquematizados al exceso y no universales, tienen una naturaleza evidentemente destinada a transformar profundamente el proceso de socialización de los niños, y a relativizar mucho los arquetipos masculinos y femeninos, así como a revelarle más directamente al niño la inserción de la familia en la sociedad global.

Como este proceso es de desarrollo reciente y muy rápido, es difícil que se puedan prever y dominar todas las consecuencias para los niños. Una apertura y autonomía incrementadas pueden ir de la mano con mucha, y quizá demasiada movilidad material y afectiva. Son pues importantes las redes familiares, de amigos y colectivas que pueden garantizar una continuidad indispensable y una seguridad afectiva fundamental para un desarrollo armo-

nioso de los bebés y lactantes [3]. Esto subraya también la importancia de las mediaciones e intervenciones exteriores que, en caso de conflicto intrafamiliar, deben salvaguardar los derechos de cada uno de los miembros de la familia al mismo tiempo que recordarles sus responsabilidades y deberes.

EL LUGAR DEL BEBÉ EN EL MUNDO DE HOY

Según las evidencias, el sentido que se le da al bebé en una sociedad está muy ligado a la estructura y a la evolución demográfica de esa sociedad. Pero lo irracional no está ausente en esta valoración del bebé.

En los países desarrollados

El sentido que se le da al niño, las esperanzas que origina y las decepciones posibles de las que es objeto, varían considerablemente de una pareja a otra, y quizá también según los grupos sociales que se consideren. Pero aunque sólo sea debido a los progresos de la anticoncepción, el auténtico deseo de tener un bebé sigue estando muy frecuentemente asociado a su nacimiento, además de que cada padre y madre ponen en ello su sello original, lleno de esperanzas específicas [cf. cap. 5]. Sin embargo, en este tema nada es simple y los temores de orden personal, colectivo y aun cósmico no faltan, temores cuya expresión y verbalización pueden atenuar el alcance y el efecto eventualmente perjudicial para el bebé y su familia.

En esas sociedades, en las cuales el modelo predominante sigue siendo todavía la familia nuclear de tipo conyugal con uno o dos niños, con frecuencia el embarazo se planifica del mismo modo que se hace con ciertos bienes de consumo. Y si el niño se demora en venir se ponen en juego todos los medios para "procurárselo". Es paradójico ver en estas sociedades de disminución de la natalidad cómo se confirma el derecho del bebé como un derecho esencial, al servicio del cual se movilizan las técnicas más complejas y a veces las más discutibles, que obtienen de esto una cierta legitimidad, aunque la disociación que muchas de ellas crean entre parentela biológica, legal y afectiva no carezca de consecuencias, la cual convendría estudiar cuidadosamente. Además, esta valoración del bebé individual contrasta con la ausencia de reacción colectiva frente a una baja duradera de la natalidad, lo que además de dar lugar a un envejecimiento progresivo de la población, tiene también consecuencias económicas, sociales y políticas que serían, sin embargo, fácilmente previsibles.

En las sociedades modernas, ese derecho al niño se inscribe –al lado del derecho a la salud– como un deber de la sociedad para todos sus miembros. Pero se trata aquí del derecho del niño conformado sin taras; cuando éstas

existen, el trabajo de duelo del niño imaginario puede complicarse terriblemente. Al mismo tiempo, esto desmitifica lo que R. Debré llamaba todavía, hace quince años, "la vida clandestina", las técnicas de exploración del feto y especialmente la ecografía, que hoy se utilizan rutinariamente en la mayor parte de los países industrializados, permiten verificar la conformación del bebé que va a nacer. Las anomalías que son descubiertas de este modo plantean problemas tremendos inéditos tanto a los padres como a los equipos médicos. Aun la revelación precoz del sexo del feto no es neutra ni anodina [12].

Al final, el derecho al bebé es cada vez más el derecho al bebé ¡cuando uno lo quiere y como uno lo quiere! Los deberes ligados a la paternidad, así como las exigencias ligadas a las necesidades del bebé, se dejan en un segundo plano desde este marco mental. Por ejemplo, las consecuencias de una educación sin imagen paterna son frecuentemente ocultadas, y éste es un tema que requiere investigaciones urgentes y profundas.

En las sociedades actuales, la significación económica del bebé es innegable. Si se planifica, es objeto de inversiones –especialmente educativas– de las que padre y sociedad esperan una rentabilidad. En los países desarrollados, el bebé representa hoy un mercado provechoso. La publicidad, que utiliza a los bebés como *vedettes* y como agentes de compra para éstos y para su familia, sabe muy bien lo que hace.

Esta perspectiva más bien sombría no debe hacernos olvidar el valor simbólico del bebé, pues se basa en aquello que le da una dimensión suplementaria al hombre y la mujer –a quienes parentaliza– al mismo tiempo que en un porvenir para la sociedad; aunque hemos visto que esta dimensión colectiva muy frecuentemente se pierde de vista. La llegada del bebé completa y concreta la unión de una pareja, la cual se puede convertir, según el caso, en el cimiento, la apuesta, el fermento de la discordia e incluso de la ruptura. Igualmente ciertos célibes reclaman una maternidad o paternidad –natural o por adopción– con miras a su expansión personal. Ahí también conviene salvaguardar los derechos legítimos del niño(a).

En suma, si hubiera que resumir el lugar del bebé (del niño de pecho) en las sociedades modernas, se podría decir que se trata de un bebé poco frecuente, bien precioso habitualmente deseado y que se quiere perfecto; que es conocido y desmitificado desde antes de nacer, que está investido, y que a veces está cargado de esperanzas exageradas, desmesuradas. Y que su socialización se hace cada vez más fuera de su familia, sin que sus necesidades de coherencia educativa y de continuidad afectiva se le respeten siempre.

Sucede algo muy distinto en los países en desarrollo

Cuando menos en las culturas rurales, el bebé sigue siendo una riqueza. En lo inmediato, simboliza los valores tradicionales de virilidad-fecundidad. Y

en el futuro representa una fuerza de trabajo, un apoyo para la vejez. Esta manera de ver las cosas oculta las dificultades materiales en las que se debaten tantas familias, y sobre todo la sobrepoblación, que en muchos países representa un freno para el desarrollo socioeconómico. Pero falta matizar este panorama recordando el valor diferente que se les atribuye a los niños y a las niñas en muchas culturas, y también el hecho de que, cada vez más, los padres incapaces de educar a sus hijos los abandonen o los vendan. Los niños de la calle son una realidad cotidiana en la mayor parte de las grandes ciudades de muchos países del Tercer Mundo.

Muchos de los niños pequeños no han visto la satisfacción de sus necesidades esenciales, empezando por la de sobrevivir, la más fundamental de todas. La alimentación y el abrigo, protección contra un ambiente frecuentemente hostil, están lejos de haber sido universalmente garantizadas para los niños de pecho, y esto es todavía un gran desafío para toda la humanidad [10].

Los niños pequeños son abundantes y aceptados, si no es que siempre deseados, y se invierte en ellos como portadores del porvenir, pero sin embargo están amenazados en su existencia misma y, por lo tanto, sus necesidades de un desarrollo armonioso, y de una vida familiar y social desarrollada y productiva pasan, con frecuencia, a un segundo plano.

Añadamos que el valor del bebé, el sentido que se le da en su familia y en la sociedad varían mucho según las culturas, y que la ruptura de las estructuras y las solidaridades tradicionales (familia extensa, clan, tribu), debidas a la urbanización, con frecuencia anárquica, y a migraciones, vuelven a recordarnos los datos recogidos por los etnólogos. Se impone, pues, una observación activa acerca del lugar del niño(a)* en los cambios que están en curso.

Cambios universales

De hecho, en todas las sociedades, independientemente de su nivel de desarrollo, el contexto existencial en que el niño(a) es concebido, traído al mundo, criado, educado y socializado, cambia a un ritmo acelerado, como el que ninguna sociedad humana había experimentado hasta hoy. Uno puede preguntarse, junto con Lozzof [9] ¿hasta dónde llegará la tolerancia, la adaptabilidad de los seres humanos, comenzando por los más jóvenes de ellos? El modelo tradicional de familia ha dado lugar a numerosas variantes, a formas inéditas de vida familiar entre las que –exigencia común– es necesario buscar respuestas, de la manera más adaptada posible, para las necesidades del niño(a) en desarrollo. El estudio de las familias que aquí se logra, independientemente de cuál sea su forma, tiene un enorme interés clínico y sociológico.

Hay otro punto que amerita ser subrayado... y meditado. Existe en casi

* Insisto en que a veces conviene recordarle al lector que el género es importante y que decir sólo niño le resta complejidad a la imagen, pues evidentemente el lugar del niño no es el mismo que el de la niña. Por otra parte decir infante sonaría mal. [T.]

todas las sociedades un desfase entre los discursos (oficiales, de los adultos, de los padres) y la realidad. Vivimos en un mundo que evoca, en toda ocasión, los derechos del niño(a), pero de los que cotidianamente se mofa, ya sea de modo individual o colectivo, ya sea de manera evidente o más sutil. A este propósito es muy elocuente la negativa a tomar en cuenta las necesidades elementales de los niños[as] y sus ritmos biológicos, en la organización de la vida social. Y hay negativas mucho más graves [13]. En realidad sólo raramente el niño(a) es prioritario. Es difícil hablar de bebés y de su futuro en sociedades que casi no piensan en éstos, quizá porque viven sin perspectiva. La única manera de reintroducir la infancia en la dinámica de la vida social y política es ver en ella un germen de desarrollo.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Aiach, P., R. Carr-Hill, S. Curtis y R. Illsley, *Les inégalités sociales de santé en France et en Grand Bretagne*, París, INSERM, Documentation Française, 1988.

[2] Amiel-Tison, C. y B. Grenier, *Est-ce ainsi que les enfants naissent?*, París, Laffont, 1983.

[3] Bachman J.P. y B. Cramer, "Les premiers mois de la vie", en *L'enfant et sa santé*, M. Manciaux, S. Lebovici y O. Jeanneret (comps.), París, Doin, 1987, pp. 191-204.

[4] Brazelton, B., *La naissance d'une famille*, París, Stock, 1983.

[5] Callot, G., "La evolución de la fecundidad en Europa", comunicación personal, 1988.

[6] Charbit, Y. y C. Gore, "Les enfants en France et dans le monde: perspectives démographiques", en *L'enfant et sa santé*, M. Manciaux, S., Lebovici y O. Jeanneret (comps.), París, Doin, 1987, pp. 63-75.

[7] Delaisy de Parceval G. y S. Lallemand, *L'art d'accommoder les bébés*, París, Seuil, 1980.

[8] Lévy-Piarroux, Y., "Un enfant, kékcéksa?", en *Espaces-Temps*, 1985, 31-32: 4-13.

[9] Lozzof, B., G. M.Brittenham, M.A. Trause *et al.*, "The mother-newborn relationship: limits of adaptability", en *J. Pediatr.*, 1977, 91: 1-12.

[10] Manciaux, M., "La santé globale de l'enfant", en *L'Enfant et sa Santé*, M. Manciaux, S. Lebovici y O Jeanneret (comps.), París, Doin, 1987, pp. 3-19.

[11] Manciaux M., S. Lebovici, E.A. Sand y cols., "Pédiatres, psychiatres et épidemiologistes autour du jeune enfant", en *Journées Parisiennes de Pédiatrie*, París, Flammarion, 1984, pp. 276-297.

[12] Tomkiewicz, S. y A. Jacquard, "Génétique et environnement", en *L'Enfant et sa Santé*, M. Mancieux, S. Lebovici y O. Jeanneret (comps.), París, Doin, 1987, pp. 105-113.

[13] Tomkiewicz, S. y M. Mancieux, "Les enfants sans enfance", en *L'enfant et sa santé*, M. Mancieux, S. Lebovici y O Jeanneret (comps.), París, Doin, 1987, pp. 855-861.

[14] *Combien y a-t-il de français? Population et sociétés*, París, INED, 1987, 214 pp.

[15] "Croissance et développement de l'enfant. Vingt-cinq années d'activités internationales coordonnées", en *Courrier du CIE*, París, 1980, 30, número especial.

[16] *La famille résiste. Population et sociétés*, París, INED, 1977, 98 pp.

5. PERINATALIDAD. PROBLEMAS DE HIGIENE Y PREVENCIÓN

CLAUDE RUMEAU-ROUQUETTE

La higiene es "el conjunto de principios y prácticas tendientes a preservar y mejorar la salud". Desde hace mucho, el embarazo, el parto y los primeros años de vida están envueltos por un conjunto de prácticas y creencias: Ambroise Paré y Mauriceau han multiplicado las recomendaciones sobre el arte de engendrar y también sobre las precauciones que se deben tomar para evitar el embarazo. Algunos de estos aspectos eran la abstención de relaciones carnales durante ciertos periodos de gestación, las supuestas consecuencias de visiones y antojos, los consejos alimentarios...

La tendencia instrumentalista en materia de embarazos en el siglo XVIII, los descubrimientos de Pasteur, y el nacimiento de la puericultura y de la pediatría en el siglo XIX, abrieron el camino a una medicalización de la reproducción que se intensifica luego de descubrimientos mayores: los métodos modernos de anticoncepción y el tratamiento de la hipofecundidad, el diagnóstico intrauterino y la reanimación neonatal. Esta medicalización ha implicado algunas reacciones en contra, pero sin embargo sigue siendo la corriente mayoritaria; se informa aquí sobre la mayoría de los consejos y prácticas de higiene.

Sin querer entrar en consideraciones normativas, intentaremos analizar los fenómenos que han producido eso que podemos considerar como las prácticas actuales de la higiene perinatal. De esta evolución han emergido algunas ideas; examinaremos aquí tres de ellas: el embarazo planeado y deseado, el niño normal, y el establecimiento de la relación entre la pareja y el niño.

EL EMBARAZO PLANEADO Y DESEADO

La anticoncepción

Hace ya varios siglos que las parejas francesas han recurrido a los métodos de control de la natalidad. En el siglo XIX, la fecundidad en Francia era claramente inferior a la fecundidad "natural". La disminución de la fecundidad registrada, hacia finales del siglo XIX y principios del XX, se hizo dentro de un clima pasional en el que se enfrentaban los movimientos neomalthusianos con los natalistas. Fue el aumento de la natalidad de 1935 a 1965, lo que hizo

aparecer los anticonceptivos orales y los dispositivos intrauterinos, los cuales aseguraron por primera vez una anticoncepción perfectamente eficaz. Luego de ser autorizados en 1970, los anticonceptivos entran poco a poco en las prácticas de la higiene de las parejas. Las encuestas nacionales del INSERM mostraron que en 1972, el 11% de las mujeres que acababan de dar a luz emplearon anticonceptivos orales en los años precedentes, y el porcentaje fue del 34% en 1976 y del 63% en 1981. Como la mayoría de las innovaciones, el uso de anticonceptivos penetró primero en los estratos sociales más altos, en las mujeres jóvenes (excluyendo las muy jóvenes) y en las zonas urbanas.

El desarrollo de la anticoncepción moderna ha sido relativamente rápido. Su reivindicación en los años sesenta, dio lugar a un comportamiento considerado hoy como normal. Por esta razón, la anticoncepción ocupa un lugar de elección entre los consejos sobre higiene.

Interrupciones voluntarias del embarazo

Pese al progreso de la anticoncepción, el número de abortos sigue siendo elevado. La interrupción voluntaria del embarazo (IVE) se autoriza en 1975, y el número de abortos asciende de 134 173 en 1976, a 182 735 en 1982. Es difícil saber si este aumento es real debido a algunos vacíos en el registro, pero esto no nos permite suponer una disminución real e importante del número de IVE. El recurso al aborto es elevado en las mujeres menores de 20 años: alrededor de una tercera parte de los embarazos termina en IVE, proporción que es claramente superior a la de otras mujeres, y los IVE practicados antes de los 20 años representan el 10% del total, en tanto que los nacimientos en menores de 20 años representan el 4% del total. La frecuencia de IVE es también más elevada entre las solteras.

Estos datos estadísticos franceses pueden dar lugar a hipótesis diversas. El esquema normativo y medicalizado considera a las IVE como una sobrevivencia del pasado llamada a desaparecer en cuanto los métodos anticonceptivos sean perfeccionados y se hagan más accesibles. Sin embargo, la importancia de su número y de su localización en una categoría de mujeres que está en expansión (las mujeres jóvenes y solteras) deja entrever una resistencia ante el esquema normativo, resistencia que puede tomar la forma de una reivindicación.

Tratamiento de la hipofecundidad

El empleo cada vez más generalizado de la anticoncepción y el importante lugar que tienen las IVE no deben enmascarar el deseo de tener un niño que se expresa, entre otras cosas, por el aumento del número de parejas que acuden a consulta por hipofecundidad real o supuesta. Los tratamientos de hi-

pofecundidad han hecho considerables progresos en estos últimos veinte años: estimulación hipofisiaria, cirugía de las trompas, fecundación con esperma de donadores y, más recientemente, fecundaciones *in vitro*. Estos métodos dejan pasar a veces a segundo plano la prevención de las infecciones genitales –responsables de un número elevado de hipofecundidades– y los consejos tradicionales de higiene.

EL NIÑO "NORMAL"

El niño normal es la reivindicación de la mayoría de las parejas. No se trata aquí de establecer una distinción entre lo normal y lo anormal, sino de estudiar cómo se inscribe esta noción en los hechos.

Malformaciones congénitas

De todas las anomalías existentes son las malformaciones congénitas las que más impresionan al público: el nacimiento de un niño portador de una malformación grave ha sido considerado con frecuencia en el pasado como el fruto de la imprudencia o incluso de un pecado.

Prevención primaria. Los progresos recientes no han permitido elucidar la etiología de las malformaciones, salvo algunos descubrimientos en el dominio de la genética o de factores exógenos (rubeola o thalidomida). Los consejos de higiene siguen siendo limitados y sobre todo se refieren a desalentar la autoprescripción de medicamentos. En este sentido, los médicos están prevenidos sobre todo acerca de las novedades de productos farmacéuticos, puesto que se publican regularmente listas de los medicamentos prohibidos. Sin embargo, sólo los progresos en la investigación, en especial los de la farmacogenética, permitirán explicar las variantes individuales todavía desconocidas.

Por otra parte, las intervenciones médicas que conllevan riesgos para el feto, riesgos que las más de las veces tienen que ver con radiaciones, deben prohibirse durante el embarazo.

Los factores alimentarios siguen siendo objeto de investigaciones, aun cuando la prescripción de vitaminas y la supervisión del aporte de oligoelementos están empezando a entrar en la práctica. Aquí conviene recordar el problema del alcohol. La concepción en estado de ebriedad y el consumo de alcohol durante el embarazo han sido considerados como los responsables de un elevado número de anomalías. Los primeros estudios no nos han permitido encontrar una relación entre el alcohol y las malformaciones clásicas de los niños, pero el descubrimiento del síndrome alcohólico-fetal ha reestablecido el problema. Se verá más adelante que las relaciones entre las anomalías de peso y de término también nos llevan a proscribir o a disminuir mucho el consumo del alcohol durante el embarazo. Estudiaremos el riesgo que las madres toxicómanas les hacen correr a sus bebés, que con frecuencia son portadores del virus VIH (cf. cap. 39).

También se ha sospechado mucho de las infecciones desde el descubrimiento del papel teratógeno de la rubeola y del de las fetopatías ligadas a la toxoplasmosis. El papel que desempeña la fiebre, y el de ciertas virosis, especialmente la gripe, siguen estando bajo estudio. Las vacunas, el dignóstico intrauterino y ciertos tratamientos, consituyen el aspecto médico de la prevención.

El efecto de estos métodos de prevención sigue siendo limitado, enfrentamos dos situaciones: algunos factores son realmente teratógenos (virus de la rubeola), pero sólo nos explican un número muy limitado de los casos. Otros, más frecuentes (uso de tranquilizantes), se vinculan de modo no tan bien definido con las malformaciones. Pero a pesar de las medidas de prevención, la frecuencia de malformaciones sigue siendo constante, aun cuando se llegan a prevenir ciertos picos: los relacionados, por ejemplo, con las epidemias de rubeola.

Diagnóstico intrauterino. Los progresos realizados en este campo son mucho más evidentes, y la consecuencia más frecuente de esto es la eliminación del embrión o del feto gravemente malformado. La amniocentesis, que permite descubrir anomalías cromosómicas, se practica mucho en las mujeres de más de 40 años y comienza a extenderse a mujeres de 38 y 39 años. También se practica en casos en los que haya antecedentes. Sin embargo, aun si el número de amniocentesis aumenta considerablemente, este método penetra de manera muy desigual en el cuerpo médico y en el público: se practica más frecuentemente en la región parisiense que en las provincias, y más en los niveles superiores y medios que en los de empleados y obreros.

La rápida generalización de la ecografía entre 1976 (11%) y 1981 (82%) ha permitido realizar el diagnóstico de malformaciones sin acarrear para la madre los inconvenientes de la amniocentesis. Si la interrupción del embarazo por anomalías incompatibles con la vida (anencefalia) o que engendran enfermedades graves (microcefalia) le plantean pocos problemas a los familiares o a los médicos, no sucede lo mismo con las anomalías menos importantes y a veces descubiertas cuando el feto ya es viable. Más allá de los problemas habituales de higiene, se plantean los difíciles casos de conciencia que no pueden resolver ni las leyes ni los comités de ética y, menos aún, las presiones ideológicas o políticas.

Por otra parte, para dar cuenta del fenómeno de la interrupción voluntaria del embarazo podemos aportar muchas hipótesis; una de ellas se basa en el progreso médico, pues permite esperar que los avances de la investigación traerán consigo la desaparición de los riesgos teratógenos mayores y, por lo

mismo, de la práctica de abortos provocados por malformaciones. Otra hipótesis nos permite pensar que la reivindicación de la normalidad se volverá cada vez más imperiosa y que el aborto podrá constituir una práctica cada vez más habitual frente a anomalías menores, digamos un sexo no deseado. Actualmente, la corriente normativa de higiene oficial se mueve, evidentemente, en el sentido de la primera hipótesis.

Otras anomalías y desventajas

Aparte de las malformaciones, las otras anomalías y desventajas se vinculan esencialmente a la prematuridad (nacimiento antes del término de treinta y ocho semanas), al retraso del crecimiento intrauterino y al sufrimiento fetal al final del embarazo y durante el parto. Alrededor de estos problemas se concentra la mayor parte de las prácticas médicas, las medidas sociales y los consejos de higiene.

La consulta prenatal

En 1972, el 15% de las mujeres tuvo menos de cuatro consultas y el 22% más de seis en 1981, respectivamente, 4 y 55%. Estas consultas se hacen cada vez más frecuentemente con especialistas y con el equipo responsable del parto, y también integran cada vez más el diagnóstico intrauterino y especialmente la ecografía.

La supervisión médica del embarazo y del parto ha evolucionado mucho, y en los últimos diez años los consejos y las consignas se han multiplicado. Si bien en el transcurso del embarazo el número mínimo legal de consultas es de cuatro, parteros y pediatras están de acuerdo en aconsejar de siete a nueve. Las mujeres se van conformando poco a poco a este modelo. La multiplicación de consultas prenatales conlleva sin duda numerosas ventajas, pero no constituye en sí una medida suficiente: su frecuencia era claramente más elevada en Inglaterra que en Francia en 1981, pero los resultados fueron menos buenos en lo que se refiere a la mortalidad perinatal y la prematuridad. La eficacia de las consultas depende de su calidad y de las medidas que genere: medidas médicas, medidas tendientes a reducir la carga de trabajo, consejos de higiene sobre la actividad profesional y las condiciones de vida. Los actos médicos consisten primero en precisar el diagnóstico y luego en seguir el crecimiento del feto, investigar las patologías maternas y prevenir el sufrimiento fetal. En el plano terapéutico propiamente dicho, el elemento dominante es sin duda el descubrimiento de productos que permitan detener las contracciones uterinas y, de este modo, disminuir la frecuencia de partos prematuros. Para el retraso de crecimiento intrauterino no existen todavía medicamentos activos, y más allá de los consejos de reposo, la única

solución consiste, en ciertos casos, en provocar un nacimiento prematuro, frecuentemente por cesárea.

El control médico del parto

Éste se ha afirmado a través de tres medidas:

- la concentración de nacimientos en hospitales de maternidad mejor equipados, que ha implicado el cierre de los pequeños establecimientos cercanos al domicilio;
- la utilización de vigilancias electrónicas en el parto, lo que se ha generalizado en diez años, y
- el aumento del número de cesáreas.

Este control médico que se trasluce en el discurso oficial es vivido de varias formas por las mujeres y los médicos. Algunas encuestas realizadas con las mujeres han mostrado a la vez un deseo de seguridad y por ello la aceptación, léase investigación de este control. Pero paralelamente se desarrollan o persisten las ansiedades y angustias ligadas al embarazo, y con frecuencia son mal percibidas por los equipos médicos, más orientados hacia las prescripciones que hacia la escucha. En cuanto al cuerpo médico, al lado de una corriente mayoritaria cada vez más orientada hacia la aplicación de los descubrimientos científicos y tecnológicos, se manifiestan también corrientes que apuntan hacia prácticas más "naturales".

La actividad profesional de las mujeres se ha considerado desde hace mucho como nefasta para el embarazo; las conclusiones de las primeras encuestas se mueven en este sentido. A partir de 1950, los resultados de las encuestas son más contradictorios: algunos muestran una asociación entre el trabajo materno, el bajo peso al nacer y la mortalidad perinatal; otros no confirman estas hipótesis. Las encuestas nacionales del INSERM, efectuadas sobre muestras representativas de nacimientos, demostraron bastante claramente que las mujeres que ejercieron una profesión durante el embarazo tenían una tasa de prematuridad (5%) menor que las otras (7%). Por otra parte, las primeras, que representan alrededor del 50% de las mujeres que paren, tienen un nivel escolar y social más elevado que las otras; esta diferencia explica en buena parte la diferencia constatada. En efecto, los trabajos de las mujeres han cambiado considerablemente desde 1962, y hay un aumento importante de empleos asalariados (69% de las mujeres activas en 1962 y 85% en 1982) y de empleos en el sector terciario (53% de las mujeres activas en 1962 y 72% en 1982). Sin embargo, algunos trabajos están vinculados a una tasa elevada de prematuridad: el trabajo en la línea de montaje (9% de prematuridades en la encuesta nacional de 1981) y el trabajo de guardias hospitalarias (16% de prematuridad en una encuesta sobre los hospitales públicos de la región parisiense en 1979-1981).

Las acciones posibles en este campo son de dos órdenes. La licencia es la medida más frecuentemente empleada: en 1981, el 62% de las mujeres activas obtuvo una licencia prenatal de seis semanas o más, y en 1972 el porcentaje sólo fue de 34%. Debido a esta licencia y a otras interrupciones suplementarias, el 25% de las mujeres trabajadoras no ejerció su licencia en el transcurso del último trimestre del embarazo. Este fenómeno no deja de tener riesgos para el empleo femenino y podemos preguntarnos si no serían preferibles otras soluciones que fueran posibles y compatibles con el estado de la mujer.

La ley de 1975 ha instituido mejoras en las condiciones de trabajo que luego han sido ratificadas por las convenciones colectivas, pero las mujeres embarazadas y los médicos no las conocen lo suficiente. La encuesta nacional de 1981 mostró que el 40% de las mujeres activas se benefició con una mejoría en las condiciones de trabajo; se trataba, en la mayoría de los casos, de la reducción de la duración cotidiana del trabajo y de la posibilidad de sentarse más frecuentemente.

El trabajo a domicilio, más difícil de cirncunscribir, no ha podido ser estudiado con tanto detalle.

Consejos de higiene alimentaria. La alimentación de la mujer en cinta constituye un buen ejemplo de las corrientes y modas más o menos fundamentadas. Sin embargo, todo eso que se cuenta o escribe sobre los "antojos" de la mujer en cinta, no parece haber sido confirmado por investigaciones serias. En lo que se refiere al aporte calórico, se ha pasado de la sobrealimentación, en los años sesenta, a la supervisión rigurosa del peso, para luego regresar a un régimen más abundante; los cuidados estéticos se han reportado en el posparto. Hace mucho que el régimen sin sal ha sido preconizado durante el curso del embarazo en casos de hipertensión y de edema (40% de las mujeres interrogadas en 1976 dijo haber reducido su consumo de sal). Los trabajos recientes han mostrado los límites que tienen estos regímenes, cuya prescripción ha disminuido considerablemente, y sólo fueron mencionados por el 10% de las mujeres en el transcurso de su embarazo en 1981. En el mismo orden de ideas, se observa una disminución en la toma de diuréticos (7% en 1976 y 1% en 1981). Por otro lado, algunos consejos siguen teniendo actualidad: tomar hierro o alimentos ricos en hierro y, sobre todo, suprimir el tabaco y el alcohol.

Las investigaciones epidemiológicas de los últimos veinte años concuerdan al decir que el consumo de tabaco durante el embarazo y su relación con los retardos del crecimiento intrauterino es moderada. En cuanto al alcohol, los resultados son menos constantes, pero se han descrito retardos de crecimiento intrauterino con un consumo relativamente moderado (un medio litro de vino o su equivalente). El descubrimiento del síndrome alcohólico-fetal ha hecho que se retomen las investigaciones relacionadas con los efectos de fuertes consumos de alcohol durante el embarazo. El tabaco y el alcohol a veces se asocian, pero de manera menos clara, con la prematuridad. Por otra parte, las mujeres son relativamente sensibles a los consejos de dejar de fumar, ya que alrededor de 40% de aquellas que fumaban en el trimestre anterior al embarazo dejaron de hacerlo en el transcurso del primer trimestre del embarazo. Pero el aumento general del consumo de tabaco hace que, a pesar de todo, el 15% de las mujeres fumaran más de 10 cigarrillos diarios durante el tercer trimestre del embarazo en 1981, mientras que en 1972 había sido de 9 por ciento.

ESTABLECIMIENTO DE LA RELACIÓN ENTRE LA PAREJA Y EL BEBÉ

Sin abordar las consideraciones psicológicas sobre la evolución de la relación entre la pareja y el bebé, podemos examinar tres elementos que pueden condicionarla.

La ecografía

La ecografía se ha generalizado en pocos años y también se han multiplicado los exámenes en la propia mujer. El mejoramiento de las técnicas permite una imagen cada vez más precisa del feto, de modo que padre y madre pueden bastante tempranamente distinguir su forma o percibir el latido de su corazón. El conocimiento, a veces no deseado, del sexo y de eventuales malformaciones precisan más esta imagen. En un estudio efectuado en una maternidad parisiense en 1978-1979, un psicólogo observó los intercambios en el transcurso del examen y sostuvo luego una entrevista con la madre. Los resultados muestran la complejidad de este contacto visual con el niño, contacto que a veces se complica debido a lo borroso de la imagen, la ausencia de señales familiares y el papel del médico. Las reacciones de placer, de decepción y a veces de angustia, reflejan una situación compleja. El mejoramiento progresivo de la imagen y lo común que se vuelve el examen pueden modificar ciertas reacciones y el feto es más fácilmente individualizado, en tanto que sus movimientos dan a veces lugar a interpretaciones: "es un revoltoso...", "duerme tranquilamente..." Se comprende bien con cuántas precauciones debe hablar delante de la madre o los padres que están acechando sus palabras, el operador e intérprete de la ecografía.

Este contacto visual con el niño antes de su nacimiento no deja de plantear algunos problemas y conflictos en el momento en que puede considerarse la interrupción del embarazo por razones voluntarias o terapéuticas.

La cesárea

Si bien el dilema madre o niño ha desaparecido en las condiciones habituales en las que se desarrolla un parto en los países industrializados, sigue siendo cierto que la cesárea representa una forma atenuada del conflicto que existe entre el interés del feto y el de la madre. Aun efectuada en las mejores condiciones, una cesárea hace que la mujer corra los riesgos clásicos de una intervención quirúrgica, y aun cuando se considera el estancamiento de las cifras de mortalidad materna no dejan de engendrarse secuelas de dolor y agotamiento que, sin ser graves, afectan el posparto.

El reciente aumento de las cesáreas en Francia (6% en 1972 y 11% en 1981), y la elevación de su frecuencia observada en algunos servicios, han tenido por objetivo la mayor seguridad del feto. Hay que interrogar los resultados; en algunos países (Países Bajos y Dublín en Irlanda), la tasa de cesáreas no excede el 4% con una baja tasa de mortalidad perinatal. Por otra parte, aunque los inconvenientes psicológicos de la cesárea se han descrito mucho, los resultados de las encuestas siguen siendo controvertidos. Sin embargo, un estudio reciente realizado en una maternidad parisiense que tenía una tasa elevada de cesáreas permite ver un retraso en el establecimiento de la relación madre-bebé. Además, las entrevistas muestran que las mujeres toleran bastante mal una intervención que no ha sido prevista durante el embarazo. Un resultado análogo se observa con la anestesia peridural: una intervención no programada y efectuada por urgencia es menos aceptada. Esto plantea el delicado problema de la información previa que hay que darle a estas mujeres, la cual debería a la vez darse y recibirse sin entrañar fenómenos de angustia.

La lactancia materna

En el siglo XIX amamantar con leche de la madre era una necesidad y la lactancia era objeto de un discurso extremadamente utilizado. La realidad, sin embargo, es menos brillante, entre la mayor parte de los estratos sociales el bebé puede ser criado por una nodriza, a veces en el domicilio de los padres y a veces externamente, lo que en algunos casos implica una mortalidad infantil muy elevada.

En el transcurso de la primera guerra mundial, el papel de las nodrizas, llamadas con frecuencia en las zonas rurales para remplazar a los hombres en el trabajo del campo, disminuyó considerablemente. El bebé se queda cerca de su madre, pero el amamantamiento materno disminuye progresivamente en los países occidentales hasta los años sesenta, cuando resurge otra vez. Este interés se da primero en las clases acomodadas y en mujeres con un nivel alto de escolaridad. Se difunde poco a poco un movimiento muy claro, apoyado por algunos hospitales de maternidad, cuyos resultados aparecen en las encuestas nacionales:

La alimentación es al mismo tiempo más precoz y en la mayoría de los casos materna. En 1972, el 29% de los bebés no recibía ningún alimento el primer día de vida, mientras que en 1981 sólo ocurría esto con menos del 1%. El quinto día de vida, el 37% de los bebés recibía leche materna en 1972, y el 54%, en 1981.

Si bien las ventajas del amamantamiento materno desde el punto de vista de la salud del bebé son discutibles, generalmente se está de acuerdo en reconocerle un efecto en el establecimiento de vínculos entre la madre y su bebé. Este efecto es sin duda favorable en tanto el amamantamiento sea libremente aceptado.

Los hechos que acabamos de mencionar más arriba (contacto visual con el niño durante el embarazo, retraso del establecimiento de relaciones madre-bebé en caso de cesárea, contacto precoz en el amamantamiento que sigue al parto) son los más visibles. Voluntariamente no abordamos el estado de las investigaciones sobre la capacidad del feto, ni la del recién nacido, de reaccionar a la música. Aun manteniéndonos en este nivel tan cuantitativo y obligatoriamente superficial, es posible advertir una tendencia muy clara hacia el establecimiento, cada vez más precoz, de la relación entre la pareja parental y el bebé.

CONCLUSIONES

Nos hemos esforzado por mostrar que los principios y prácticas que tienden a preservar y mejorar la salud de la madre y el bebé han tenido una evolución relativamente compleja. La corriente médica que inspira la mayoría de estas prácticas lleva hacia un esquema bastante normativo que implica: una práctica moderna de la anticoncepción, consultas y exámenes en caso de hipofecundidad, una supervisión médica y profesional atenta del embarazo, un parto acompañado de vigilancia electrónica, y una amplia utilización de la cesárea en caso de tener algún problema.

Esta corriente tan medicalizada va de la mano con tendencias aparentemente contradictorias: la primera favorece el establecimiento precoz de la relación madre-bebé, y a veces es facilitada por el progreso médico (ecografía) y a veces frenada (cesárea); la segunda lleva a la supresión del embrión no deseado o malformado.

En la práctica, estas corrientes engendran tanto conflictos como problemas. Sin embargo es reasegurador constatar que la mortalidad perinatal y la prematuridad retroceden y que el esfuerzo médico es positivo, aun cuando subsisten interrogantes sobre la frecuencia de las desventajas de origen perinatal.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Enkin, M. e I. Chalmers, *Effectiveness and satisfaction in antenatal care*, Londres, Spastic International Medical Publications, 1982.

[2] Jelliffe, D.B. y E.F.P. Jelliffe, *Programmes to promote breastfeeding*, Londres, Oxford Medical Publications, 1988.

[3] Kaminski, M., G. Breart, P. Buekens, H. J. Huisjes, G. McIlwaine y H.K. Selbman, *Perinatal care delivery system*, Londres, Oxford Medical Publications, 1986.

[4] OMS, "La maternité en Europe. Rapport sur une étude", en *La Santé Publique en Europe*, 26, Ginebra, 1988.

[5] Rumeau-Rouquette, C., C. Du Mazau-Brun e Y. Rabarison, *Naître en France. Dix ans d'évolution*, París, INSERM-Doin, 1984.

[6] Saurel-Cubizolles, M.J. y M. Kaminski, "Pregnant women's working conditions and their changes during pregnancy: a national study in France", *B. J. Indust. Med.*, 1987, 44, 236-243.

6. EL BÉBE EN SU FAMILIA

SERGE LEBOVICI
FRANÇOISE WEIL-HALPERN

Luego de haber definido el lugar del bebé en la historia del ser humano y la sociedad actual (cf. cap. 4), conviene situarlo en su unidad natural, la familia, al esforzarnos por estudiar las condiciones de relación habituales o perturbadas que desempeñan un papel evidente en el desarrollo del bebé y en las dificultades que puede encontrar.

De hecho, como lo mostrará ampliamente el artículo de John Bowlby (cap. 15), las relaciones familiares se sostienen por el apego, que constituye la base esencial de los vínculos sociales que unen las generaciones sucesivas en todas las especies animales, pero especialmente en los mamíferos. La teoría de la impronta (o impregnación) ha sido desde hace mucho aplicada por los etólogos del comportamiento animal, y el recién nacido no escapa a este modelo nuclear. Nos permite comprender cómo se inician los comportamientos programados en los dos participantes principales, el bebé y su madre, a partir de improntas que, en uno y otra, constituyen los sucesos, las circunstancias, los "momentos de gracia", que favorecen la manifestación interactiva de sus vínculos y le dan, a uno y otra, un papel funcional en estos intercambios entre ellos.

La madre encuentra su identidad de madre a partir de su deseo de maternidad y su deseo de embarazo, así como de los intercambios físicos con el feto y, sobre todo, con el recién nacido. Es, pues, el bebé quien le confiere esta identidad, en la proximidad de las transacciones afectivas y sincronizadas, modales o trasmodales y quien la proclama es una madre, su madre [2].

Pero los otros adultos y niños(as) que cooperan en los cuidados de crianza, o pueden ser responsables de éstos, recobran estas capacidades para el intercambio por canales de comunicación múltiples que los inscriben dentro de la "parentela". Se verá más adelante que cada uno introduce sus particularidades personales: la madre, en efecto (y los otros compañeros de cuidados), introduce en su crianza sus modelos imaginarios y fantasmáticos, lo que le permite estar en el origen de las anticipaciones creadoras que contribuyen a transformar las capacidades precoces –que son de hecho programas "arcaicos" y transitorios– en desempeños reales. Y deberá también apartar, calmar, proteger al bebé contra excitaciones externas e internas permanentes; calmarlo, dormirlo. Es ella una madre "para-excitación" como la describe Freud [1], que permite a su bebé reasegurarse en su retroalimentación (*feed-back*).

Veremos más adelante la especificidad de los papeles familiares de este parentaje (*parentage*) del bebé (cf. cap. 7). No puede considerarse que los participantes naturales estén aquí en igualdad con los participantes procedentes de los organismos sanitarios y/o sociales cuya participación es –y así debe seguir– de naturaleza profesional.

No ignoramos que a los militantes que abogan en favor de cambios sustanciales en la distribución de los papeles en el seno de la familia les disgusta la distribución entre las conductas paternales y maternales.

Y también es muy cierto que los padres de la generación actual contribuyen, más que en el pasado todavía reciente, con los cuidados de crianza del bebé y que cumplen esto perfectamente, en lo cual encuentran a veces satisfacciones que no son inferiores a las que experimentan las jóvenes madres. Estos padres se muestran hábiles y logran con frecuencia calmar a los bebés que se estiran y lloran en los brazos de sus madres. Su voz, más grave, es muy calmante, tal como fue (quizá) durante el embarazo.

Nada justifica, sin embargo, que se conviertan en militantes de la causa de los "nuevos padres", aun si están de acuerdo en compartir los cuidados del parentaje y en abogar, con las feministas, por la disminución del peso del sometimiento materno.

En efecto, su papel simbólico definido biológicamente por la prematuridad del recién nacido humano, "su neotenia", y por los intercambios sociales universales [3], contribuirá a la organización de las identificaciones en el funcionamiento mental de cada niño: todos deberán aceptar un día "ser como", por haber estado obligados a renunciar a "tenerlo todo y en seguida". Así, se definirán las reglas de pertenencia psíquica a un sexo y a una generación por medio de los conflictos reprimidos y favorecidos por los azares de la sexualidad infantil, factor de culpabilidad y de vergüenza. Este lugar en la sucesión de las generaciones, se inscribe también en aquel que le hacen al bebé sus dos progenitores.

La administración social y sanitaria en los estados modernos es cuidadosa al responder a la presión que exige cambios en relación con las exigencias de la familia tradicional. Es legítimo que el padre pueda tomar en lugar de su esposa una licencia parental de educación. Por lo tanto hay que cuidarse de los ataques desde la retaguardia para favorecer que la mujer "se quede en el hogar", o una conducta modernista como las que se dan cuando un joven matrimonio se separa y el padre se ve encargado, por petición de él, de los cuidados de un bebé algunos días por semana o algunos meses por año.

Sigue sucediendo, sin embargo, que las verdaderas familias monoparentales –excluyendo las parejas no casadas oficialmente– se multiplican y con frecuencia están constituidas por mujeres abandonadas y víctimas. Debe hacerse todo por favorecer la expansión del vínculo interactivo entre ellas y sus niños y por evitar las colocaciones inútiles y contradictorias de los bebés.

Los cuidados que se les dan a través de los diversos modos de custodia pueden ser excelentes y su desarrollo debe seguir siendo una preocupación

gubernamental para las administraciones encargadas del bienestar social.

Todo esto que se acaba de decir no debe hacer olvidar que la familia es un conjunto definido por la cultura en la que ésta vive. Independientemente de cuáles sean las diferencias estructurales de las clasificaciones familiares, las relaciones interpersonales que aquí se edifican son sostenidas por comunicaciones estables, múltiples, recíprocas e interactivas. Estas relaciones le dan un sentido retroactivo a los sucesos de la vida que aparentan ser no significativos cuando no se los religa a las vicisitudes y accidentes que sobrevienen en la salud y el desarrollo del bebé. Al mismo tiempo, la cadena transgeneracional inscribe sus alegorías en la epigénesis de aquello que sucede en el bebé, quien, una vez venido a la vida, asienta en su destino las consecuencias de los sucesos felices y tristes que viven sus padres.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Freud, S. *Más allá del principio de placer* (1920), en *Obras completas*, vol. XVIII, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.

[2] Lebovici, S., *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*, París, Le Centurion, 1983.

[3] Lévi-Strauss, C., *Estructuras elementales del parentesco*, Buenos Aires, Paidós.

7. LA MADRE

SERGE LEBOVICI

Este libro aborda en muchos capítulos las relaciones entre el bebé y su madre, y la importancia esencial de esto para su desarrollo, pero también sus eventuales dificultades tan importantes de señalar para explicar la psicopatología del niño pequeño, prevenirla y tratarla. Por lo tanto ha parecido útil evocar aquí, de manera muy general, la génesis y el desarrollo de los vínculos que unen específicamente al bebé y a su madre.

¿TIENE LA MADRE UN PAPEL ESPECÍFICO EN RELACIÓN CON SU BEBÉ?

Esta idea sería poco reconfortante y cuestionaría todos los casos de adopción o ayuda aportada por los asistentes maternos, cuando estas medidas aparecen como adecuadas para el bebé. Los métodos de ayuda en la procreación y el éxito obtenido por las adopciones muestran que los "vínculos de sangre" no son indispensables para el desarrollo feliz del niño(a). Además, como lo muestra en este libro el artículo consagrado al estudio del futuro de los bebés nacidos de madres psicóticas (cap. 38), a veces es deseable que se acuerden con estas jóvenes mujeres, y lo más tempranamente posible, medidas de donación con miras a una adopción.

Las enseñanzas trasmitidas a lo largo de siglos por nuestra cultura y los mitos que ella trasmite, nos ponen en presencia de madres que ejercen sobre sus niños violencias homicidas, como Medea, quien no duda en matar a sus niños y en dárselos de comer a ese marido que la ha traicionado.

De todos modos, lo que esto muestra es que el amor maternal no está desprovisto de ambivalencia. Winnicott lo ha mostrado claramente [10] cuando nos recuerda que tras sufrir durante el embarazo y el parto, con frecuencia decepcionada por la apariencia de su bebé con relación a lo que ella había imaginado, decepcionada también por su relativa incapacidad por ejercer sus funciones maternales, nerviosa por los gritos de su bebé y asqueada por su suciedad, la madre sueña con frecuencia en eliminarlo, cosa que confirman las observaciones más triviales. Rabain-Jamin ha mostrado cómo los insultos proferidos por la madre son corregidos por el oído de los bebés, por el tono especial con el que los vocalizan [6].

DESCRIPCIÓN PSICOANALÍTICA DEL PAPEL MATERNO

Freud ha reconstituido, por medio de la cura, a pacientes de madres capaces de conformar con sus recién nacidos una unión indisoluble. Más tarde Winnicott ha propuesto la tesis según la cual esta unión, simbolizada por el hecho de haber llevado al bebé en su seno, testimonia "la solicitud maternal primaria" y la inquietud depresiva. En estas versiones, respaldadas por los trabajos de Spitz [7] sobre el hospitalismo, la madre está ahí para intervenir con su manera de ser, para contribuir a establecer puntos de organización así como vínculos en los que su manera de interpretar la evolución de reflejos arcaicos infantiles ayuda a seleccionar eso que hoy llamamos las capacidades precoces.

- El *holding* podría traducirse como "mantenimiento"; también por el verbo tener precedido de varios prefijos: sostener, evidentemente; pero también contener, retener, etcétera.
- El *concern* o preocupación expresa bien la inquietud de la madre al salir del parto.

Para Freud la madre es también calmante "para-excitación", y contribuye a preservar a su bebé contra excitaciones difusas: lo hace dormir. Brazelton escribirá más tarde que la madre le permite acopiar sus recursos y encontrarse en el sueño paradójico y en el sueño.

Según esta teoría clásica del psicoanálisis, habiendo inscrito el bebé las huellas mnémicas de experiencias de satisfacción de necesidades, en una especie de placer, puede, gracias a la reactivación de sus zonas autoeróticas, alucinar la satisfacción de sus deseos, puesta en juego por las primeras experiencias de separación relativa, y luego recrear el objeto de su placer y por tanto de su deseo. Freud propone la siguiente metáfora: "El seno nace por la ausencia del seno" [4] y nosotros podemos ofrecer el aforismo según el cual el bebé inviste a su madre antes de percibirla [5]. Todas estas versiones personalizan la relación de la madre con su bebé y consideran la separación como una experiencia central:

1] Cuando el niño(a) ha alcanzado el sentimiento de constancia de objeto, la desaparición de la madre es equivalente a la llegada de un extraño; se trata aquí de una primera proyección de un peligro interno de destrucción en el exterior, el miedo a la cara del extraño que surge generalmente en los primeros meses del primer año de vida [7];

2] La separación de la madre, su pérdida, es una situación devastadora que ha sido estudiada por Anna Freud en los bebés separados de sus madres durante los bombardeos de Londres en la segunda guerra mundial [3], y por Spitz bajo el nombre de depresión anaclítica u hospitalismo.

Otros psicoanalistas, seguidores de Melanie Klein, afirman que la vida psíquica del bebé nace con él y que la experiencia de la alimentación se acompaña con el fantasma de devoración: los bebés asimilan los conflictos

instintivos y los fantasmas que los representan, y la madre es a la vez vivida como buena y mala, portadora de un seno bueno y otro malo, y sobre ella se proyectan todas las energías violentas debidas al deseo y las ganas de devorarla. Esta versión, que encontramos en los fantasmas arcaicos de los niños psicóticos, no toma en cuenta los acontecimientos que han marcado la historia natural del bebé y de su madre.

EL APEGO

Bowlby hace una revisión devastadora de la teoría freudiana sobre el nacimiento del objeto de investimiento de los deseos psíquicos, cuando propone aplicarle al bebé y a su madre la teoría etológica de la impronta, y describir los vínculos sociales de apego en el bebé humano, como se ha hecho con los primates [1]. Según Bowlby, la ruptura de estos vínculos es responsable de la pérdida y del duelo que marca las consecuencias de la separación. Los vínculos del bebé se establecen con sus compañeros de crianza y se ponen en marcha si los sucesos previstos toman lugar en el ambiente del bebé. Así, los vínculos sociales están ligados a una doble impronta, la que la madre le organiza a su bebé, y aquella que éste constituye en tanto sus capacidades son también bastante ricas y pueden conformar una impronta frente a la aparición de comportamientos llamados maternales. El bebé humano no sigue a su madre para aferrarse a ella, ésta interpreta los llamados, los gestos heredados de las especies llamadas inferiores, como el agarrarse al cuerpo de la madre, ya descrito como la base del "instinto filial" por Imre Hermann.

En esta versión, la madre no interviene específicamente, lo hace porque está sometida a un programa de apego que es la base del equilibrio del sistema familiar y de comunicación que ahí se organiza.

Inútil subrayar que esta tesis es un argumento importante para las feministas, que le niegan toda especificidad a las conductas maternales y que piensan que los hombres se las han impuesto a sus mujeres para mantenerlas en la esclavitud. Se verá que los padres han aprendido, ahora, a ocuparse más de sus bebés y a encontrar grandes satisfacciones al prodigar cuidados de crianza. También veremos que este tipo de capacidad no les da aptitudes análogas a las de sus compañeras: tienen su propia manera de cargar a los bebés y de arrullarlos. Sin embargo, este progreso en el equilibrio de la pareja, y en el reparto de las tareas relacionadas con el bebé, justifica el término de "parentaje", que define los modos de hacer del padre y de la madre en las tareas de educación y en la organización de la parentalidad (*parentalité*).

LAS INTERACCIONES ENTRE LA MADRE Y EL BEBÉ

Se trata de dos seres humanos que disponen de pensamiento y afectividad: la madre se embaraza, al menos en los países industrializados, cuando ella quiere. Su deseo de embarazo le permite imaginar un niño(a) cuya vida ella siente desarrollarse dentro de ella. Las manifestaciones de apego que se organizan ahora en ella, lo que ve en la ecografía, y el eventual conocimiento del sexo del bebé futuro, le permiten darle este bebé a su progenitor. Ella lo imagina, le prepara el futuro y emplea sus pensamientos latentes para elegir un nombre representativo del "mandato" de este bebé, un padre muerto o el personaje de un secreto familiar. Se sabe que Van Gogh nació justamente un año después de la muerte de un bebé cuyo nombre le hicieron llevar, lo que pagó caro hasta su muerte, sobrevenida cuando su hermano Theo, que desempeñaba para él el papel de protector, tiene un bebé.

El bebé es también el producto de fantasmas inconscientes ligados al muy viejo deseo de maternidad, darle también un hijo a su padre, como hizo la madre. El bebé por nacer es entonces el niño fantasmático de su abuelo materno. Por esto, su futura madre tendrá una deuda con respecto a la abuela materna que sólo se resolverá gracias al amor de ésta por su hija y el bebé. El desarrollo de las interacciones dependerá del niño imaginario y del niño fantasmático y de la manera en la que la madre sepa o pueda integrarlos con el niño de la realidad que carga en sus brazos. Los hechos de la vida van a tomar lugar en esta serie interactiva para imponer, en parte al menos, la "epigénesis interaccional" [2] que en *après coup** dibujan el destino del niño(a) (cf. cap. 13).

Con frecuencia se ha afirmado que los cuadros de la Edad Media y el Renacimiento que muestran la presentación de Cristo que hace la Virgen testimonian un mal sostenimiento en brazos, lo que por cierto no puede considerarse como la consecuencia de una incapacidad técnica de esos grandes artistas.

La madre que con frecuencia tiene al bebé lejos de su cuerpo, ve hacia lo lejos, o también dirige de buen grado su mirada hacia el sexo del niño, sexo que a veces tiene entre sus manos. Se piensa actualmente que la Virgen afirma así que su hijo es un hombre, aun si su maternidad no es natural, un hombre divino, pero también el hermano de aquéllos por los que va a sufrir la muerte. [8]

Por su parte, el bebé va a adquirir la capacidad de representarse a su madre también a través de los intercambios afectivos que comparte con ella. El diálogo sincronizado y armonizado que marca el baño de afectos en el que viven los dos participantes, se traduce en numerosos diálogos de mímica, de sonidos y verbales (cf. cap. 16) Así, el bebé anticipa las conductas maternales. Como escribe Winnicott [10], cuando ve a su madre ve dos cosas, las

* Un pensamiento, una acción, etc., que gana un significado *a posteriori*, por eso *après coup*, es decir, después. [T.]

pupilas de su madre y a su madre mirándolo.

Y la madre también deviene madre, pues también ve a su bebé mirándola. Dicho de otro modo, el bebé está haciendo de su madre una madre, al mismo tiempo que la inviste, todo esto antes de percibirla, como hemos dicho más arriba. Por su parte, la madre introduce su pensamiento y sus afectos en los cuidados maternales. Tales son los principios que gobiernan el desarrollo interactivo del bebé, como se verá con frecuencia en este libro.

CONCLUSIÓN

Los aspectos conmovedores de estos intercambios se pondrán en evidencia, pero también sus vicisitudes serán evocadas más de una vez en esta obra. En todo caso, el estudio de las interacciones y de su calidad es una buena manera de evaluar las posibilidades de desarrollo del niño.

Cuando la madre se deprime, el bebé reacciona con problemas funcionales que con frecuencia revelan el malestar materno. Cuando el bebé presenta alguna irregularidad de desarrollo o una enfermedad sensorial o motriz, ocasiona en su madre una reacción depresiva; por eso en ocasiones se organizan círculos viciosos igualmente interactivos.

Algunas madres maltratan a su bebé o son negligentes con él; B. Wright describe las malformaciones del apego de estas madres según tres formas: la evitación, la simbiosis y el rechazo [11].

El estudio de las interacciones se ha vuelto un momento esencial del examen del bebé para evaluar su salud y su porvenir, evaluación que regula la acción preventiva y permite las consultas terapéuticas (S. Lebovici, 1986).

La maternidad, como hemos visto, es aceptada de manera muy variable y no siempre es vivida como el cumplimiento de la felicidad y la femineidad. Sin embargo, la esterilidad conyugal o, mejor dicho, la hipofecundidad de las parejas despierta, a veces de modo cruel, el deseo de tener un hijo y lleva a las madres a buscar el beneficio de tecnologías modernas de procreación asistida.

Veremos también cómo se incrementa la ambivalencia materna cuando la situación económica es desfavorable, cuando la joven mujer es abandonada por su pareja, cuando tiene demasiados años y ha tenido múltiples embarazos, y cuando es muy joven.

Los embarazos de adolescentes son generalmente poco afortunados y con frecuencia disimulados por un largo tiempo. Cuando las jovencitas deben asumir ellas solas sus funciones maternales, de algún modo pasan del estado de niña al de madre sin haber tenido tiempo de jugar a las muñecas. Frecuentemente se trata de hijas de madres solteras y se irritan fácilmente con sus bebés y sus manifestaciones intempestivas. En estas condiciones es como pueden maltratarlos o ser negligentes con ellos.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Bowlby, J., *El vínculo afectivo* (1969), Buenos Aires, Paidós.

[2] Cosnier, J., "L'éthologie, l'enfant et la communication", en *Psychiatrie de l'Enfant*, 1980, 83, I: 309-318.

[3] Freud, A. y D. Burlingham, *Enfants sans famille* (1944), París, PUF, 1947.

[4] Freud, S. *Tres ensayos de teoría sexual* (1905), *Obras completas*, vol. VII, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.

[5] Lebovici, S., "La relation objectal chez l'enfant", en *Psychiatrie de l'Enfant*, 1960, 3, I: 147-226.

[6] Rabain-Jamin, J., "Survey. Sounds envelope and communication infants-parents", en *Frontiers in infant psychiatry*, J. Call, E. Galenson y R. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1985.

[7] Spitz, R., *El primer año de vida del niño*, (1965), Buenos Aires, Aguilar, 1987.

[8] Steinberg, L., *La sexualidad de Cristo*, Barcelona, Blume, 1989.

[9] Winnicott, D., "El odio en la contratransferencia (1947)", en *Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Buenos Aires, Hormé.

[10] Winnicott, D., "El rol de espejo de la madre y de la familia en el desarrollo del niño", en *Realidad y juego* (1971), Barcelona, Gedisa, 1972.

[11] Wright, B., "An approach to infant-parent psychotherapy", en *Infant Mental Health J.*, 1986, 7: 247-263.

8. EL PADRE

JAMES M. HERZOG
SERGE LEBOVICI

La tradición ha querido desde hace mucho que uno no se interese en el papel que podrían desempeñar los padres en relación con sus bebés, pues se sobrentendía que ni siquiera los miraban. Las cosas, ciertamente, no eran así de simples, aun si los padres sólo se acercaban de manera evidente a sus niños(as) cuando éstos comenzaban a caminar y a hablar, cuando dejaban de ser *infants* y se convertían en *toddlers* (niño que empieza a andar).

Luego de los trabajos de Bowlby sobre el apego, se consideraba que los padres tenían por función la de ayudar a sus mujeres en los procesos de maternalización. Los trabajos actuales tienden a mostrar que la paternidad tiene su especificidad como lo mostraremos a continuación [10].

Hace varios decenios, sobre todo en los países industrializados, los padres participan mucho en la crianza de sus bebés. En efecto, las madres exigían, no sin razón, que no debía añadirse a las fatigas de su trabajo fuera de la casa, la responsabilidad total de los cuidados de crianza. Igualmente, las feministas cuestionaron la organización tradicional del nicho ecológico familiar: en éste la mujer está encargada de la educación de los niños y del mantenimiento de la casa y, eventualmente, en la recolección de las cosechas en las culturas tradicionales. El padre, por su parte, vive en el exterior y tiene la responsabilidad de proteger a su familia y, por lo tanto, de hacer la guerra. Caza y, en las sociedades más modernas, es totalmente responsable de proporcionarle a su familia los recursos que necesita.

Pero debido a que las mujeres contribuyen ahora muy frecuentemente al mantenimiento de la familia con su trabajo, y a que muchas veces tienen que atender su carrera profesional, los hombres se han visto llevados, cada vez más, a participar en tareas domésticas y, en consecuencia, en la educación de los hijos y, sobre todo, en la crianza de los bebés. Generalmente han aceptado bien estos cambios. Pero algunos de ellos se han asociado a movimientos que quieren una división total de las funciones parentales. Es esto lo que desean aquellos que se denominan "los nuevos padres", quienes no tienen en cuenta los programas de la parentalidad y cuyo comportamiento amenaza con perjudicar la buena evolución de la identidad sexuada de sus niños y niñas.

Pero de modo general y sin querer doctrinar a nuestra sociedad, muchos padres alimentan, bañan y duermen a sus bebés. Se levantan en la noche cuando lloran y, en una palabra, los crían y se entregan a cuidados de parentaje, con lo cual afirman su paternalidad.

PATERNALIDAD Y PATERNAJE

En la versión que privilegia las relaciones diádicas del bebé con los adultos que lo crían, no hay diferencia en las funciones parentales: ya no se puede hablar de maternalidad o de paternalidad, sino únicamente de funciones parentales indiferenciadas y descritas bajo el nombre de parentalidad.

En la vida psíquica de aquellos que se acuerdan de su infancia no había nada de esto. Sabemos que la teoría psicoanalítica considera que nuestra vida psicológica inconsciente se define por los conflictos que se organizan alrededor de la situación triangular edípica. Aquí el padre desempeña el papel de prohibidor para los bebés de ambos sexos, y es el personaje mediato que tiende a romper la unidad del bebé con los cuidados maternos y los deseos que se apuntalan sobre las experiencias de satisfacción de las necesidades que expresan estos deseos. El bebé de los dos sexos aprenderá así que su existencia está condicionada por la unión de la pareja de sus padres, la cual él es incapaz de romper. La única salida que se le ofrece a su deseo de tomar el lugar codiciado del progenitor del mismo sexo es dejar para más tarde esta empresa y organizar aquellas identificaciones que le dan su lugar en su sexo y su generación. En otras palabras, la existencia del padre, o de aquel que desempeña este papel en otros sistemas de clasificación familiar distintos al nuestro, garantiza la prohibición universal de realizar deseos incestuosos. El padre representa las instancias psíquicas prohibidoras. Y es también el papel que ha desempeñado gustosamente en la sociedad patriarcal tradicional, cuya imposición ya no es evidente, como se verá en el capítulo consagrado a la familia. Es probable que, aunque relativo, el cambio en los papeles sociales, cuando menos en los países industrializados y en los medios urbanos, haga menos neta la identidad paterna.

No obstante, los innumerables trabajos sobre las consecuencias de la participación de los padres en los trabajos domésticos y de crianza de los niños producen resultados que arrojan una evidencia contradictoria [1]. Este estudio, en realidad retrospectivo, tiende a mostrar que lo que parece constituir el factor predictivo más seguro por lo que toca a las actitudes sexuadas de los niños de los dos sexos, es la actitud de la madre a propósito de aquello que está convenido en denominarse el papel femenino en su conjunto.

Pedersen, en la revisión general que consagra al papel de los padres en relación con sus bebés (1983), menciona muchos trabajos que abordan este asunto. Retendremos aquellos que muestran la complejidad de los resultados, no desprovistos de algunas contradicciones, y que tienden a mostrar que intervienen múltiples factores que ponen de relieve el medio educativo del padre, y las relaciones que lleva con la madre del niño desde mucho antes del embarazo. El padre puede ayudar a la madre, él tiene también necesidad de ese sostén para paternalizarse: se trata de factores "lejanos", cuya existencia indiscutible hace aleatorias todas las investigaciones que pretenden poner en evidencia factores causales. Veremos más adelante que la historia

de todo padre se inscribe en su comportamiento en el nivel de los efectos del temperamento y de los datos de la situación.

Pedersen estudia los efectos de la "identificación sexuada" de los padres y retoma la idea de una "androginia psicológica" que puede observarse en ambos sexos y que será muy favorable para incitar un proceso precoz de paternalización. Este proceso también será facilitado por la participación del padre en el deseo de embarazo, por la preparación para el parto y por su presencia en la sala de parto.

El trabajo de las madres ha modificado ciertamente las actitudes de los padres, pero menos de lo que se dice. Igualmente, los movimientos feministas casi no han influido en las costumbres de crianza, incluso en el Occidente industrializado.

Es sabido que actualmente los padres se pueden beneficiar de un permiso parental en lugar de la esposa, una situación más bien rara en Francia donde, sin embargo, el desempleo de los hombres puede obligar a las madres a trabajar y a dejarle, a sus maridos desempleados, la carga de la crianza de un bebé. En los países escandinavos el permiso paterno es utilizado muy frecuentemente. Que nosotros sepamos casi no se han estudiado los efectos de esto sobre el desarrollo de los bebés ni sobre el de sus identificaciones sexuales. Belsky y Rovine, al estudiar las dificultades de apego en el transcurso del primer año de vida en los bebés, cuyas madres trabajan, pudieron fijar su investigación en un número, a decir verdad, reducido de casos, donde la crianza estaba a cargo del padre [2]. Notaron que en estos casos, los niños tenían más dificultades de apegarse a sus padres que las niñas. Pero en conjunto, la inseguridad tanto de niñas como de niños les parece a estos autores un riesgo claro cuando sus madres trabajan más de un medio-tiempo.

Dos estudios sobre este tipo de crianza

- Pruett estudia familias en las que el padre es el principal participante en la crianza [11]. Halló que ciertos sectores del desarrollo parecen más precoces, pero duda que pueda hablarse de crianza exclusiva del padre sino más bien del desarrollo de capacidades paternales. Todo depende también de la simpatía o el rechazo que provoque este estilo de educación en el entorno social. Los casos en los que esto es resultado de un divorcio deben estudiarse aisladamente. No hay consecuencias visibles sobre el desarrollo de la identidad sexual.
- La influencia del trabajo de los dos miembros de la pareja sobre la paternalidad ha sido evaluada por Crouter [5]: cuando existen dos salarios, la investidura del padre en el bebé es más intensa, pero quizá esto depende de las relaciones de ambos padres entre sí. Ahí también los autores son reservados acerca del valor de sus conclusiones; exigen que se tome en cuenta lo que denominan ecología familiar.

Los efectos del recién nacido en el padre, según Greenberg y Morris [6]

Treinta padres primerizos de recién nacidos, interrogados de dos a tres días después del nacimiento, declararon:

- encontrarlos bellos;
- tener ganas de tocarlos y de tenerlos en brazos;
- reconocerlos y poder describir sus rasgos, lo que les permitía hablar de un cierto parecido con ellos;
- experimentar un cierto sentimiento de exaltación.

Los autores incluso se preguntan si no estamos aquí ante un cierto estado de excitación que disimula la depresión paterna del posparto.

Cabe notar que las madres de estos bebés no se sintieron frustradas por la importancia de estas investiduras paternas que se acomodan a lo que ellas han generalmente deseado e imaginado durante su embarazo.

La vida de pareja parece tener algo que ver con la actitud de padre y madre frente al recién nacido. Cuando los dos progenitores trabajan, todo sucede como si los padres, como movidos por un entendimiento tácito, dejaran que las madres "olvidaran" sus fatigas a través de la reanudación del contacto afectivo con sus bebés. Pero cuando son sólo ellos los que trabajan, las madres se ponen felices cuando por las tardes pueden dejar un poco su vigilancia materna y aceptan gustosas que los padres actúen. Cuando padre y madre están juntos cerca del bebé, la calidad de sus interacciones no es muy buena, ni hacia su bebé ni entre ellos. Los padres sólo buscan hacer reír a sus bebés cuando están a solas con ellos. Y los bebés con frecuencia se ponen exigentes cuando los padres intervienen junto con sus madres, como cuando ésta se ocupa de un hermano o hermana. Mientras transcurren las actividades de cuidado del bebé (la alimentación en particular), el diálogo entre padre y madre se enriquece.

La interacción entre padre y bebé es muy parecida a la que se observa con la madre, pero frecuentemente es más estimulante y violenta. El padre mece verticalmente al recién nacido y tiene tendencia a lanzarlo al aire, a mirarlo desde abajo y a acercárselo a la parte lateral del cuello, que es para él una zona erógena, como no lo es el pecho, y sí lo es en la mujer. Los intercambios son más táctiles y menos visuales. Después de un año, los padres lanzan a su bebé al aire y lo atrapan en medio de risas a veces llenas de temor. Brazelton confirma la especificidad del intercambio del bebé con su padre desde las primeras semanas [4]. Según él, los bebés miran a sus padres con ojos más abiertos y los ciclos interactivos son más amplios con ellos y más entrecortados. Judit Kestenberg afirma que hay una mejor sincronización de intercambios motores entre los bebés del sexo masculino y sus padres [7].

Por otra parte los padres, desde el nacimiento, tratan de manera diferente a sus hijos y a sus hijas, pues con ellos tienen mejores intercambios verbales y táctiles, mientras que dejan que sus hijas se beneficien de los que tienen con sus madres. El reconocimiento precoz del recién nacido, en cuanto a la diferencia entre el padre y la madre, no parece confirmar la versión de René Spitz que hace del padre el modelo de la persona sobre la que se desplaza la ansiedad de separación, en el momento en el que hace su aparición la fobia de

una cara extraña. Vemos aquí una contradicción interesante entre la construcción *après coup* de los psicoanalistas, quienes describen los efectos de "edipificación" de la presencia reconocida del padre [8], y la observación directa del hacerse interactivo, que parece mostrar otro papel del padre, quien prepara para la separación y favorece el aprendizaje, a veces de manera lúdica. En lo que precede hemos descrito, sobre todo, las condiciones de acceso a la paternalidad, esencialmente las que predisponen a los hombres, y en particular las debidas a las modificaciones de la vida familiar en nuestra sociedad postindustrial.

Falta saber si estas cualidades que se descubren dependen sólo de estos cambios o si definen un paternaje instalado en el corazón de la vida psíquica viril.

Sin embargo, los niños casi no tienen tales fantasías. Más que verse como padres, se ven como guerreros o seductores, pero juegan de buena gana a ser madres prolíficas. Por otra parte, Bettelheim describe los daños simbólicos que se les inflige en ciertas sociedades; estima que la circuncisión podría no ser sino la forma reducida de una subincisión ritual de la cara inferior del pene [3]: así el hombre se ve obligado a orinar, como las mujeres, sentado; de este modo puede imaginar que va a tener bebés. Pero, por otra parte, su desarrollo le permite sobrepasar, en los casos habituales, su deseo de identificación femenina, nacido desde los primeros intercambios afectivos y protorrepresentativos, y abordar sus identificaciones secundarias que le permitirán inscribirse en la continuidad de las generaciones paternas.

Entonces el paternaje es más que el solo acceso a las funciones de la paternalidad. Inscribe también, en el destino del padre, la procreación, el papel que éste desempeña junto a la madre del bebé y sus capacidades de personificar al superyó, que prohíbe la posesión completa de la madre por parte del niño.

Pero, de hecho, el acceso a la paternalidad y al paternaje dependen también de las capacidades del bebé, de su temperamento y de las condiciones históricas que inscriben sus particularidades en un destino humano.

ALGUNAS OBSERVACIONES CLÍNICAS

Algunas observaciones clínicas pueden ayudarnos a especificar el papel de la personalidad del padre en las interacciones observadas en el transcurso del segundo año.[1]

[1] Este pasaje fue redactado exclusivamente por J. Herzog con base en la exposición que presentó en el X Congreso de la Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño, el Adolescente y Profesiones Afiliadas (Dublín, 1982).

El primer caso estudiado será el de Jamal. Tiene tres años, es fuerte y juega con su madre que está tirada al sol. Cuando inicia un movimiento su madre le dice: "No, no hagas eso." Él se detiene, pero ella da la impresión de tener un poco de miedo por lo que hará en seguida su hijo. Después de haber observado a la madre y a su hijo, entro [J. Herzog] en el cuarto. Jamal no se mueve mientras su madre sale del cuarto y sugiere que yo me ocupe de su hijo. Éste comienza a bailar cerca de mí, y luego lanza patadas y golpes en mi dirección. La madre dice que su hijo está "siempre así" y se queja de su carácter agresivo. Los padres no están casados: ella tiene veinte años. El padre del niño está ausente con frecuencia pero telefonea con regularidad. Más tarde tendré ocasión de observar a los tres protagonistas juntos: la madre parecía incitar a Jamal a encolerizarse. He observado que Jamal se mantiene muy tranquilo mientras su padre toca su collar de cuero, como pasa en este momento, es como si pudiera entender un mensaje secreto. Si el padre y el hijo están solos y juntos, la tensión parece disminuir y los dos juegan sin problemas. Cuando, en estas condiciones, entro en la pieza en la que se divierten, el padre se quita el cinturón de cuero del cuello y se lo pone en la cintura pasándolo por las presillas del pantalón. Sonríe ampliamente y dice: "Mi madre se ponía siempre su cinturón alrededor del cuello cuando había que meterme en orden. Eso ayuda a Jamal a escuchar mejor."

Vuelvo la semana siguiente. El padre está ausente. Juego con Jamal al juego de las "jirafas". Se trata de una madre y un bebé que siempre tienen hambre, pero que no tienen el cuello lo suficientemente largo como para alcanzar las hojas altas de los árboles. La mamá no alimenta suficientemente a su bebé. Está nerviosa y arroja las hojas lejos. Yo propongo que le pidamos a otra jirafa que nos ayude. El niño se opone; quiere otra jirafa que se llama papá y que yo vaya a buscarla. Jamal organiza luego una batalla entre el padre y la madre. Durante este tiempo, el bebé jirafa, abandonado, no recibe nada. Jamal agarra ahora a mamá jirafa y la lanza violentamente sobre el muro, lo que hace que el bebé jirafa se quede a solas con su padre. Jamal dice entonces: "bebé tiene más, quiere más". Está calmado, con la cabeza baja y aire de tristeza. De pronto me da una patada, me mira, luego desvía la mirada. Va a agitarse de nuevo cuando su madre se nos reúne. Enciende las lámparas, lanza sus cubos al aire, etc. Cuando recibo un golpe que me estaba manifiestamente destinado, lo agarro y lo encierro en mis brazos donde lo mantengo a la fuerza. Él se distiende visiblemente y me sonríe.

Esta corta viñeta clínica permite ilustrar una interacción verdadera y específica entre una madre y su niño, y entre una madre, su niño y el padre. La observación de una secuencia de juego nos informa sobre algunas dinámicas propias de esta familia y sobre la naturaleza de los problemas específicos de Jamal. Pero casi no nos informa nada sobre el papel del padre del niño en su desarrollo preedípico, ni sobre la pertinencia del estudio de las relaciones entre el padre y la madre para comprender el papel del padre. Éste juega caricaturescamente el papel de la abuela materna con su collar de cuero alrededor del cuello. Sin embargo, la secuencia del juego de la jirafa nos permite comprender la "carta intrapsíquica del mundo exterior" y nos deja percibir también algo del mundo interior del niño y los aspectos intrapsíquicos de su funcionamiento mental.

Este ejemplo llevó a uno de nosotros [J. Herzog] a profundizar la observación natural de ocho niños de diez años para hacerse una idea de la representación que tenían de sí y de la que tenían de su padre. Se pudo constatar que las interacciones de los padres con sus niños, y esto en ambos sexos, son esencialmente motrices (empujar, zarandear, hacer cosquillas, etc.). Por lo tanto, el comportamiento del padre podría calificarse como de más "agresivo".

También podemos señalar otro aspecto repetitivo de esas interacciones padres-bebés: no solamente instauran los padres de entrada un juego que es un "barullo" con sus bebés, sino que son rudos, al menos cuando se trata de varones. Y cesan bruscamente el jaleo cuando las cosas se hacen más brutales, ruidosas o destructivas. Para hacer que sus bebés se detengan, pueden darles una nalgadita. También puede notarse un evidente cambio de afecto en el padre cuyo primer "no" es todavía amigable pero que pronto se vuelve severo. El afecto del bebé parece evolucionar al igual que el del padre, al mismo tiempo que parece tener en cuenta lo que siente la madre que está presente en la escena entre el padre y su hijo. Éste intenta generalmente recomenzar aquello que desemboca en órdenes paternales terminantes.

Esta manera de actuar, sobre todo muy clara luego de los 30 meses, parece indicar la capacidad del bebé para representarse a su padre de una manera distinta a la imagen interna que tiene de la madre, lo que evidentemente no implica que se trata del principio de esta actividad mental. Todo sucede como si las interacciones no fueran más que las interacciones con las interaccciones mentalizadas, las cuales devienen la fuente viviente de las representaciones psíquicas: la acción precede al pensamiento y lleva a la aparición de un nuevo esquema de acción. El padre es el objeto de sólidas representaciones mentales hacia el fin del segundo año y su presencia implica más perturbación que homeostasis.

En estas condiciones interactivas podemos preguntarnos con todo derecho si el padre no instaura un sistema de afectos más violento que su esposa, la que podría desempeñar un papel ulterior, importante en la organización de sentimientos de gozo, excitación sexual, cólera, etc. Parece, por otra parte, que los bebés educados sin padre con frecuencia son incapaces de modular sus interacciones violentas con sus pares. Así, el papel más perturbador del padre organizaría el paradigma de control de los afectos intensos.

De hecho, los padres frecuentemente llegan como tromba e interrumpen el desarrollo de situaciones diversas en las que participan los bebés, lo que exige de ellos una adaptación rápida y fácilmente aceptada. Los pequeños no parecen sufrir por este comportamiento paterno que más bien les gusta. Es como si el padre estuviera encargado de organizar los comportamientos y los fantasmas agresivos. Ya hemos visto que en el caso de Jamal, el padre estaba mucho tiempo ausente, aunque el niño para controlarse tenía necesidad de la presencia de su padre, con su collar de cuero al cuello, que introducía la disciplina que a él le había impuesto la abuela paterna del bebé. La cantidad de agresión actuada parece ser más importante entre los bebés que sólo

viven con sus madres que en las familias biparentales.

Estas constataciones que surgen de la investigación clínica pueden confirmarse con la experiencia de la psicoterapia.

Gabriel es enviado a análisis por el terapeuta de su madre. Sus padres hablan de las dificultades en la escuela. Su I.Q. es de 154. Gabriel no puede vivir en su escuela donde no logra estar atento y hace de todo un drama. El padre habla abiertamente del encanto de este chico que es su primogénito, así como de sus fantasmas a este respecto. Por lo tanto me pregunto si este padre no delega en su hijo el venir a verme. La madre es menos expansiva y más violenta. Ha hecho estudios de psicología del comportamiento y está por instalar para su hijo un sistema intrafamiliar de puntos. Después de largas entrevistas previas con sus padres, me encuentro con Gabriel, quien me sorprende por su aspecto menudo y su belleza. Dibuja con gran fineza un jefe militar chino que odia a las mujeres y diseca sus cerebros. Hemos pasado muchas semanas con el doctor "*Fou*manchú". El niño creará también un zoológico de seres híbridos cuyo cerebro ha sido desdoblado y a quienes les ha dado la vida este doctor. El análisis mostrará que algunas acciones de este personaje son criminales y deliberadas en tanto que otras son fortuitas. Por otra parte, este personaje ha tenido una infancia muy infeliz; sin embargo, ha sido amado por perros, que son su devoción. Pero el doctor vuelve locos a los perros al hablarles una lengua que sólo comprenden a medias, lo que hace ronronear sus cerebros, es decir "ronronear de placer". Para entender este lenguaje, el niño va a realizar unos complicados bocetos y a escuchar lo que dice el sabio y cruel doctor chino. Éste los hace dar saltos que excitan mucho al niño, quien dice: "Los lanza al aire." Yo le hago ver que el doctor no toca a sus perros; Gabriel me trata de idiota y me dice: "Lo hace con palabras." Las palabras del doctor hacen saltar y "retorcerse" los cerebros de los perros mestizos. Las palabras son, pues, poderosas. Así, en la situación transferencial: "Tú puedes, hablando, perturbar la computadora." Hacerme callar ha sido para Gabriel el modo de concentrarse y de prestarme atención; así él podía limitar la eficiencia de los fantasmas inoportunos.

El padre de Gabriel es un hombre muy inteligente que me ha dicho desde la primera entrevista que él sabía que había estimulado demasiado a su hijo. Parece que este aspecto de su comportamiento con su niño puede llevar a éste a identificarse con este doctor *Fou*.* El padre no sabía lo que pasaba en el análisis de su hijo, pero indica más de una vez que su mujer detestaba oírlo hablar de su trabajo de neurofisiólogo. Ésta era sin duda la razón por la que él mencionaba esto con frecuencia delante de Gabriel, a quien a veces llevaba a su laboratorio porque el niño quería ver un perro en experimentación. Se entiende que no se trata de establecer aquí una analogía completa entre la situación terapéutica y los recuerdos evocados por el padre. Pero estamos en derecho de preguntarnos en dónde figura aquí la madre. Por otra parte el padre está reconstituido en la transferencia como todopoderoso, omnipresente y muy agresivo.

Hemos elegido este ejemplo porque parece confirmar las consecuencias de la paternalidad, sobre todo en la educación de los varones. Este tipo de padre tiene una conducta que propongo denominar como tipo "kamikaze".

* Cabe decir que *fou* quiere decir "loco" en francés. [T.].

CONCLUSIONES

Hemos estudiado los cambios que quizá lleven, en la actitud de los padres, a una mayor participación en la crianza de los bebés: el paternaje.

Podemos volver a insistir aquí sobre los efectos reales, pero moderados, del trabajo que tienen las mujeres en la paternalización y en los cambios de actitudes de los hombres con respecto al cuidado de los bebés. Hemos visto la multiplicidad de factores que desempeñan un papel en este nivel: la infancia del padre, su nivel sociocultural, sus cualidades afectivas, etc. Recordemos también que el padre necesita del apoyo afectivo de la madre para volverse un padre interesado, pues él también atraviesa una fase de depresión pospuerperal y se puede hablar de una depresión de tristeza en él (*blue depression*) [12]. Sabemos también que el número de divorcios es significativamente más importante cuando el bebé nace en malas condiciones, por ejemplo, cuando hay prematuridad.

Pero el acceso a la paternalidad es también fruto de la historia, de caracteres y de personalidad de los padres, así como de sus relaciones de pareja. El bebé, por su parte, tiene aquí un papel decisivo.

Así, como lo recuerda Naouri [9], el bebé que tiene una madre, tiene derecho a su padre, ante todo como un personaje tercero y mediato, pero el papel que éste ha desempeñado con relación a su bebé en el hacerse interactivo, no puede inscribirse en las modalidades del carácter y del comportamiento ulterior del bebé.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Baruch, G.D. y R.C. Barnet, "Father's participation in family work and children, sex-role attitudes", en *Child Development*, 1986, 57: 1210-1223.

[2] Belsky, J. y J. Rovine, "Non-maternal care in the first year of life and the security of infant-parent attachment", en *Child Development*, 1988, 59: 157-167.

[3] Bettelheim, B., *Les blessures symboliques* (1954), París, Gallimard, 1974.

[4] Brazelton, B., "Behavioral competences of the newborn infant", en *Seminars in Perinatology*, 1979, 3: 42.

[5] Crouter, A.C. *et al.*, "Processus underlying fathers involvment in dual-earner and single-carner families", en *Developmental Psychology*, 1987, 23, 3: 431-440.

[6] Greenberg, M. y N. Morris, "Engrossment: The impact of the newborn upon the father", en *Am. J. of Orthopsychiatry*, 1974, 54: 520-553.

[7] Kestenberg, J. *et al.*, "The development of paternal attitudes", en *Father and child; Developmental and clinical perspectives*, S.A. Cath y A.R. Gurvitt, J.M. Ross (comps.), Boston, Little and Brown, 1982.

[8] Lebovici, S. y R. Diatkine, "Les fantasmes chez l'enfant", en *Rev. Franç. Psychan.*, 1954, 18, I: 108-159.

[9] Naouri, A., *Une place pour le pére*, París, Le Seuil, 1985.

[10] Pedersen, F.A., "Differentiation of the father's role in the infancy period", en *Advances in Family Intervention*, 1985, 3: 185-200.

[11] Pruett, K., *The nurturing father*, Nueva York, Werner Books, 1987.

[12] Zaslow, M., Pedersen, F.A. *et al.*, "Depressed mood in new fathers: associations with parent-infant interaction", en *Genetic, Social and General Pscychology Monographs*, 11, 2: 133-150, s.f.

9. LOS HERMANOS Y LAS HERMANAS

SERGE LEBOVICI

Las relaciones del bebé con sus hermanos y hermanas no se han estudiado y, pese a ser muy cercanas a las relaciones del bebé con sus pares, presentan, sin embargo, especificidades siempre variadas y en evolución. En las páginas que siguen evocaremos sin duda su carácter enriquecedor, pero también los conflictos que provocan.

LOS PROBLEMAS VINCULADOS A LAS RELACIONES FRATERNAS: LA RIVALIDAD FRATERNAL

La palabra inglesa *sibling* caracteriza la participación de hermanos y hermanas en las relaciones generacionales, esencialmente marcadas por la rivalidad fraterna [4]. Las leyendas y mitos que ilustran esto son numerosas: Caín y Abel, y Esaú y Jacob son las versiones bíblicas. Aldomavar también da cuenta de esto: la rivalidad que se manifiesta si el hermano primogénito tiene menos de dos años más que el segundo tiene un papel constructivo y le permite a aquél diferenciarse mejor del menor [1]. Si el primogénito tiene entre dos y cuatro años más, la rivalidad produce en éste manifestaciones regresivas o conductas violentamente agresivas que expresan su superioridad. Esta diferencia parece indicar que los celos testimonian más que nada la angustia de una pérdida de identidad. El cara a cara entre "yo y los otros" ha sido ilustrado por Wallon y Lacan, con su metáfora del espejo que muestra los efectos miméticos que están obrando en el proceso de identificación [3, 6]. Esto permite describir los efectos intrusivos de la rivalidad entre hermanos y hermanas: el drama de los celos tiene que ver, de algún modo, con la imagen que el niño se construye de sí mismo y le permite también diferenciarse de sus hermanos y hermanas.

LA RIVALIDAD FRATERNA EN LOS BEBÉS

Si un niñito(a) se siente puesto en ridículo por un hermano o hermana que acaba de nacer reacciona con frecuencia de una manera inesperada que disgusta a los padres, pues el recién nacido es rechazado con frecuencia y a veces salvajemente agredido. A partir de este momento, los padres van a condenar, a veces enérgicamente, estos celos fraternos. Llega a suceder que la

madre muerda al primogénito que ha mordido al menor. Se toman, pues, precauciones para evitar los celos, por ejemplo, se considera que el recién nacido le aporta un regalo a aquel que lo precede en el amor de los padres, y se intenta hacer participar al primogénito en los cuidados de crianza del más pequeño, etcétera.

El primogénito(a), en suma, debe afrontar una doble rivalidad, con el más pequeño, pero también, no debemos olvidarlo, con el padre del mismo sexo, con quien se ha comenzado a establecer el proceso de identificación. La violencia de esta rivalidad, en efecto, pone en movimiento sentimientos de omnipotencia del bebé sobre sus padres. El recién llegado testimonia también el sentimiento confirmado de que existen relaciones privilegiadas entre los padres que lo aman y celebran el fruto de su unión. Identificarse y rivalizar, son, por lo tanto, sentimientos vinculados. Acabamos de ver aquí las consecuencias posibles, que más valdría que los padres aceptaran con humor. Bien vista, la evolución larga y a veces difícil para soportar los celos, fuente de conductas agresivas y regresivas, siempre caprichosas, depende también de la acogida que le den los padres al nuevo embarazo, y de su humor en el momento del nacimiento, el cual está marcado por una separación del primogénito de su madre, pérdida que es inmediatamente resentida. Si la madre está muy deprimida a su regreso, las dificultades pueden agravarse.

No entraremos en la descripción detallada de estas manifestaciones de rivalidad que pueden aumentarse debido a las condiciones del nacimiento, del deseo de embarazo y del niño que ha soportado el nacimiento del menor. Los nacimientos demasiado cercanos el uno del otro son penosos tanto para los padres como para los hijos. Cuando tales nacimientos son muy cercanos, los primogénitos se habitúan a ello y los celos se manifiestan sobre todo con el niño que sigue al primogénito. En el caso de un nuevo bebé que viene demasiado pronto es inevitable un destete más bien brutal. Cuando esto sucede los celos más o menos se enmascaran y luego se compensan con la participación natural de los mayores en los cuidados de crianza. Pero los celos persisten como un sentimiento vivo, aun en niños de más años.

Cuando el nacimiento es posterior a un drama familiar, como la muerte anterior de un bebé, los primogénitos, si existen, han entrado en la tormenta familiar y viven también sentimientos de culpabilidad particularmente dolorosos, pues con frecuencia han sentido deseos de muerte más o menos conscientes en relación con el que ha desaparecido y éstos se reavivan con el nacimiento de un nuevo bebé.

LOS GEMELOS

Los gemelos son un fenómeno que amerita ser estudiado debido a que tiende a trabar el proceso de autonomización de los niños [8]. La individuación, en

el interior de la pareja, depende de factores complejos relacionados con las modalidades de los cuidados de crianza, pero también a la existencia del dominio que ejerce uno de los gemelos sobre el otro. Girard ha propuesto un estudio teórico del mimetismo que tiene, según él, dos efectos [2]: 1] hacer de los que no son iguales los chivos expiatorios (los gemelos son frecuentes en los mitos fundadores), y 2] hacer también de lo semejante un modelo de identificación que exige el desvío por referencia a la identificación que lo "semejante" instituye sobre un tercero.

Una investigación actual ha intentado, de entrada, estudiar la relación "triádica" como un espejo de aumento de los procesos de diferenciación dentro de la relación fraterna [5]. Este primer enfoque no ha sido fructífero porque la hipótesis de una relación de la madre con una pareja de gemelos rara vez se confirma.

Las perspectivas actuales de este estudio parecen indicar que existe una relación entre la habilitación psicológica, puesta en práctica por la madre durante el primer año de vida de los gemelos, y el tipo de relación que se ha instituido entre los dos niños. Estas investigadoras han puesto en evidencia tres tipos de relaciones: 1] la gemelización precoz; 2] la búsqueda de dos relaciones diádicas, y 3] la relación entre cuatro, que incluye al padre o a algún otro personaje, como la abuela materna.

Esta elección depende de factores a veces externos a la situación de los gemelos (situación de la familia), pero también de factores específicos, como los tratamientos llevados a cabo contra la esterilidad y el tipo de nacimiento, que a veces es prematuro y produce la hospitalización prolongada de uno de los gemelos, etcétera.

La relación entre los gemelos también varía, desde quienes se comportan como una pareja, hasta situaciones más bien indiferentes o a conductas agresivas. El hecho de ser gemelos monocigóticos o no, también, sin duda, tiene que ver con lo que sucede entre ellos.

Los efectos de la rivalidad fraterna han sido estudiados en sus aspectos negativos y por las dificultades que esto suscita en la vida familiar. Los conflictos ligados a los celos tienen que ver tanto con las dificultades de identificación como con las heridas narcisistas, pero no debemos olvidar que facilitan la elaboración de la autonomización a través de los efectos del doble, que sólo se encuentra en los gemelos, en los que los efectos de pareja son con frecuencia más aparentes que reales.

Estas afirmaciones no deben hacernos olvidar los efectos de solidaridad, sin duda más evidentes en las familias numerosas. Un estudio experimental de Wishart parece incluso indicar los frecuentes efectos de aprendizaje cognoscitivo que se desenvuelven en la relación fraterna y que son, después de todo, bien conocidos por las familias, que dicen que los pequeños imitan a los grandes [7].

BIBLIOGRAFÍA

[1] Aldomavar, J-P., "La représentation du frère chez les enfants uniques", en *Frères et soeurs*, M. Soulé (comp.), París, ESF, 1981.
[2] Girard, R., *La violencia y lo sagrado*, Barcelona, Anagrama.
[3] Lacan, J., "El estadio del espejo como formador de la función del yo [*je*] tal como se nos revela en la experiencia psicoanalítica", en *Escritos 1*, México, Siglo XXI, 1971, pp. 86-93.
[4] Rabain, J.F., "La rivalidad fraterna", en *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1988.
[5] Robin, M. y D. Josse, "Recherches sur la situation mère-jumeaux", en *Bulletin Recherche-Bébé*, 1987, 13: 308.
[6] Wallon, H. y J. Piaget, *Los orígenes del carácter en el niño*, Buenos Aires, Nueva Visión.
[7] Wishart, J.G., "Siblings as models in early infantile learning", en *Child Development*, 1986, 57: 1232-1240.
[8] Zazzo, R., *Le jumeau, le couple et la personne*, París, PUF, 1960.

10. LOS ABUELOS

ARTHUR KORNHABER

Cada vez que nace un niño, nacen, al mismo tiempo, los abuelos. Se trata de un hecho biológico y psicológico que forma parte del fundamento mismo del hombre, y cuya importancia ha sido ignorada con mucha frecuencia. Desde 1975, hemos estudiado la naturaleza de las relaciones entre abuelos, padres y el bebé para encontrar que el vínculo afectivo entre abuelos y nieto[a] viene después de la relación padres-hijo sólo en orden de importancia [1, 2]. Además, hemos constatado que los abuelos y los nietos desempeñan un papel los unos para con los otros por el solo hecho de existir, y que los problemas trasmitidos directamente de los abuelos a los padres (en tanto que padres e hijos) no pasan directamente de los abuelos a los nietos (aun cuando los niños imitan a veces las actitudes de sus padres hacia sus abuelos, si no los conocen directamente). También hemos aprendido que ser abuelo implica tener un comportamiento instintivo y que la naturaleza les ha destinado papeles particulares. Los niños que tienen una ligazón estrecha con sus abuelos son diferentes de otros en cuanto a que tienen una mayor seguridad afectiva y son más receptivos a otros vínculos, a otras lenguas y a otras culturas. No instauran una segregación en función de la edad y tienen una actitud positiva frente a la perspectiva de envejecer, debido al modelo que les ofrecen sus abuelos. También nos ha hecho ver el estudio que un sistema familiar armonioso de tres (o cuatro) generaciones, constituye el mejor sostén posible para el bienestar afectivo de sus miembros. Ahora bien, es el arribo de un bebé lo que da nacimiento a la familia trigeneracional.

El bienestar de un bebé depende de la diversidad de sus medios propios así como los de su familia y los de la sociedad en la que nace, pero en este trabajo nos centraremos sobre las relaciones entre el bebé y su familia. La naturaleza anterior de las relaciones entre los jóvenes padres y los abuelos afecta inmediatamente la manera en la que las tres generaciones se adaptarán a la nueva experiencia y a sus nuevos papeles. La llegada de un bebé afecta a la familia en dos planos: en el afectivo le aporta gozo a todos y en el estructural desplaza la estructura de generaciones en la nueva familia. Los antiguos niños se vuelven padres y los antiguos padres se vuelven abuelos. El nacimiento del bebé provoca emociones fuertes entre los miembros familiares, emociones que los van a vincular. Ninguna de éstas es tan fuerte como la que sobreviene entre una abuela y un abuelo y la hija que los hace abuelos. Una joven madre se expresaba así: "Mi bebé me ha acercado a mi madre, por primera vez he comprendido lo que ella sentía. La tomé de la mano cuando vio a Jeanie (la bebé) por primera vez y hubo un sentimiento

maravilloso entre nosotras. Estaba segura de que algo importante acababa de suceder, aunque no pudiera ponerlo en palabras. Yo me di cuenta de que le había hecho un regalo." Su madre dijo: "Cuando vi a mi nieta comprendí que mi hija había crecido. No puedo describir lo que sentí al ver a mi nieta, fue maravilloso, que esa bebé pudiera provenir de mi propia hija. Era una parte de mí de la que no me había ocupado." El padre y el abuelo también modifican sus vínculos: un padre (James II) decía: "Hice de mi hijo (James III), la imagen de su abuelo (James I)."

Los primeros días son decisivos para la familia de tres generaciones. Los jóvenes padres necesitan ser padres a su manera, y los abuelos sagaces deben mantenerse a cierta distancia y asumir un papel de consejo, de consulta. Esto no es tan fácil, especialmente cuando los miembros de la familia viven todavía viejas querellas entre padres-hijos y no han evolucionado hacia la separación y la individuación. Los abuelos sagaces no usurpan la autoridad de los padres jóvenes, saben que los bebés tienen necesidad de ellos como abuelos y no como padres suplementarios. El margen para que los abuelos entren en el papel de aliados apreciados, o en el de "suegros" molestos, es estrecho. Hay una gran diferencia a los ojos de los jóvenes padres, entre los abuelos y los "suegros". A veces los abuelos olvidan, en su entusiasmo, que ellos no son los padres del bebé y penetran en el territorio parental. Pueden producirse cambios de papeles, y son las abuelas las que con más frecuencia van demasiado lejos, lo cual es comprensible dado que los niños son su dominio por excelencia. La mayor parte de los abuelos, según nuestra experiencia, no toma un papel activo hacia los bebés mientras no se sienten capaces de "hacer" algo, pero prefieren la acción a un papel pasivo de vigilancia. Los niños(as) y las abuelas se atraen mutuamente, es cierto que la abuela ya ha hecho todo eso.

Cuando los jóvenes padres tienen a sus mayores como consejeros o como sostén, el bebé obtiene ganancias indiscutibles. Para el bebé es benéfico que sea amado por el mayor número posible de personas. Los abuelos maduros favorecen, pues, el apego afectivo del bebé con sus propios padres. Cuando esto es así, el bebé puede pasar fácilmente algún tiempo en casa de sus abuelos sin estrés ni angustia; incluso en los periodos críticos del desarpapello. Los abuelos próximos y los padres son intercambiables para los bebés. Sin embargo, hemos visto que los niños educados de entrada por sus abuelos son más distendidos y "fáciles" que los que fueron educados por sus padres. Pero estos niños distendidos no se desempeñan tan bien, ya que sus abuelos no se identifican con ellos de manera lo bastante crítica y ha habido demasiado "dejar hacer" en lo que toca a su comportamiento. Los bebés que tienen a la vez padres cariñosos y abuelos afectivamente interesados son los más equilibrados: sus padres se regocijan de su desempeño y sus abuelos de su existencia. Jean-Paul Sartre hizo muy buen resumen del amor de los abuelos al relatarnos cómo podía provocar explosiones de gozo en la casa de su abuela ¡por el solo hecho de tener hambre!

Los padres inmaduros o los abuelos insensibles pueden ser una fuente de tensión para el bebé. Un padre poco seguro, incapaz de pedir consejo a los abuelos, puede tener celosamente alejado al bebé de las atenciones de los abuelos, quienes sufren cuando no tienen acceso a su pequeño bienamado. Esta herida puede fácilmente transformarse en cólera y rencor, y desembocar en una querella familiar que termine con la separación de los abuelos y su pequeño, con el aislamiento de los padres y con la ruptura de la familia trigeneracional.

Y los abuelos insensibles que no responden al ajuste que exigen los jóvenes padres se arriesgan a ser evitados. Cuando los abuelos no asumen su nuevo papel y continúan tratando a los jóvenes padres y a su pequeño de la misma manera y sin efectuar este desplazamiento generacional, pueden provocar que los padres se rebelen contra ellos. Existe un problema subyacente de envidia que se abre paso (y que con frecuencia es objeto de cierta diversión) entre los padres, los abuelos y los bebés. Al ver cómo se comportan maravillosamente los abuelos con sus pequeños, algunos padres se ponen celosos debido a que sus padres tratan al bebé mejor de lo que ellos fueron tratados (especialmente cuando el bebé se parece al abuelo o a la abuela). El mito de acuerdo con el cual los abuelos "consienten" a los nietos se apoya en una realidad muy cierta. En casos extremos, hemos podido observar el desarrollo de una rivalidad fraterna entre padre y bebé para ganar la atención de los abuelos.

Los bebés no son pasivos, su temperamento, su apariencia física, su comportamiento y su naturaleza influyen fuertemente en la respuesta del entorno. Llega a suceder que los abuelos entran en competencia unos con otros para obtener la atención del bebé. A veces los abuelos eligen a uno de los nietos o nietas como "preferido" y lo colman de regalos, con gran tristeza de los otros. Pero sucede también que un bebé prefiere a uno de sus abuelos en detrimento de los otros, y esto también puede ser fuente de perturbaciones.

En las relaciones entre abuelos y nietos, como en cualquier otra relación, todo puede pasar. Lo importante para los especialistas es acordarse de que la relación entre abuelo/nieto es importante y profunda. Tal relación debería ser favorecida no sólo por los miembros de la familia sino por la sociedad. Los profesionistas del campo relacionado con los bebés deberían tomar conciencia de que pueden implicar a los abuelos en su trabajo con los pequeños, a la vez como consejeros y como sostén. Ya sea que se trate de los cuidados cotidianos, del sector escolar, de las actividades religiosas, del mundo del trabajo o de las autoridades gubernamentales, es importante reconocer y respetar este poderoso vínculo y actuar para favorecer estos lazos entre las generaciones. Nuestra recomendación para todos es que impliquen lo más que puedan a los abuelos en el trabajo con los nietos.

En el dominio de la salud mental es particularmente importante que los especialistas reconozcan los recursos inexplorados que pueden ofrecer los abuelos como apoyos en el trabajo clínico. Las entrevistas con los abuelos de-

berían ser una práctica corriente en la evaluación de los niños(as) y deberían poder ser reclutados como colaboradores clínicos en los programas de tratamiento. Los abuelos representan una fuente importante de sostén para los padres, sobre todo en situaciones problemáticas (enfermedad, divorcio, muerte de uno de los cónyuges), y los terapeutas deberían poder recurrir a esta ayuda. Las posibilidades de servirse útilmente de los abuelos depende sólo de la creatividad del terapeuta.

Los profesionistas que se ocupan de los bebés deberían ser particularmente conscientes de la necesidad de educar, desde el principio, a abuelos y padres acerca de la importancia de la relación abuelo/nieto. Es preciso saber que los primeros días son determinantes para los vínculos que se desarrollarán entre abuelos y nietos. Hay que incluir a los abuelos en todos los procesos del nacimiento: en los cursos sobre parto sin dolor, con los padres y durante el parto. Conviene recomendarles que estén disponibles en el transcurso del periodo de posparto, que les ayuden a los jóvenes padres y que aprendan a conocer al pequeñito. Hay que enseñarles a los padres a respetar el vínculo entre los abuelos y su hijo, y permitirles pasar juntos el tiempo suficiente. Hay que reclutar a los abuelos como voluntarios para que aporten su tiempo y su energía en escuelas, hospitales, clínicas y otros lugares de actividad. Es particularmente importante que los niños tengan contacto con personas viejas en la casa, en su vida cotidiana o en la escuela.

Estudios recientes nos muestran que en una larga perspectiva de vida, el lazo entre abuelo y nieto es indispensable para la salud afectiva de las tres generaciones. Cuando esto se evalúa y mantiene, la moral familiar es de mucha calidad y posee todos los beneficios (afectivos, sociales, físicos e intelectuales) para todos los miembros de la familia. Cuando son participantes y cariñosos, los abuelos aportan al bebé una seguridad afectiva, un sostén a los padres y obtienen un significado para sí en la última etapa de su propia vida.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Kornhaber, A. y K.L. Woodward, *Grandsparents, petits-enfants: le lien vital* (1981), París, R. Laffont, 1988.

[2] Kornhaber, A., *Between parents and grandparents*, Nueva York, Saint Martin Press, 1987.

11. LOS ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS Y ETNOLÓGICOS

JACQUELINE RABAIN-JAMIN

En un artículo de 1975, con la ayuda de las herramientas del análisis antropológico, F. Héritier clarificaba el debate consagrado al estado de la familia en las sociedades occidentales contemporáneas. La autora señalaba que si bien la frecuencia de las uniones premaritales, la importancia de los niños nacidos fuera del matrimonio y las nuevas formas de vida en común mostraban que las modalidades de alianza eran criticadas –e incluso se ponían en tela de juicio sus principios–, no sucedía lo mismo con los vínculos de filiación y consanguinidad, no había desafecto de los jóvenes hacia su familia y el grupo de descendencia seguía siendo un lugar de ayuda mutua y afecto [2, 4, 6, 13].

No es posible interrogarnos sobre la familia y sobre el lugar que ocupa el bebé dentro de ésta en las diferentes sociedades, sin analizar las reglas que concurren a su establecimiento, a su composición y a su sobrevivencia: reglas de filiación que precisan la pertenencia a un grupo socialmente definido de parientes, sistemas de parentesco que determinan la manera en que clasificamos o nombramos a los consanguíneos y a los familiares (y que no se reducen a simples nomenclaturas), reglas de herencia y trasmisión de bienes, modalidades de alianza matrimonial y reglas de residencia.

El análisis de las diferentes formas de sociedad humana nos muestra que estas reglas que definen los sistemas familiares presentan un juego extremadamente variado de combinaciones posibles. Uno puede dejarse llevar por estas diversidades o poner al día ciertas regularidades, pero aquí surgen problemas de vocabulario, por ejemplo, el empleo de la palabra "familia" que nos resulta tan familiar pero que no traduce aquí o allá las mismas realidades.

Los juristas del siglo XIX y los primeros antropólogos consideraban a la familia tal como la conocemos hoy, bajo su forma conyugal, como fruto de un desarrollo reciente, una especie de fase acabada de evolución de la humanidad, en la que se afirmaba de modo prevaleciente la monogamia, la residencia independiente de la joven pareja y la determinación de los vínculos genealógicos, a la vez, en la línea masculina y la femenina. Cuando otros numerosos trabajos nos permitieron impugnar las tesis evolucionistas, la familia, definida como una unidad social que se basaba en "la unión más o menos duradera y socialmente aprobada de un hombre, una mujer y sus hijos" [10], pareció, a la inversa, como un fenómeno prácticamente universal. Se la encontraba tanto entre los grupos humanos que tenían un nivel tecnológico y cultural muy rudimentario como entre los pueblos más desarrollados.

Sin embargo, la familia elemental, conyugal, formada por el padre, la madre y los niños no es una institución universal. Actualmente conocemos el caso célebre de los nayar de la costa Malabar de las Indias, sociedad en otros tiempos guerrera en la que las mujeres nominalmente casadas tenían hijos de amantes ocasionales [10, 6]. Estos bebés pertenecían a la línea materna, es decir, eran puestos bajo la autoridad de los hermanos de la implicada, ellos mismos amantes ocasionales de otras mujeres [3].

En las sociedades matrilineales, las variaciones en el principio de residencia engendraban diferentes configuraciones del grupo doméstico. Por ejemplo, entre los senufo nafara de Costa de Marfil, grupo en el que cada uno de los conjuntos permanecía en su pueblo de origen, el marido "visitante" se entregaba, por turno, al caer la noche, a una u otra de sus esposas. En este caso, incluso si la pareja conyugal no correspondía a una unidad residencial y económica, el marido era reconocido, sin embargo, como el padre de los niños y poseedor de la esposa, y era el único compañero sexual autorizado.

Por lo general, en los sistemas matrilineales el padre no pertenece al mismo grupo de parentela que el niño. En las formas puras de estos sistemas, está presente como un allegado. Se ha dicho que las sociedades matrilineales se basan en un "parricidio jurídico" [8] en la medida en la que la matrilinealidad erige una barrera entre el padre y sus hijos e hijas. El sistema matrilineal debe limitar el papel social y educativo del padre; conviene evitar que este papel no se ejerza en detrimento de los tíos maternos, es decir, de los hombres del grupo [14]. A diferencia del sistema patrilineal en el que la patrilinealidad puede "perder" a las mujeres que se casan con los parientes políticos, en el matrilineal, la matrilinealidad debe conservar el control tanto sobre los miembros femeninos como sobre los masculinos. El vínculo padre/hijo puede entrar en competencia con el de tío materno/sobrino y es fuente potencial de tensión. Se trata aquí de delimitar las esferas de autoridad. Se podrá, por ejemplo, concederle una cierta autoridad al marido en la esfera doméstica, pero no dejarle ninguna en la esfera del linaje.

Así pues, la familia conyugal que conocemos, constituida por el padre, la madre y los hijos, no es siempre la unidad residencial y económica por la que pasan la educación y la herencia. En el caso de las sociedades patriliniales, en las cuales la pertenencia al grupo es trasmitida por los hombres y en las que las ambigüedades posibles son muy pocas, llega a suceder que los niños, y en particular las niñas, no son educados en la casa paterna. En efecto, es común, especialmente en las sociedades africanas, confiar los niños, después del destete, a consanguíneos o parientes políticos que no tengan hijos, o darle una niña a una mujer que sólo tiene varones o un hijo a un hombre que sólo tiene niñas [9]. En materia de herencia, los hijos siguen siendo los beneficiarios en su linaje de origen, pero este hacerse cargo por parte de otros consanguíneos que no son sus progenitores le abre nuevos derechos a la familia de "adopción".

Muchas sociedades establecen vínculos de parentesco distintos entre el niño y el grupo agnático del padre, por una parte, y por la otra entre el niño y el grupo uterino de la madre. El niño tiene derechos de sucesión y herencia que son de naturaleza diferentes en cada uno de estos dos grupos. Por ejemplo, hereda derechos territoriales del lado paterno, y privilegios y obligaciones religiosas del lado materno. En nuestra sociedad la filiación es cognática o indiferenciada; es decir que en la teoría la filiación liga al niño y establece sus derechos de manera idéntica con relación a sus dos progenitores y al conjunto de sus ascendentes paternos y maternos.

Aunque la unión conyugal estable no existe en todos lados, hay que reconocer que las variaciones entre las diversas formas de familia, de un medio cultural al otro, se hacen alrededor de una base natural ineliminable. No hay que minimizar estos datos naturales, especie de "invariantes biológicas" [7]. Es la existencia de dos sexos la que hace el rencuentro necesario para el acto de procreación: el niño nace de un hombre y una mujer. La procreación acarrea una sucesión de generaciones. Finalmente, un orden de nacimientos clasifica a los individuos en mayores y menores, en el seno de una misma generación.

Estos datos naturales forman las referencias de base que encontramos bajo la diversidad de fantasmas y mitos: la diferencia de los sexos y el problema de la generación. Es la existencia de estos radicales comunes lo que nos permite pasar del mito al fantasma o a la inversa.

A partir de estas restricciones naturales y apartándose de ellas, en las diferentes sociedades van a darse variaciones y a crear posibilidades. Y se constituirán haciendo variar las reglas de filiación, de alianza o de residencia. Aquí y allá encontraremos combinaciones actualizadas originales o soluciones que se dedican a resolver, por ejemplo, el problema de la esterilidad. Tal es el caso especialmente del matrimonio legal entre mujeres que existe entre los nuers del Sudán, que son patrilineales. Una mujer estéril podrá, con su parte de la dote entregada por las hijas de su hermano, pagar el precio de una joven con la que se casará legalmente. Ella le elegirá luego un extranjero pobre, el "marido de la sombra", para cohabitar con ella y engendrarle niños. La mujer estéril les trasmitirá a los hijos e hijas nacidos de esta unión de la sombra, su nombre y sus bienes [1, 6]. No existen sociedades que no diferencien engendramiento biológico y filiación social; que no distingan los papeles sociales de padre y madre, y las funciones fisiológicas de progenitor o progenitora. Desde el punto de vista del niño, cabe subrayar que el progenitor jamás le es directamente accesible al niño [12], pues éste lo conoce solamente a través de las palabras de la madre. Así, la filiación es por naturaleza un vínculo social del que la sociedad toma nota para marcar la inscripción del niño en una descendencia. F. Héritier-Augé dice que el hecho de que en nuestras sociedades de familias monoparentales haya desde ahora modificaciones, que pueden intervenir en las técnicas mismas de fecundación y engendramiento, no cambia fundamentalmente el concepto de la filiación como inscripción social en una descendencia [7]. Es prerrogativa

de cada sociedad alejarse de la naturaleza para crear posibilidades y fijar los límites del orden ético, estos mismos subordinados a las restricciones naturales o biológicas. Estas restricciones no podrán negarse sin riesgo de encerrar al niño y al grupo familiar en una patología mental, entendiéndose que un sistema cultural dado fija arbitrariamente lo que es decible y lo que debe quedar implícito, lo cual determina las maneras de decir, de representar y de hacer entender.

Desde el punto de vista institucional, el lugar del niño en la estructura social parece determinado por reglas complejas (reglas de filiación, de matrimonio y de herencia). Esto le produce una red de relaciones y dependencias así como de logros individuales socialmente programados. Sin embargo la historia individual no es sólo una muestra de lo colectivo. En las sociedades tradicionales con moral estatutaria, sociedades en las que cada uno tiene un estatuto por mostrar, una legitimidad por manifestar, como sucede en nuestras sociedades modernas que se definen más por una moral de la acción, se plantea el problema de la emergencia de la individualidad personal. Y éste es tratado de manera diferente en las distintas etapas de la vida.

En un gran número de sociedades, las africanas en particular, se considera que el niño(a) es el resultado de la conjunción de un cierto número de componentes, de los cuales algunos son trasmitidos por los progenitores o herederos de un antepasado muerto y marcan el estatuto genealógico; otros le pertenecen por motivo propio y se traducen en su "destino individual" y su "carácter", los cuales pueden ser revelados por adivinación; otros más tendrán que ver con un poder oscuro que los sacrificios pueden conjurar; y otros, finalmente, serán la impronta de un elemento sobrenatural tutelar del grupo familiar [5]. Cada uno de estos componentes puede remitir a ritos que podrán efectuarse en el transcurso de la vida del individuo (sacrificios sobre el altar de los antepasados, ritos adivinatorios y ritos de propiciación). El niño(a) aparece, pues, inscrito en una descendencia genealógica y en una serie de determinaciones.

En cierto número de casos, el individuo sólo es él mismo si es también otro que lo ha precedido: un antepasado particular que decide volver en este niño y que elige su destino. El retorno del antepasado asegura la perennidad del linaje. El nacimiento se presenta como la anulación de la muerte. Cuando un niño nace, luego de una serie de niños muertos en el nacimiento o en los primeros meses, no es considerado como un ser nuevo, sino como el mismo niño que regresa y al que se trata de retener y de fijar. En la infancia, el "destino individual" remite al deseo de fecundidad de los ascendientes, es el resultado del destino feliz o infeliz de los padres a quienes el niño pertenece [11]. Es luego de haber superado los momentos difíciles del destete o de la pubertad, cuando el niño se vuelve verdaderamente una persona.

El punto de vista etnológico nos regresa a las reglas de intercambio y de trasmisión que actúan a largo plazo. Los sistemas de parentesco engloban en su funcionamiento muchas generaciones, insertan cada trozo de vida individual en un contexto espacial y temporal mucho más largo. Pero la manera en que se regulan los problemas socialmente no implica el modo en el que el individuo utilizará las posibilidades que le ofrecen las reglas. La emergencia de la individualidad personal se efectúa a través de toda una serie de intercambios no codificados que –en todas las sociedades– se abren sobre un juego de posibilidades; se construirá a través de los azares del destino y los accidentes de la vida biológica, como son el mal, la enfermedad y el infortunio.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Evans-Pritchard, E.E., *Nuer*, Barcelona, Anagrama.
[2] "Finie la famille? Traditions et nouveau rôles", en *Autrement*, 1975, 3: 190.
[3] Gough, K., "The Nayars and the definition of marriage", en *Journal of the Royal Anthropological Institute*, 1959, 89: 23-24.
[4] Héritier, F., "Les dogmes ne meurent pas. 'Finie la famille'", en *Autrement*, 1975, 3: 150-162.
[5] Héritier, F., "L'identité samo", en *L'identité*, seminario dirigido por C. Lévi-Strauss, París, Grasset, 1977.
[6] Héritier-Augé, F., "Famille", en *Le savoir*, Encyclopaedia Universalis, 1984.
[7] Héritier-Augé, F., "La cuisse de Jupiter. Réflexions sur les nouveaux modes de procréation", en *L'Homme*, 1985, 25, 2: 5-22.
[8] Heusch, L. de, *Essai sur le symbolisme de l'inceste royal en Afrique*, Institut de Sociologie, Bruselas, Solvay, 1958.
[9] Lallemand, S., "L'adoption des enfants chez les kotokoli du Togo", en *Antropologie et Societés*, 1980, 4: 2.
[10] Lévi-Strauss, C., "The family", en *Man, culture and society*, H.L. Shapiro (comp.), Nueva York, Oxford University Press, 1956.
[11] Ortigues, E., *Religions du livre. Religions de la coutume*, París, Le Sycomore, 1981.
[12] Ortigues, M.C. y E. Ortigues, *L'Œdipe africaine*, 2a. ed., París, UGE, 1973.
[13] Roussel, L., "La famille après le marriage des enfants", en *Cahiers INED*, París, PUF, 1976, núm. 78.
[14] Schneider, D.M., "The distinctive features of matrilineal descent groups", en *Matrileneal kingship*, D.M. Schneider y K. Gough (comps.), Berkeley, Los Ángeles, University of California Press, 1962, pp. 1-29.

12. LA PARENTIFICACIÓN Y SUS PROBLEMAS

SERGE STOLERU

La expresión "transición hacia la parentalidad" (o parentificación) designa el conjunto de procesos que se desarrollan cuando un individuo se convierte en padre o madre. Estos procesos se ubican, por lo tanto, en el transcurso del embarazo y en los primeros meses de vida del primogénito(a), y están influidos por múltiples determinantes de naturaleza muy variable. Dependen, además, de factores sociales y culturales, psicológicos y biológicos. Los estudios sociológicos muestran que la transición hacia la parentabilidad está bajo la influencia de variables como el medio socioeconómico; los estudios transculturales muestran cuantos de estos procesos se integran en los sistemas simbólicos característicos de una sociedad. El enfoque psicológico de la transición hacia la parentalidad se orienta hacia un "nivel de integración" específico, [35, 56] el del funcionamiento mental individual. Este nivel se encuentra en interacción con otro de integración "superior": el de la organización social a la cual pertenece el individuo. Inversamente, "subyaciendo" al enfoque psicológico, se ubica el enfoque biológico de la transición hacia la parentalidad. Los estudios efectuados con animales muestran que los comportamientos parentales incluyen procesos neurofisiológicos [42] y endocrinológicos [46]. Aunque los estudios efectuados en animales no pueden ser extrapolados simplemente a la especie humana, queda claro que el funcionamiento mental contemporáneo de transición hacia la parentalidad entra, a veces, en interacción con fenómenos de naturaleza psico-neuro-endocrinológica y neurofisiológica.

Pese a que el enfoque psicológico da cuenta de un aspecto esencial de la transición hacia la parentalidad, una parte de las preguntas que ésta plantea provoca que también se interroguen otras disciplinas, como la etnología, la sociología, la neurofisiología o la neuroendocrinología. Además, el estudio psicológico de la transición hacia la parentalidad se aborda desde dos tipos de concepciones teóricas y dos diferentes metodologías.

El primer enfoque reúne las concepciones psicoanalíticas; la transición hacia la parentalidad se aborda, dentro de este marco teórico, desde un ángulo holístico: el funcionamiento mental parental se considera globalmente. Este enfoque aspira a respetar la complejidad de su organización y pretende describir el funcionamiento mental del individuo en extensión y en "profundidad", y ha producido estudios monográficos detallados a partir de los cuales propone concepciones teóricas.

El segundo tipo de enfoque es "objetivista": se propone un acercamiento científico, es decir, medir variables e investigar las relaciones y correlaciones entre las medidas obtenidas. Aquí se sacrifica el enfoque holístico del individuo, el estudio se hace sobre uno o varios modelos de individuo y sobre algunas variables cuyo número es muy restringido. Por ejemplo, el estudio de Frommer y O'Shea implica dos tipos de variables [28]: los antecedentes de las madres y su comportamiento materno actual; los resultados indican que éste se correlaciona con los antecedentes maternos.

Como cada uno de estos enfoques tiene utilidad desde el punto de vista clínico, presentaremos sucesivamente la transición hacia la parentalidad según estos dos tipos de aproximación.

DESCRIPCIÓN Y PUNTO DE VISTA PSICOANALÍTICO SOBRE LA TRANSICIÓN A LA PARENTALIDAD

La parentalidad del adulto tiene una historia, tiene raíces infantiles, su desarrollo no se produce *ex nihilo* con el nacimiento del niño [38]. No obstante, este nacimiento marca un giro en el desarrollo de la parentalidad, una precipitación en su evolución. Describiremos y examinaremos primero los fenómenos de transición hacia la parentalidad y luego algunos mecanismos psicodinámicos que los subyacen.

Lebovici [38] nos proporciona una ilustración clínica de la transición hacia la parentalidad a propósito de un caso de insomnio observado en un lactante:

> La madre le aplicaba a su bebé los preceptos de puericultura que había leído en un libro, pero sin casi ninguna espontaneidad, y sin dejar que sus afectos y sentimientos se expresaran plenamente. "...luego de una larga conversación, primero con los padres y luego con la madre sola, le pedí a ésta que tomara al bebé en sus brazos [...] Ella se las arregló para mostrarle al bebé como único espectáculo el muro que se encontraba detrás de ella. Se había levantado para mecer al niño de una manera verdaderamente curiosa. Yo entonces lo coloqué en sus brazos de modo que ella lo pudiera ver. Sus gestos eran muy torpes y la corregí mostrándole que al tener al chiquito por las nalgas podía darle más comodidad poniendo la mano entre sus muslos. Le hice notar en ese momento que de ese modo le tocaba los órganos genitales, lo que tenía un valor cuando menos simbólico dentro del confort que le daba a su hijo. Luego de este señalamiento ella miró al bebé, y éste se calmó inmediatamente. Hasta ese momento había estado agitado y lloraba mucho. Le dije "Usted calmó a su bebé porque, por primera vez, le dio la posibilidad de hacer de usted su madre: en efecto, él la ha podido mirar mientras usted lo miraba a él." Las dificultades con el sueño desaparecieron esa misma noche.

Las características de la transición hacia la parentalidad tienen mucho

que ver con la preocupación materna primaria [57]: durante el embarazo, sobre todo en el curso del último trimestre y durante las primeras semanas y meses de la vida del lactante, la vida psíquica de los padres está generalmente volcada hacia el bebé y ligada a él y su bienestar. "Ese estado así organizado (que sería una enfermedad si se tratara de un embarazo) podría compararse a un estado de repliege o de disociación o a una fuga, o incluso a un trastorno más profundo, como el de un episodio esquizoide en el curso del cual uno de los aspectos de la personalidad toma preponderancia transitoriamente [...] Pienso que no puede comprenderse la actividad de la madre en el comienzo de la vida del bebé si no se admite que es necesario que sea capaz de alcanzar ese estado de hipersensibilidad –casi una enfermedad– del cual después se recupera" [57].

Una gran parte de esta preocupación está compuesta por angustias en relación con el bebé: antes del nacimiento la mayoría de las madres temen que el niño sea anormal. La ausencia de estas angustias, o su negación, se observa, por otra parte, en el caso de madres esquizofrénicas o en aquellas que desarrollarán una psicosis puerperal. Luego del nacimiento, la angustia cambia de contenido pero persiste: temor de que el niño se ahogue, de que muera de muerte súbita, de que no haya comido lo suficiente, etc. Temores también en relación con la insuficiencia de su propia capacidad parental y sentimientos de culpa. El desarrollo de un sentido de responsabilidad es otro elemento, menos doloroso, pero eficaz, de este periodo. El niño es percibido como completamente dependiente y suscita ese sentido de responsabilidad parental. Es el reconocimiento del niño como tal lo que induce el desarrollo del sentimiento de ser padre: reconocimiento de la dependencia y la imposibilidad que tiene el niño de satisfacer sus propias necesidades.

Se produce, entonces, un proceso dialéctico en el que la pasividad se percibe casi enteramente como un atributo del niño, y en esta misma medida la actividad de proveer cuidados deviene un atributo del *self* parental. Como sucede en los procesos de psicología grupal, en la medida en la que el niño y su yo, por sus características propias y su inmadurez, no puede asumir ciertas funciones, el yo parental es incitado a tomarlas a su cargo [25].

Algunos elementos psicodinámicos

Se utilizarán aquí tres elementos de la teoría psicoanalítica para ayudarnos a comprender los mecanismos psicológicos contemporáneos de la transición hacia la parentalidad: la compulsión a la repetición, puesto que ésta contiene un aspecto transgeneracional; la relación de objeto, porque el niño es un objeto de investidura libidinal, y el narcisismo, pues está implicado en el investimiento libidinal del niño por los padres.

La compulsión a la repetición está probablemente enraizada profundamente en los procesos psicológicos asociados con la reproducción. Las mismas palabras repetición y reproducción nos invitan a emitir esta hipótesis.

La compulsión a la repetición. Puede ser ilustrada con la ayuda de un ejemplo tomado de un estudio longitudinal [54].

La señora C, de 24 años, está embarazada de cuatro meses y medio en el momento de la primera entrevista. Un rasgo esencial de esta entrevista es la intensa culpabilidad de esta joven frente a sus padres, particularmente su madre. Tiene el sentimiento de ser constantemente acusada por ella, como si la hubiera abandonado al dejar su domicilio de la provincia. Sin duda su culpabilidad ha aumentado considerablemente desde que está embarazada. "Tengo la impresión de ser el último elemento de auxilio para ella, como si fuera un nogal al que sólo le queda una rama." Frente a su madre no muestra casi ninguna rebelión, aunque se describe como una víctima. Toda manifestación de sadismo es masivamente alejada y existe, a la inversa, una posición masoquista que prevalece. Evocando su infancia y los conflictos incesantes de sus padres, agrega: "Hubiera querido tener a alguien de quien agarrarme." Nuevamente, como a propósito de lo que dice su madre, aparece esta búsqueda de un objeto que pudiera salvarla de su desamparo y al cual pudiera agarrarse. Ésta es precisamente la función que su marido tiene para ella y la que, a su vez, ella tiene con respecto a él. Explica que él también ha tenido que soportar los conflictos de sus padres. Ella y su cónyuge parecen representar, el uno para el otro, un recurso de apoyo mutuo contra una vivencia depresiva compensada trabajosamente. Al contrario, cuando habla de su bebé, el rostro de la señora C se ilumina y le cambia el tono de voz. Dice "Es muy tranquilizador sentir que se mueve porque se siente que uno tiene algo viviente consigo." Pero el bebé fantasmático queda inscrito en los conflictos de las señora C, quien agrega, en una denegación, que el bebé no es una presencia a la que ella se aferra. Espera que el bebé le permita preocuparse menos por las quejas de sus padres, pero esto es para imaginarse que, en lo sucesivo, va a consagrarse a las dificultades de su bebé y que será para él una fuente de consuelo. De este modo la señora C está muy preocupada por su culpabilidad y por su necesidad de "reparar" a su madre. Espera poder escapar a estas preocupaciones gracias a la llegada de su bebé, pero ya está organizando el mismo tipo de relaciones con él, y en sus fantasías ella se imagina esencialmente ocupándose de los "problemas" de su hijo y de su necesidad de ser consolado.

La segunda entrevista tuvo lugar seis días después del nacimiento de una niña. La señora C se siente ya un poco culpable de no "hacer lo suficiente" por ella y uno vuelve a pensar en lo que ella decía de su culpabilidad frente a sus padres.

Durante la tercera entrevista clínica, la bebé, de cinco meses y medio, es una criatura bastante sonriente. La señora C insiste en las grandes dificultades de las primeras semanas de vida de la bebé. La niña llora mucho y duerme mal. La madre duerme igualmente a ratos y trata de proteger el sueño de su marido, encargándose ella misma de los cuidados que necesita la niña. Repite entonces casi palabra por palabra, una frase pronunciada durante la entrevista cuando estaba embarazada: "Un bebé llora mucho, da mucho trabajo, pero cuando nos sonríe, ¡qué recompensa!" A estas alturas de la entrevista –y esa impresión inicial no hará más que confirmarse– nos parece que la experiencia del dolor y las dificultades no son opuestas a la alegría y a la recompensa. Éstas están ligadas orgánicamente a aquéllas. En el funciona-

miento mental de la señora C, en el que el masoquismo y la tendencia a la reparación son tan preponderantes, el placer llega como el final de un largo periodo de dolor. "Yo estaba ahí para poderle consagrar todo mi tiempo", dice la señora C, y agrega con verdadero éxtasis que su bebé tenía deseo de tener a sus padres junto a ella las 24 horas del día.

Estas líneas intentan ilustrar la manera como la culpabilidad de la madre en relación con su propia madre, y la necesidad compulsiva de reparación asociada con la culpa, se reeditan en la relación con su bebé.

Un episodio específico en la interacción madre-lactante, centrado en un momento de dolor físico del niño, en el momento de un pequeño choque, ilustra el modo como se manifiesta la compulsión a la repetición, no sólo en el funcionamiento mental materno sino también en las interacciones madre-bebé. Se registró en video [31] una secuencia de la interacción madre-bebé, en una situación semiestructurada. En un momento, el bebé, que tenía una sonaja, la agita vigorosamente de tal manera que se golpea la cabeza. Inmediatamente la señora C lanza un verdadero grito de espanto, cuya intensidad parece desproporcionada, y tres o cuatro segundos más tarde el bebé se pone a llorar. En muchas ocasiones se produjeron secuencias análogas, por golpes mucho más leves, y cada vez se veía claramente que el marco que la madre le daba a la situación dolorosa de la bebé potencializaba mucho los efectos propios de las sensaciones de ésta. Era como si la madre le diera una especie de sentido "dramático" a esos microtraumatismos, y contribuyera así a la expresión de angustia de su hija. Para calmarla, la señora C la tomaba tiernamente en sus brazos, la mecía, la besaba y le hablaba de manera que la chiquita se calmaba un poco. Puesta frente a esa secuencia filmada en video, la señora C nos informa que el dolor ha representado en la historia de su relación con su madre un momento privilegiado, un momento de unión. Ella piensa que su madre se ha "manifestado más en esos momentos que cuando todo andaba bien". De este modo se actualiza la repetición con la hija de la señora C, de una escena que ella piensa haber vivido con su propia madre. Ella misma pronuncia el término masoquismo. En efecto, se puede afirmar, sin duda, que existe una modalidad transaccional que tiene rasgos masoquistas: madre y bebé magnifican un acontecimiento ligeramente doloroso, utilizándolo como pretexto para hacer una aproximación corporal y tener una comunión afectiva. Justo después de que esto ha sido subrayado luego de la observación de la secuencia del video, la señora C asocia y vuelve a la relación con su madre: nos dice que la primera entrevista la ayudó a comprender una cantidad de aspectos de la relación con sus padres, pero agrega que ella todavía se "desmorona", que no puede dejar de ceder a una cierta forma de chantaje que le impone la madre; sin embargo, no alcanza a comprender que esa misma relación centrada en el dolor siga prevaleciendo entre ella y su hija. Luego, asociado con esto último, agrega que tal vez la presencia de la niña le permitirá tener más fuerza para resistir el ser tragada por su madre.

Este ejemplo típico ilustra la manera en que, bajo el efecto de la compulsión a la repetición, la relación masoquista con la abuela materna se reedita en la relación con el lactante. En la entrevista que tuvo lugar durante su embarazo, la madre describió los reclamos incesantes de sus padres y principalmente de su madre, como una fuente constante de preocupación que le origina sentimientos de culpa y accesos de depresión. Ella teme, según sus palabras, que la bebé "herede a una madre con antecedentes depresivos", y desea evitar, en lo que se pueda, repetir con su hija las relaciones que ella tuvo con sus padres. Sin embargo, en la entrevista que tuvo lugar cuando la bebé tenía seis meses, la función del dolor físico de la bebé en el seno de la relación madre-lactante tuvo un lugar preeminente, y estuvo subrayada tanto por la secuencia de juego como por la observación que hizo ella del video. Así, a pesar de los constantes esfuerzos de la señora C por luchar contra la compulsión a la repetición, vemos dibujarse una situación interactiva donde el dolor representa, como en la generación anterior, un "vínculo privilegiado" entre la madre y la hija.

El niño, en los casos que hemos podido estudiar, tiene en el funcionamiento fantasmático de los padres el lugar de la madre y/o el padre del progenitor. Hélène Deutsch ha mostrado que, durante su embarazo, la mujer considera a su hijo, a la vez, como una parte de su yo y como un objeto exterior "con quien repite todas las relaciones objetales, positivas y negativas, que tuvo con su madre" [20].

Melanie Klein desarrolló también ese punto de vista: "Sabemos que la relación de la madre con su hijo se funda en sus primeras relaciones objetales. Según el sexo del hijo, la madre repetirá en mayor o menor medida las relaciones afectivas de su primera infancia con su padre, sus tíos y hermanos; o con su madre, tías y hermanas" [37].

Dos razones nos llevan a pensar que pese a la importancia de la repetición transgeneracional, ésta se despliega sólo dentro de ciertos límites. La primera razón proviene del niño: éste tiene su propia realidad y ésta influye profundamente en los fantasmas que la madre o el padre tienen con respecto a él (ella). Su sexo, su estado de salud, su parecido físico con el padre, la madre o con otros miembros de su familia de origen, las características precoces de su reactividad o su comportamiento, son todos factores susceptibles de influir en las percepciones y fantasmas parentales. Incluso si se manifiesta la compulsión a la repetición, se puede pensar que ciertas características del niño determinan la naturaleza y la calidad de las escenas fantasmáticas que tienden a repetirse.

La segunda razón limita la importancia de la repetición: la compulsión a la repetición afecta no sólo a la madre sino también al padre. También el niño se encuentra siendo el lugar de proyección de deseos diferentes, en relación con las distintas historias de ambos padres. Así como biológicamente él es el producto único y singular de dos aportes genéticos, también se entrecruzan en él dos conjuntos de proyecciones fantasmáticas. De esta "doble re-

petición" resulta una configuración original y, paradójicamente, no sólo repetitiva.

La relación de objeto con el niño. Freud describe la manera en que, en el curso de la declinación del complejo de Edipo, "las tendencias libidinales que pertenecen al complejo de Edipo son en parte desexualizadas y sublimadas [...] y cambiadas por mociones de ternura" [26]. Ahora bien, precisamente el amor que el individuo, convertido él mismo en padre, tendrá por sus propios hijos, se manifiesta también bajo la forma de sentimientos tiernos y en gran parte desexualizados.

La desexualización de las relaciones con el niño es sólo parcial. La relación con el niño pequeño queda, por otra parte, sexualizada, y esta sexualización es consciente y/o inconsciente. Thérèse Benedek sostiene la idea de que los padres, durante los cuidados y educación que les proporcionan a sus hijos, viven la reactualización de su propia evolución libidinal [10]. Según esta concepción, la lactancia por pecho provoca y reactiva aquello que tiene relación con la oralidad en el funcionamiento psíquico materno, y sucede lo mismo con otros aspectos de las pulsaciones y del desarrollo libidinal. No sólo se pone en juego la excitación libidinal en el padre sino también la angustia y los conflictos que ésta pueda eventualmente suscitar, así como las defensas que operan y las capacidades de elaboración y de integración de estas excitaciones. Así, no se trata de una simple reactivación libidinal especular en los padres, y esto se debe a dos asimetrías importantes: por una parte, en el intercambio el padre desempeña un papel complementario en relación con el niño. En el ejemplo de la lactancia, la madre es activa de allí en adelante; es ella quien controla en gran parte el proceso del amamantamiento. A la pasividad del niño le corresponde el papel activo de la madre: "Uno de los aspectos de la psicodinámica de la maternidad podría ser definido como un proceso gracias al cual la tendencia pasiva del lactante, que fue otrora la madre 'para ser alimentada', 'para recibir', se transforma en tendencia activa para alimentar, para dar y para socorrer. Por otra parte, la segunda diferencia es que el padre o la madre, frente a la reactivación de sus pulsiones libidinales, disponen de una estructura defensiva y canales de elaboración de la excitación que fueron adquiridos en el curso de las fases ulteriores de su maduración" [11].

Por lo demás es probable que las capacidades de defensa y de elaboración de las pulsiones libidinales que tienen los padres desempeñen un papel muy importante en el desarrollo de las capacidades del niño, para la defensa y la elaboración de las excitaciones. Como estas excitaciones libidinales se acompañan de representaciones fantasmáticas, nos parece que esta interacción entre, por una parte, las pulsiones libidinales infantiles y los rudimentos de organización defensiva de que dispone el lactante, y por la otra, la organización libidinal y defensiva de los padres, constituye uno de los aspectos fundamentales de los fenómenos descritos con el nombre de interacción fantasmática [38]. Es dentro del marco de tales interacciones fantasmáticas donde puede ser ubicado el "contra-Edipo", organización esencial de la reactivación de las pulsiones libidinales y de los conflictos que ella suscita, y de la puesta en acción de defensas para resolver esas interacciones [51].

Parentalidad y narcisismo. En su artículo sobre el narcisismo, Freud escribe: el amor parental, "tan conmovedor y en el fondo tan infantil, no es otra cosa que la reviviscencia del narcisismo parental y, aunque transformado en amor de objeto, revela su carácter anterior" [27]. Según esta concepción, las mociones narcisistas infantiles del padre o la madre, sus ambiciones, sus esperanzas, son ahora reactivadas, y es el niño el que va, de manera supletoria, a darles forma y realidad. Después del artículo de Freud, algunos trabajos confirman esta relación entre parentalidad y narcisismo. Por ejemplo, Greenberg y Morris muestran bien la expansión narcisista tan frecuentemente observada en los padres al nacimiento de sus hijos [30]. Falta explicar cómo se efectúa ese desplazamiento de las ambiciones narcisistas hacia el niño y qué fuerzas y qué motivos se ponen en acción para suscitarlo.

La reflexión de Freud indica que la parentalidad representa un aporte narcisista para el individuo. Sin embargo, parece que la transición hacia la parentalidad se acompaña de cambios complejos y diversos en la economía narcisista. Por un lado, la transición hacia la parentalidad es una fuente de satisfacciones narcisistas, ya que el padre y la madre se identifican con sus propios padres, con su poder, con su autoridad y con otras cualidades que ha percibido e imaginado acerca de ellos. Por el otro lado, en el mismo movimiento, el narcisismo, en sus formas más primitivas, se bate en retirada porque el individuo debe renunciar definitivamente a ser él mismo "el niño maravilloso", único y perfecto. El hecho mismo de depender de la existencia de un niño, o sea de un objeto, para acceder a la condición de parentalidad, es una herida para las formas más primitivas del narcisismo.

La misma relación compleja, hecha de satisfacciones y de frustraciones en la economía narcisista, puede describirse no ya desde el punto de vista de la representación del *self*, como se vio más arriba, sino a propósito de los cuidados proporcionados al niño. Por una parte, en la medida en la que los cuidados, la educación y los esfuerzos desplegados por los padres ayudan al niño a desarrollarse armoniosamente, son un motivo de orgullo y satisfacción. Pero estos mismos cuidados implican, sobre todo al comienzo de la vida del niño, la renuncia a satisfacciones narcisistas elementales (tener una noche de sueño ininterrumpido, etc.) y otras más elaboradas (actividad profesional, etc.). Muchas mujeres expresan abiertamente durante su embarazo el temor de que la belleza de su cuerpo sea alterada y que a partir de entonces sean menos deseables. Desde el punto de vista clínico existen probablemente todas las variantes intermedias entre las situaciones en donde el proceso de desplazamiento se desarrolla con facilidad y los casos caracterizados por una gran dificultad en su desarrollo, a causa de una patología del narcisismo.

Se nos hace evidente que el niño es objeto de una doble investidura [54]: por una parte de una elección de objeto anaclítica y por la otra de una elección de objeto narcisista. Este doble investimiento está probablemente presente en todo padre y lo que varía de un individuo al otro es el equilibrio y la relación entre un tipo de investidura y otro, y la preeminencia del primero o del segundo. Esta distribución variable está probablemente muy ligada a los tipos de otras elecciones objetales de los individuos y a su personalidad. Beetschen afirmaba que para anunciar la concepción, las mujeres pueden decir ya sea "espero un niño" o "estoy encinta" [1].

EL ENFOQUE DESARROLLISTA DE LA TRANSICIÓN HACIA LA PARENTALIDAD

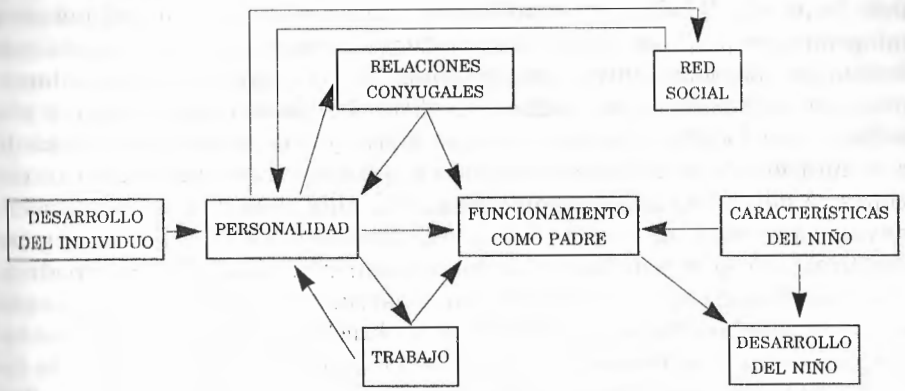
Para Bowlby el comportamiento parental, así como el comportamiento de apego, están programados en parte y, por consecuencia, listos para desarrollarse según ciertas líneas cuando las circunstancias lo requieran [13]. Tal punto de vista no implica, según este autor, que los esquemas de comportamiento parental se manifiesten bajo su forma completa y en cada uno de sus detalles desde el comienzo. En realidad, se aprende todo, una parte durante las interacciones con el niño, y otra gracias a la observación del modo como se comportan los padres. Además, el proceso comienza en la infancia del individuo y está influido por la manera en que sus propios padres se ocuparon de él. ¿Cuáles son las razones que explican las diferencias individuales sobre el modo en que los padres se ocupan de sus hijos(as)? Ésta es la pregunta que Belsky intenta responder y para ello propone un modelo teórico que comprende tres factores esenciales que contribuyen a determinar el funcionamiento parental [5]: la personalidad del individuo-padre, las características del niño y la red de relaciones interpersonales en la que se sitúa el padre.

Personalidad del individuo

La literatura que tiene que ver con las relaciones entre la personalidad individual y el funcionamiento como padre es menos abundante de lo que se podría pensar. La edad es aquí un factor determinante. Un estudio efectuado en madres primíparas indicó que la edad de las madres estaba correlacionada de manera positiva con las manifestaciones de afecto, el grado de estimulación y la sensibilidad de estas madres durante la interacción con su bebé [50]. Otro trabajo puso en evidencia la existencia de vínculos entre diversas características psicológicas parentales (a saber, la localización interna del control,[1] la capacidad de mantener relaciones interpersonales muy confiadas

[1] La localización del control es un concepto psicológico que especifica la manera en que los individuos perciben y conciben las determinantes de los acontecimientos de su existencia. Quienes tienen una localización interna del control piensan que son ellos mismos los agentes determinantes de los acontecimientos; quienes tienen una localización externa del control piensan que los acontecimientos de su vida son determinados por factores externos que se les escapan.

MODELO DE DESARROLLO DE LAS DETERMINANTES DEL FUNCIONAMIENTO PARENTAL (SEGÚN J. BELSKY [5])



y la aptitud para adaptarse de una manera activa a situaciones nuevas) y otras características del funcionamiento parental con sus niños (a saber, la existencia de relaciones afectuosas, caracterizadas por mucha aceptación y ayuda y poca desaprobación) [40].

Un estudio efectuado en madres depresivas indicó que éstas tienden a proporcionarles a sus hijos un entorno desorganizante, hostil y rechazante [43].

Algunos trabajos relacionan la historia del desarrollo del individuo y su funcionamiento como padre o madre. Es muy cierto que los padres autores de maltratos han sido ellos mismos objeto de maltrato en su propia infancia [3, 4, 44]. Además, la experiencia de haber sido separado de sus padres en el curso de su infancia está asociada a dificultades ulteriores que afectan los cuidados proporcionados a los niños pequeños y tienen que ver con las perturbaciones del desarrollo del niño [45]. Estos antecedentes son factores que aumentan la probabilidad de que aparezcan los problemas antes citados, y hay más riesgo de que estos problemas se manifiesten cuando están presentes estos antecedentes que cuando no lo están, pero estos antecedentes no son ni necesarios ni suficientes para que se desarrollen los problemas en cuestión.

Belsky mismo, luego de la aparición de su modelo del funcionamiento parental, aportó resultados que tenían que ver con las relaciones entre los cambios de la relación conyugal que siguen a un nacimiento, por una parte,

y las relaciones conyugales y las que existieron entre padres-hijo en la familia de origen de los padres, por la otra [6]. Observó, en primer lugar, que la adaptación conyugal declinaba de manera significativa en la transición hacia la parentalidad, y este resultado se encontró también en una muestra independiente de la citada [7]. Este estudio es retrospectivo en tanto que analiza las relaciones entre, por una parte, los recuerdos de adultos concernientes a la relación de sus padres con ellos y la relación conyugal entre sus padres, y por la otra, la manera en que estos mismos adultos han evaluado la adaptación de su relación conyugal en dos momentos: durante el tercer trimestre del embarazo y durante el noveno mes posnatal. La adaptación conyugal fue evaluada con la Dyadic Adjustment Scale [53]. Las preguntas de este estudio acerca de los recuerdos concernientes a las relaciones padres-hijos en la familia de origen se dirigían al aspecto afectuoso y cálido o, por el contrario, a la hostilidad, la indiferencia o el rechazo. Las preguntas que tenían que ver con los recuerdos de la relación conyugal de los padres en la familia de origen se orientaron hacia la existencia y frecuencia de sus conflictos, las manifestaciones de afecto en presencia del hijo y el tiempo que pasaban juntos los esposos. Los resultados de un primer análisis de los datos revelaron que para las mujeres, pero no para los maridos, los recuerdos relacionados con la familia de origen, y sobre todo los recuerdos de la relación padres-hijos, estaban correlacionados de manera significativa con el cambio de la relación conyugal contemporánea de transición hacia la parentalidad: las esposas, que informaron una mayor aceptación y un menor rechazo por parte de sus padres durante su propia infancia, estaban ellas mismas implicadas en una relación conyugal donde se observaban menos cambios, es decir una relación de disminución en la adaptación conyugal durante la transición hacia la parentalidad.

En este análisis estadístico, el nivel de adaptación conyugal observado en la primera evaluación (en el tercer mes del embarazo) fue controlado de modo que esta variable no influyera en las relaciones observadas: para los sujetos cuya adaptación conyugal inicial era elevada hubiera podido hacerse que la adaptación de la pareja a la transición hacia la parentalidad fuera más fácil; el análisis de covarianza elimina estadísticamente esta variable. Sin embargo, dada la naturaleza correlacional de este estudio, es posible interpretar los resultados como reveladores de la influencia que tiene la historia individual sobre la adaptación conyugal, pero también hace pensar que las esposas satisfechas con sus relaciones conyugales tienden a recordar su pasado con un matiz más favorable.

Un segundo análisis ha tomado en cuenta ya no el cambio de la adaptación conyugal, sino la diferencia entre las evaluaciones de la adaptación conyugal que hicieron el esposo y la esposa: la hipótesis subyacente era que esta diferencia reflejaría una dificultad de comunicación conyugal. Los resultados indicaron que, para los maridos y las esposas, los recuerdos de las relaciones en el seno de la familia de origen estaban muy vinculados a la diferencia de

evaluación de la relación conyugal: el recuerdo de relaciones favorables se relacionaba con una menor divergencia de evaluación de la adaptación conyugal. En particular, los recuerdos acerca de la relación padres-hijos en la familia de origen tienen un valor predictivo mayor que los referidos a la relación conyugal. Los sujetos que recuerdan una relación afectuosa viven cambios favorables en el nivel de las relaciones conyugales actuales. Es decir, una disminución de la divergencia de evaluación de su relación conyugal e inversamente. Había además un afecto de interacción entre la calidad de los recuerdos sobre la relación padres-hijos y la de los recuerdos de la relación conyugal en la familia de origen. Se vio que cuando en la familia de origen las relaciones conyugales mediocres estaban asociadas a relaciones padres-hijos poco satisfactorias, las parejas estaban más expuestas al riesgo de tener divergencias crecientes en las percepciones de su matrimonio en el periodo de transición hacia la parentalidad.

Características propias del niño

Éstas constituyen el segundo elemento del modelo de Belsky, luego de la personalidad del individuo-padre. Entre estas características fue particularmente estudiado el temperamento. Uno de estos estudios mostró que cuando las madres consideran que sus bebés presentan un "temperamento difícil", a la edad de tres meses, interactúan menos con ellos y responden menos a su llanto (a los tres meses y a los ocho meses), cuando se comparan sus reacciones con las de un grupo piloto (formado por madres que no consideraban que su niño tuviera un temperamento difícil) [16]. Igualmente, otro estudio mostró que las madres de niños de cuatro meses que tenían "temperamentos difíciles" tendían a reaccionar negativamente a las emociones negativas expresadas por su bebé [36]. Los efectos producidos por el bebé sobre los padres y las funciones parentales son, de hecho, más difusos y mucho más generales que las características temperamentales: la interacción padres-hijo es una determinante esencial del funcionamiento parental [2, 38].

El contexto relacional y social

Este tercer elemento del modelo ha sido estudiado menos frecuentemente pero no es por eso menos esencial. Las relaciones conyugales representan un primer aspecto de este contexto. Los cuidados maternos son influidos favorablemente por el apoyo y la actitud positiva del marido [47]. Recíprocamente, se ha puesto en evidencia una relación entre un alto grado de implicación del padre y una buena calidad de la comunicación conyugal, un mes, tres, nueve y quince meses después del nacimiento del niño [9].

Otras relaciones significativas son, por ejemplo, las relaciones de amistad,

pues tienen un efecto favorable sobre la calidad de las relaciones padres-hijo [9]. El contexto profesional es un elemento importante. El desempleo aparece asociado a una menor calidad de las relaciones padres-hijos. Cuando los padres trabajan, la satisfacción o la insatisfacción experimentada en su profesión constituye un factor importante de la relación con sus hijos. Los niños cuyos padres están descontentos con su situación profesional tienen un desarrollo menos favorable que aquellos que tienen padres satisfechos con su actividad profesional [3]. Otro estudio muestra que las madres que encuentran satisfacciones en su vida profesional tienden a manifestar más su afecto y a mostrarse menos severas con sus hijos, mientras que las madres insatisfechas en su actividad profesional expresan más problemas concernientes a la educación de sus hijos. Asimismo, un estudio ha indicado que cuanto más tiempo y energía consagran los padres a su actividad profesional, más tienden a mostrarse irritables e impacientes con sus hijos. Inversamente, la satisfacción en la vida profesional paterna está asociada a una menor severidad en los castigos.

Los estudios citados hasta aquí son de naturaleza correlacional y por lo tanto no ponen en evidencia relaciones de causa-efecto. Así, es posible interpretar sus resultados de otra manera. Por ejemplo, los padres que tienen relaciones difíciles con sus hijos tienden a percibir su actividad profesional menos satisfactoria.

El modelo propuesto por Belsky es el del funcionamiento parental en general y por lo tanto puede ser utilizado para representar los fenómenos más particulares, característicos del periodo de transición hacia la parentalidad. Seguiremos en adelante un plan de exposición que retoma los diferentes elementos del modelo de Belsky, pero aplicándolo al periodo de la transición hacia la parentalidad.

La personalidad de los padres y la relación conyugal

Existen una serie de estudios que examinan la siguiente pregunta: ¿existen en los padres, o en la pareja parental, características psicológicas identificables en el periodo anterior al nacimiento del niño, que permitan predecir el funcionamiento parental posnatal y/o la interacción padres-bebé?

La pregunta recibe respuestas opuestas. Algunos autores insisten en la estabilidad de las características parentales o conyugales, otros, en su evolución en el transcurso de la transición hacia la parentalidad.

Heinicke pone el acento en la estabilidad de las características de la personalidad parental y de la relación conyugal durante este periodo [33]. En apoyo de esta concepción cita un estudio que ha mostrado que doce meses después del nacimiento, el bienestar psicológico, la comprensión conyugal, los niveles de ansiedad y la depresión de las madres, están significativamente correlacionados con esas mismas características evaluadas durante el embarazo o dos meses después del nacimiento [32]. Asimismo, las evaluaciones de adaptación conyugal y del nivel de ansiedad efectuadas en los padres doce meses después del nacimiento del niño, se predijeron por la medida de esas mismas características durante los mismos lapsos anteriores.

Siempre en apoyo de esta tesis de la estabilidad, Heinicke cita los estudios sobre la autoestima, cuya medida disminuye tanto en los hombres como en las mujeres luego del nacimiento del primer hijo. Esta disminución no es, sin embargo, estadísticamente significativa, y existe un elevado grado de correlación entre los niveles de autoestima durante el embarazo y los experimentados seis meses después del nacimiento [19]. También se ha mostrado que la frecuencia de síntomas depresivos, tanto en hombres como en mujeres, 18 meses después del nacimiento del niño, puede predecirse por el nivel de autoestima evaluado durante el periodo prenatal [18]. Se puso en evidencia que las preocupaciones e inquietudes expresadas por la madre acerca de su bebé antes del nacimiento –como que lloraba fácilmente (*fussy*)– estaban asociadas a la percepción ulterior de su bebé a la edad de seis meses [22].

Ciertas anticipaciones maternas (como la aceptación del papel de madre y la percepción de los cuidados del bebé como una actividad más gratificante que pesada) permiten, efectivamente, predecir la disponibilidad de las madres para responderle a su bebé, tres semanas y tres meses después del nacimiento [41]. De la misma forma, se han puesto en evidencia las relaciones que existen entre las características psicológicas paternas, observadas antes del nacimiento, y el funcionamiento paterno ulterior. La adaptación al papel paterno, dos meses después del nacimiento del hijo, pudo predecirse por dos variables observadas durante el primer trimestre de embarazo: la adaptación conyugal y la tendencia de los hombres a identificarse positivamente con su propia madre [32]. El estudio longitudinal de Brunquell con un grupo de madres mostró la relación entre lo que el autor llama "perfil de integración de la personalidad" (así como diferentes efectos tales como el grado de ansiedad, agresividad y desconfianza) y las características de la interacción de dichas madres con su hijo, observadas tres y seis meses después del nacimiento [15]. Su análisis revela que las madres consideradas como las que les dan "cuidados excelentes" a su hijo de tres meses pueden distinguirse de manera extremadamente clara de aquellas que son consideradas como las que dan "cuidados inadecuados". Esto se averiguó con la ayuda de un grupo de características denominado "grado de integración de la personalidad". Entre esos datos figuran principalmente el nivel intelectual, una actitud alentadora con relación a la reciprocidad, la propensión a suministrar ayuda o auxilio y un bajo grado de ansiedad. Después del nacimiento del hijo, las madres del grupo que proporcionaba "cuidados inadecuados" se caracterizaban por otro factor denominado "actividad desconfiada y hostil". Los autores, cuyo estudio aborda las determinantes de los maltratos a los niños, describen así a esas madres: "Luego del nacimiento del bebé, su ansiedad aumenta en reacción a las dificultades que éste presenta. Estas madres no pueden

comprender la propia ambivalencia que experimentan y reaccionan a su angustia siendo hostiles y suspicaces".

Se ha visto que la aparición de una depresión posparto, evaluada cuando el niño tenía de tres a cinco meses, pudo haberse predicho por un simple cuestionario efectuado durante el tercer trimestre del embarazo, basado en las relaciones conyugales y el deseo de tener un hijo (cuestionario de Braverman y Roux) [14, 24]. Además del síndrome depresivo, este cuestionario ha permitido descubrir a aquellas mujeres que presentarán un síndrome de ansiedad. Además, durante la observación de la madre en el curso de una secuencia de interacción cara a cara con el bebé, las madres, en quienes la depresión se había puesto en evidencia por el cuestionario de Braverman y Roux, presentaban un estado menos favorable, es decir un predominio de expresiones mímicas deprimidas o ansiosas, menor actividad, menos comportamientos de imitación del bebé, menos respuestas al bebé y menos comportamiento de juego. Finalmente, los hijos de madres deprimidas manifestaban estados de vigilancia menos óptimos (sobre todo en forma de somnolencia), una actividad menos relajada (muchas veces estaban arqueados hacia atrás), menos mímica de satisfacción y más irritabilidad. Para terminar esta parte consagrada a las características parentales, citaremos el estudio de Feldman y colaboradores [23], que describe de forma particularmente detallada lo que ellos denominan antecedentes de funcionamiento paterno. Este estudio longitudinal que comienza en el tercer trimestre del embarazo revela, por una parte, esos antecedentes a partir de ciertas características psicológicas de los futuros padres, y, por la otra, a partir de las de las futuras madres. En otras palabras, ciertos aspectos del funcionamiento psicológico de ambos esposos durante el embarazo permiten predecir cuál será el funcionamiento paterno seis u ocho meses después del nacimiento. Se estudian aquí tres aspectos del funcionamiento paterno: 1] los cuidados prodigados al niño, tales como alimentar, cambiar los pañales o bañar; 2] la actividad de juego y la expresión del afecto al bebé y 3] la satisfacción provocada por la paternalidad. Los examinaremos.

Es posible predecir los cuidados paternos con base en la observación, de los factores siguientes, en los futuros padres: 1] ausencia de preponderancia de la vida profesional; 2] calidad de las relaciones conyugales; 3] presencia de anticipaciones coloreadas emocionalmente, acerca del papel paterno: ensoñaciones y fantasmas donde el sujeto se imagina como padre, "sentimiento paternal" (principalmente sentirse protector), y reacciones a los movimientos fetales. Esta predicción de los comportamientos paternos es igualmente posible gracias a muchos factores observados en las futuras madres, y particularmente ahí donde existe una buena relación con su propio padre (el futuro abuelo materno).

La capacidad del padre de jugar con su hijo y de expresarle su afecto se predice por factores que conciernen al futuro padre y a la futura madre. En lo que concierne al padre los factores son: 1] una buena relación con su propia madre (la futura abuela paterna); 2] la ausencia de problemas conyugales tales como el aumento de la tensión durante el embarazo, el sentimiento de aparición de distancia con respecto a la esposa, las dificultades sexuales, el aumento en el número de disputas y 3] la ausencia de preponderancia de la vida profesional. En lo que concierne a la futura madre, los factores son principalmente: 1] relaciones de buena calidad con los suegros y 2] importancia del marido en la existencia de la madre.

La satisfacción obtenida de la paternidad se predice igualmente en los futuros padres por: 1] la empatía experimentada por la esposa y la facilidad de comunicación con ella y 2] una identidad entre el sexo deseado para el niño y el sexo real de éste. Asimismo la satisfacción obtenida de la paternidad se predice por ciertos factores observados en las futuras madres: 1] relaciones conyugales de buena calidad; 2] poca ansiedad desarrollada durante el embarazo, y 3] mantenimiento, durante el embarazo, de relaciones con el mundo exterior (por oposición a un repliege sobre sí misma y una vida confinada a la casa).

Nos parece que en este estudio deben subrayarse cuatro puntos: 1] tiene únicamente que ver con sujetos pertenecientes a categorías sociales acomodadas; 2] la calidad de las relaciones conyugales, sean ellas informadas por el marido o por la esposa, es el elemento de predicción de la implicación y de la satisfacción paterna que encontramos aquí más regularmente; 3] la ausencia de preponderancia de la vida profesional está asociada a una fuerte implicación en el funcionamiento paterno, y 4] los factores observados en las futuras madres parecen tan eficaces como los observados en los futuros padres para la predicción del funcionamiento paterno ulterior.

Papel que desempeñan las características del bebé

Sirignano y Lachman examinaron los efectos producidos por la percepción de los padres sobre el temperamento de su hijo en el funcionamiento psicológico contemporáneo de la parentificación [52]. Estos autores efectuaron las mismas evaluaciones en dos oportunidades: un mes y medio antes del nacimiento, y dos meses y medio después, en 22 parejas primíparas y en 13 parejas sin hijos, que constituían el grupo piloto. Aunque la metodología y el resultado de este trabajo son complejos, parece justificado presentarlos con algún detalle ya que este tipo de estudio es relativamente raro. La conclusión general es que durante este periodo se producen modificaciones de la personalidad[2] y que, además, algunas de estas modificaciones están ligadas a la percepción parental del temperamento del niño. Se observaron cambios

[2] Aunque la utilización del término "personalidad" sea discutible, retomamos este término para respetar la terminología de estos autores. Sin embargo se puede entender que no es la personalidad como estructura lo que se modifica en la transición hacia la parentalidad, sino que son, sobre todo, las manifestaciones de la personalidad las que cambian de forma o de intensidad.

favorables en los padres y madres que percibían que su bebé tenía un temperamento "fácil", mientras que se notaron cambios desfavorables en aquellos cuyo bebé tenía un temperamento "difícil".

El temperamento de los niños se evaluó según cuatro dimensiones: 1] el nivel de actividad motriz; 2] la adquisición de ritmos estables, como el ritmo de vigilia-sueño o el ritmo de las comidas; 3] la adaptabilidad, es decir, la facilidad con la que el bebé se acomoda a diversos cambios en su entorno, y 4] el humor (*Perception of baby temperament instrument*) [48].

Una de las evaluaciones efectuadas en los padres concierne a la propia evaluación de su competencia parental [29]. El sujeto debe decir si alcanza a satisfacer los criterios que definen, a sus ojos, los cuidados parentales de buena calidad, y esto en diferentes clases de cuidados parentales. El estudio de Sirignano y Lachman no puso en evidencia algún efecto de la percepción del temperamento del bebé sobre la percepción de las madres acerca de sus competencias parentales: cualquiera que sea la percepción de las diferentes dimensiones del temperamento del bebé, ya sea que sus bebés sean juzgados fáciles o difíciles según diferentes dimensiones, las calificaciones de las madres fueron más altas que las de las mujeres sin hijos. Parece que el hecho de ejercer funciones maternas aumenta la confianza de las madres en su competencia materna. No obstante, los datos presentados no parecen permitir extrapolar estos resultados a las situaciones patológicas. En efecto, los sujetos fueron reclutados en cursos de preparación para el parto y nada permite saber si ciertas situaciones patológicas estaban representadas en la muestra. Los resultados son diferentes para los padres: aquellos que percibían a sus hijos como fáciles tenían un aumento significativo de sus calificaciones con relación a los hombres sin hijos; en compensación este aumento era menos marcado y no significativo para los padres que percibían a sus bebés como difíciles. Esto podría indicar que la percepción de la competencia parental por parte de los padres depende, más que como sucede con las madres, de las reacciones de su bebé.

Las evaluaciones del nivel de ansiedad y depresión (*IPAT anxiety scale, IPAT depression scale, eight-state questionnaire*) no traslucen ningún cambio significativo en las madres, contrariamente a lo que sucede en otras investigaciones [17, 55].

Compensatoriamente, en los padres, el nivel de ansiedad aparece ligado a la percepción del temperamento del bebé: en los padres de bebés considerados fácilmente adaptables y de humor positivo, el grado de ansiedad ha disminuido de manera significativa en comparación con los hombres sin hijos. Por el contrario, en los padres que consideraban a sus hijos como difíciles, según los dos criterios citados anteriormente, se observó una ligera disminución del nivel de ansiedad, no significativa en relación con los hombres sin hijos.

Podemos preguntarnos, sin embargo, si la percepción parental del temperamento del bebé es un factor relacionado con las modificaciones psicológicas

parentales, o bien si es la personalidad de los padres lo que determina la percepción de su bebé y las modificaciones psicológicas parentales observadas de una evaluación a la otra. Los autores afirman haber controlado los efectos ligados a la personalidad de los padres, utilizando un procedimiento estadístico apropiado: el análisis de la covarianza. Así, sus resultados reflejan la influencia de la percepción del temperamento del niño sobre el estado psicológico parental, independientemente de las características de la personalidad de los padres antes del nacimiento del bebé.

Hemos utilizado la palabra correlación muchas veces. La existencia de una correlación entre dos mediciones efectuadas sucesivamente no es, en sí, una prueba de estabilidad, en valores absolutos, de estas mediciones en el tiempo. En efecto, la existencia de una correlación indica solamente que las mediciones de la característica estudiada varían juntas; si la correlación es positiva, los valores elevados de la primera medición tienden a asociarse con valores elevados de la segunda medición, y los valores bajos de la primera medición con valores bajos de la segunda. Si la correlación es negativa, los valores de la primera medición tienden a asociarse con valores bajos de la segunda medición y viceversa.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Beetschen, A. y F. Charvet, "Psychologie et psychopathologie de la maternité. Psychoses puerpérales. Confrontations psychiatriques", en *Confrontations psychiatriques*, 1978, 16: 83-124.

[2] Bell, R.Q., "A reinterpretation of the direction of effects in studies of socialization", en *Psychological Review*, 1968, 75: 81-95.

[3] Belsky, J., "Three theoretical models of child abuse: a critical review", en *International Journal of Child Abuse and Neglect*, 1978, 2: 37-49.

[4] Belsky, J., "Child maltreatment: an ecological integration", en *American Psychologist*, 1980, 35: 320-335.

[5] Belsky, J., "The determinants of parenting: A process model", en *Child Development*, 1984, 55: 83-96.

[6] Belsky, J. y R. A. Isabella, "Marital and parent-child relationships and marital change following the birth of a baby: a retrospective analysis", en *Child Development*, 1985, 56: 342-249.

[7] Belsky, J., M. Lang y M. Rovine, "Stability and change accross the transition to parenthood: a second study", en *Journal of Marriage and the Family*, en prensa.

[8] Belsky, J., G.B. Spanier, M. Rovine, "Stability and change in marriage accross the transition to parenthood", en *Journal of Marriage and the Family*, 1983, 45: 553-556.

[9] Belsky, J., B. Gisltrap, M. Rovine, "Stability and change in mother-enfant and father-infant interaction in the familly setling: One, three and nine months", en *Child Development*, en prensa.

[10] Benedek, T., "Parenthood as a developmental phase", en *J. Am. Psychoanalytic Association*, 1959, 7: 389-417.

[11] Benedek, T., "Motherhood and nurturing", en *Parenthood. Its Psychology and Psychopathology*, E.J. Anthony y T. Benedek (comps.), Boston, Little, Brown and Company, 1970.

[12] Bion, W.R., *Elementos de psicoanálisis*, Buenos Aires, Hormé.

[13] Bowlby, J., "Caring for the young: Influences on development", en *Parenthood. A psychodinamic perspective*, R.S. Cohen, B. J. Cohler y S.H. Weissman (comps.), Nueva York, The Guilford Press, 1984.

[14] Braverman, J. y J.F. Roux, "Screening for the patient at risk for postpartum depresion", en *Obstet. Gynaecol.,* 1978, 52: 731-736.

[15] Brunquell, D., L. Chrichten y B. Egeland, "Maternal personality and attitude in disturbances of child rearing", en *Am. J., Orthopychiatry,* 1981, 51: 680-691.

[16] Campbell, S., "Mother-infant interaction as a function of maternal ratings of temperament", en *Child Psychiatry and Human Development,* 1979, 10: 67-76.

[17] Carey, W.B., W.L., Lipton y R.A. Meyers, "Temperament in adopted and foster babies", en *Child Welfare,* 1974, 53: 352-359.

[18] Cowan, P.A. y C.P. Cowan, "Becoming a family: couple relationship during family formation", trabajo presentado en el Simposio de la American Psychological Association, Los Ángeles, 1981.

[19] Cowan, P.A. y C. P.Cowan, "Individual and couple satisfaction during family formation", trabajo presentado en la reunión bianual de la Society of Research in Child Development, Detroit, 1983.

[20] Deutsch, H., "La psychologie des femmes", París, PUF, 1949.

[21] Dikie, J.R. y y S.C. Gerber, "Training in social competence: the effects of mothers, fathers and infants", en *Child Development,* 1980, 51: 1248-1251.

[22] Dorman, R.L. y D.L.Olds, "Antepartum worries as predictors of maternal caregiving and perception of infant temperament during the first years of life", trabajo presentado en la reunión de la American Psychological Association, Anaheim, California, 1983.

[23] Feldman, S,S., S.C. Nash y B.G. Aschenbrenner, "Antecedents of fathering", en *Child Development,* 1983, 54: 1628-1636.

[24] Field, T., D. Sanberg, R García, N. Vega-Lahr, S. Goldstein, y L. Guy, "Pregnancy problems, postpartum depression, and early mother-infant interactions", en *Developmental Psichology,* 1986, 21: 1152-1156.

[25] Freud, S., "Psicología de las masas y análisis del yo", en *Obras completas,* vol. XVIII, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.

[26] Freud, S., "Sepultamiento del complejo de Edipo", en *Obras completas,* vol. XIX, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.

[27] Freud, S., "Introducción del narcisismo", en *Obras completas,* vol. XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.

[28] Frommer, E.A. y G. O'schea, "Antenatal identification of women liable to have problems in managing their infants", en *Br. J Psychiatry,* 1973, 123: 149-156.

[29] Gibaud-Wallston, J. y L. P. Wandersman, "Development and utility of the parenting sense of competence scale", trabajo presentado en la reunión de la American Psychology Association, Toronto, Canadá, 1978.

[30] Greenberg, M. y N. Morris, "Engrossment: The newborn impact upon the father", en *Am. J. Orthopsychiatry,* 1974, 44: 520-531.

[31] Greenspan, S.I. y A.F. Luieberman, "Infants, mothers and interaction. A quantitative clinical approach of developmental assessment", en *The course of life: Psychoanalytic contribution toward understanding personality development,* S.I., Greenspan y G.H. Pollock (comps.), vol. I: *Infancy and early childhood,* Washington, US Government Printing Office, 1980.

[32] Grossman, F.K., L.S. Eichler y S.A. Winikoff, *Pregnancy, birth and parenthood,* San Francisco, Jossey-Bass, 1980.

[33] Heinicke, C.M., "Impact of prebirth parent personality and marital functioning on family development: a framework and suggestions for further study", en *Developmental Psychology,* 1984, 20: 1044-1053.

[34] Hock, E., "Working and non-working mothers and their infants: a comparative study of maternal caregiving characteristics and infant social behaviors, en *Merrill-Palmer Quarterly,* 1980, 26: 79-101.

[35] Jacob, F., *La logique du vivant,* París, Gallimard, 1969.

[36] Kelley, P., "The relation of infant's temperament and mother's psychopathology to interactions in early infancy, en *The developing individual in a changing world,* K.F., Riegel y J.A. Meacham (comps.), vol. II, Chicago, Aldine, 1976.

[37] Klein, M., El psicoanálisis de niños, *Obras completas 2,* Barcelona, Paidós, 1988.

[38] Lebovici, S. y S. Stoleru, *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste,* París, Le Centurion, 1983.

[39] Macbeth Williams, T., L.A. Joy, L. Travis, A. Gotowiec, M. Blum-Steele, L. Aiken, S. Lee Painters y S.L. Davidson, "Transition to motherhood. A longitudinal study", trabajo presentado en el Third Congress for Infant Psychiatry and Allied Disciplines, Estocolmo, 1986.

[40] Mondell, S. y F. Tyler, "Parental competence and style of problem solving/play-behavior with children", en *Developmental Psychology,* 1981, 17: 73-78.

[41] Moss, H., "Sex, age and state as determinants of mother-infant interaction", en *Merrill-Palmer Quarterly,* 1967, 13: 19-36.

[42] Numan, M., "Brain mechanisms and parental behavior", en *Handbook of Behavioral Neurobiology,* N. Adler (comp.), vol. 7, Nueva York, Plenum Press, 1983.

[43] Orvaschel, H., M.M. Weissman y K.K. Kidd, "Children and depression: The children of depressed parents, depression in children", en *Journal of Affective Disorders,* 1980, 2: 1-16.

[44] Parke, R. y C. Collmer, "Child abuse: an interdisciplinary review", en *Review of Child Development Research,* E.M. Hetherington (comp.), vol. 5, Chicago, University of Chicago Press, 1975.

[45] Pawlby, S.J. y F. Hall, "Early interaction and later language development of children whose mothers come from disrupted families of origin", en *High-risk infants and children. Adult and peer interactions,* T.M., S. Field, D. Goldberg, Stern y A.M. Sostek (comps.), Nueva York, Academic Press, 1980.

[46] Pedersen, C.A., J.A. Asher, Y.L. Monroe y A.J. Prange, "Oxytocin induces maternal behavior in virgin female rats", *Science,* 1982, 216: 648-649.

[47] Pedersen, F., "Mother, father and infant as an interactive system", en *In the beginning: Readings on infancy,* J. Belsky (comp.), Nueva York, Columbia University Press, 1982.

[48] Pedersen, F.A., M. Zaslow, R.L. Cain, B.J. Anderson y M.A. Thomas, "A methodology for assessing parent perception of baby temperament", en *J. SAS: Catalog of selected documents in psychology,* 10 (núm. 1987), 1980.

[49] Powell, D.R., "Personal social networks as a focus for primary prevention of child maltreatment", en *Infant Mental Health Journal,* 1980, I: 232-239.

[50] Ragozin, A,S., R.B. Basham, K.A. Crnic, M.T. Greenberg y N.M. Robinson, "Effects of maternal age en parenting role", en *Developmental Psychology,* 1982, 18: 627-634.

[51] Rangell, L., "The return of the repressed 'Œdipus'", en *Parenthood. Its psychology and Psychopathology,* E.J. Anthony y T. Benedeck (comps.), Boston, Little, Brown and Company, 1970.

[52] Sirignano, S.W. y M.E. Lachman, "Personality change during the transition to parenthood: the role of perceived infant temperament", en *Development Psychology,* 1985, 21: 558-567.

[53] Spanier, G., "Measuring dyadic adjusment: new scale for assessing the quality of marriage and similar dyads", en *Journal of Marriage and the Family,* 1976, 38: 15-28.

[54] Stoleru, S., M. Morales y M.F. Grinschpoun, "De l'enfant fantasmatique de la grossesse à l'interaction mère-nourrisson", en *Psychiatrie de l'Enfant,* 1985, 28: 441-484.

[55] Vaughn, B. y A. Deinard, B. Egeland, "Measuring temperament in pediatric practice", en *J. Pediatrics,* 1980, 90: 510-514.

[56] Von Bertalanffy, L., *Théorie générale des systèmes,* París, Dunod, 1973.

[57] Winnicott, D.W., "La preocupation maternelle primaire" en *De la pédiatrie à la psychanalyse,* París, Payot, 1969.

13. LOS VÍNCULOS INTERGENERACIONALES (TRASMISIÓN Y CONFLICTOS). LAS INTERACCIONES FANTASMÁTICAS

SERGE LEBOVICI

El capítulo consagrado a los abuelos ha mostrado su importancia en el desarrollo de los niños (cf. cap. 10). Sin embargo, las cosas no son necesariamente idílicas: la familia es una institución completa cuando está compuesta por tres generaciones. Algunos piensan que entonces funciona como una unidad. Los sistémicos la ven como un sistema sometido a las leyes de la cibernética y de la comunicación interactiva, que asegura el equilibrio y la estabilidad. Este capítulo volverá sobre algunos de esos datos que muestran las posibilidades de trasmisión intergeneracional de los valores alegóricos, pero también la potencialidad de conflictos que a veces manifiestan las crisis familiares, que abordaremos más adelante (cf. cap. 21).

LA DINÁMICA INTERGENERACIONAL Y EL DESEO DEL NIÑO(A)

Más de una vez hemos propuesto diferenciar, en el deseo de tener un niño que se manifiesta en las futuras madres, dos aspectos: el niño imaginario y el niño fantasmático.

El niño imaginario

En el momento en que sobreviene el embarazo, que es, en la civilización industrial, generalmente programado y, por lo tanto, deseado, la madre está pronto en presencia de un niño(a) que imagina; esto es siempre lo que sucede desde el principio del segundo trimestre de embarazo, momento a partir del cual la vida fetal se siente como existente, hasta que un poco más tarde, a partir del tercer trimestre, la madre pueda imaginar las apariencias de este niño(a) que querría ver llegar pronto al mundo, aunque sólo fuera para estar segura de que tiene buena salud y está físicamente bien formado.

De las ilusiones que le conciernen, ella puede hablar fácilmente durante el embarazo y en los días que siguen al parto, pero llegará el momento en el que deberá confrontar su niño imaginario con aquel que empieza a llevar en brazos.

Este bebé ha sido querido con el consorte, quien ha contribuido a su procreación y a quien le está dedicado. Ésta es la razón por la que la madre imagina su futuro casi siempre brillante o exitoso. Ella observa a este bebé, o más bien uno se lo muestra en el transcurso de las ecografías, que son a la vez fuente de una angustia a veces reforzada por palabras poco felices y que la inquietan, debidas a la torpeza de los que aplican esta técnica. Tales ecografías se vuelven poco a poco más legibles y la madre puede saber, desde su embarazo, el sexo del bebé. Son muchas las que prefieren esperar al parto y verificar entonces si sus voces imaginarias se ven o no confirmadas. Sin embargo, no parece que este conocimiento precoz, cuando no prematuro, interrumpa realmente el trabajo imaginario de la madre; éste prosigue y se refuerza debido a la popularización de los conocimientos sobre la sensorialidad fetal: las madres pretenden enseñarle a los padres a jugar con su futuro bebé todavía preso. De donde viene el empleo de técnicas llamadas haptonómicas que favorecen estos conocimientos reforzados por el trabajo de los medios de comunicación masiva.

Durante este periodo en el que el niño imaginario se expande, se le elige de buen grado un nombre que casi no está definido en nuestra cultura por las prescripciones culturales o religiosas sobre el bebé que vendrá ni por elecciones eufónicas. La moda interviene aquí, pero de modo alegórico, como cuando el nombre elegido es el de un héroe o un personaje secretamente amado y desaparecido o el de un niño muerto prematuramente. Éste estará revestido de esa identidad de préstamo y será portador del "mandato" de tener que hacer vivir al héroe o al muerto. Con frecuencia, además, este muerto trae con él el secreto de su existencia, de su muerte prematura porque había sido amado; de su suicidio porque había cometido fechorías, etc. Es éste un secreto que amenaza con ser explosivo aunque no inmediatamente, pero que es objeto de un "no dicho", que sin duda va a pesar en el desarrollo del niño.

Esta pequeña, a quien vimos durante tres meses debido a una anorexia mental grave, era objeto de una maldición sobre el sexo femenino. Su madre quería embarazarse luego de haberse reconciliado con su marido, con quien había tenido un hijo diez años antes y de quien se había separado. Este segundo embarazo debería sellar su nueva unión, cuando menos a los ojos de la madre.

Desgraciadamente nació una niña. La madre era la primogénita de seis hijas y la abuela materna de la bebé anoréxica le había aconsejado volverse institutriz y no madre de familia, sobre todo de una niña, pues ella había demostrado ser incapaz, a sus ojos cuando menos, con sus hermanas menores. Pero la joven mujer prefirió casarse creyendo que de ese modo escapaba a las maldiciones maternas.

Lo que ella no sabía es que esta abuela, su madre, había sido acusada por la bisabuela de haber matado con su nacimiento a un hermano gemelo muerto en el momento del parto: adicionalmente la abuela materna no fue educada por su madre y la bisabuela de la bebé no volvió a ver a la niña hasta que ésta fue adulta.

Se entiende que en estas condiciones la joven mujer sólo podía fracasar a su vez

con un bebé del sexo femenino, cuya anorexia, además, perturbaba completamente la vida de la pareja. El marido había dicho que él retomaba la vida común sólo para ver más fácilmente a su hijo y con frecuencia le proponía a su mujer dejarla con la bebé anoréxica e irse él con su hijo.

Así, en este caso, la trasmisión intergeneracional era una maldición alegórica dirigida a los bebés de sexo femenino.

El niño fantasmático

El niño imaginario se describe entonces en el campo de una conciencia oscura en donde el contenido es denominado, en psicoanálisis, como el preconsciente, hecho de recuerdos latentes que son reactivados por las ensoñaciones diurnas o fantasías. El niño fantasmático es muy diferente: es el producto de los antiguos deseos de maternidad que surgen desde la infancia y los cuales son uno de los aspectos de la identificación con la madre que se producen en ambos sexos, pero que persisten en la niña. En los fantasmas edípicos de esta última, se trata de ser un día como la madre y de tener, como ella, un bebé del padre: el bebé que vendrá es construido entonces por el inconsciente de la madre como un niño de su abuelo materno. Con respecto a la abuela materna esta joven madre tendrá una deuda de vida por pagar. Resulta de esto que, sin saber las razones, la joven madre acepta los consejos de la abuela materna, no solamente porque le son útiles, puesto que ella está desamparada ante su bebé y las tareas de crianza que pueden agobiarla durante la depresión tan frecuente luego del parto, sino también porque debe pagar sus sentimientos inconscientes de culpabilidad y, de alguna manera, darle ese bebé a la única con el derecho a ser madre, es decir la abuela materna. En el bebé que acaba de nacer, la madre reconoce también a su padre y con frecuencia hace una transferencia paterna cuyas posibles consecuencias mencionaremos más tarde.

Lo que le es trasmitido a este niño fantasmático no son tanto los hechos conocidos u oscuramente repetidos como la alegoría, sino los conflictos inconscientes y repetidos que se agravan cuando surgen dificultades familiares: el bebé puede tener alguna minusvalía, alguna enfermedad visual o auditiva, o un déficit cognoscitivo. Aun si estas enfermedades no se reconocen inmediatamente se retendrán en las capacidades maternas y agravarán el peso de los sentimientos inconscientes de culpabilidad, siempre dispuestos a desplazarse sobre un bebé que la ambivalencia materna, tan natural, está presta a utilizar en las versiones agresivas, negadas por manifestaciones depresivas o ansiosas, que no pueden sino agravar la desarmonía inicial.

Retomemos el caso de la niñita anoréxica que trasmitía una maldición transgeneracional sobre los bebés de sexo femenino, y veamos el lugar que la chiquita tenía en la vida fantasmática de su madre. Ésta me había dicho, cuando la vi por primera vez, que tenía pesadillas todas las noches con relación a su bebé y que estaba perturbada por ellas. Habló nuevamente de esto para decirme que las pesadillas habían desaparecido y que su hija estaba curada, lo que se comprobaría después. Luego me relató el contenido de una de dichas pesadillas: le daba el biberón a un bebé, probablemente su hijo, en todo caso no era su hija. Entonces una mano desconocida que no estaba vinculada a ningún cuerpo se acercaba, le arrancaba el biberón y lo estrellaba en el suelo.

Propongo la hipótesis de que su sueño muestra su hostilidad contra la identidad sexual de su hija y la suya propia, y que esa mano homicida era la suya que, en los fantasmas masturbatorios probablemente antiguos, venía a negar la ausencia de pene que la hacía sufrir.

Dicho de otro modo, lo que sabíamos sobre la maldición trasmitida por pertenecer al sexo femenino se encuentra a la vez anunciado y reforzado por las dificultades de identidad sexual, pero también por las dificultades identificatorias con una madre rechazante.

LAS INTERACCIONES FANTASMÁTICAS

Hasta ahora hemos hablado del niño imaginario y del niño fantasmático; ahora debemos ir más lejos e intentar mostrar la existencia de verdaderas interacciones fantasmáticas, las cuales nos han sido descritas simultáneamente por Léon Kreisler y Bertrand Cramer, por una parte, y por mí mismo, por la otra [4, 7].

Se trata, en efecto, de ir hasta el fondo en la descripción de las consecuencias del apego inicial y de las interacciones sociales que este modelo general supone. Hemos creído haber mostrado que en el ser humano este tipo de transacciones supone intercambios afectivos intensos que, en todo caso, favorecen las comunicaciones preverbales y la "descontextualización" cómplice, que es la consecuencia de esto [2]. Estas comunicaciones se muestran en diversos tipos de diálogos, tónicos, mímicos y vocales en particular; pero otros han demostrado en este contexto la importancia de otros intercambios, como los cambios de equilibrio y los intercambios de piel a piel [1, 3]. Daniel Stern nos recuerda en este libro la importancia de estas transacciones afectivas que son concertadas y armonizadas modal o transmodalmente. Este baño de afectos da lugar a las identificaciones primarias preceptivas y modela las identificaciones evolucionadas ulteriores, pues, como escribió M. Pinol-Douriez, "estos afectos tienen ganas de ser representaciones" (cf. cap. 16) [9]; el bebé tiene, pues, protorrepresentaciones de su madre que le permiten constituir una actividad fantasmática, como lo muestra su capacidad de anticipar el comportamiento materno. Y esto desde los tres meses, cuando tiende los brazos hacia ella para ser alzado; no se trata aquí de un resto filogenético de una actividad programada en los jóvenes primates que se agarran del pelo materno. En efecto, este gesto del bebé humano está muy dirigido hacia su madre, incluso si no la ve y, por ejemplo, sólo la oye.

Hemos querido demostrar aquí la polivalencia de las interacciones precoces que dan lugar a las representaciones de uno y otro de los participantes de la díada de crianza, y que nos llevan a pensar en una psicopatología de la interacción.

CONSECUENCIAS DEL ESTUDIO DE LA TRASMISIÓN INTERGENERACIONAL Y DE LAS INTERACCIONES FANTASMÁTICAS PARA LA PSICOPATOLOGÍA DEL BEBÉ

• Tres generaciones constituyen una familia: lo que se trasmite aquí es un sistema cultural que define a la familia en un estado o un grupo humano dado. Son también los valores familiares que aparecen como emblemáticos. El equilibrio que aquí reina y que tiende a estabilizar la historia, pese a avatares eventuales que aquejan a uno u otro de sus miembros, no disimula lo que, sin embargo, querría, en vano, esconder.

• Así, precisamente para reestablecer un equilibrio desagradable demandado por un miembro de este sistema, cuya sobrevivencia es precaria, se le encarga a un joven, por un mandato, que contrarreste estas tempestades y riesgos de naufragio.

Se dice que tal mandato le fue confiado a Freud, cuyo padre no tuvo siempre buena reputación. Así este hijo, querido por su madre, hace brillantes estudios que lo llevarían a constatar la frecuencia del incesto paterno. Para guardar su buena reputación, y no perjudicar la memoria paterna, inventa la teoría edípica y renuncia a describir la frecuencia de su seducción de niñas y adolescentes. Incluso se ha pretendido que su propia sexualidad estaba condenada, que no quiere procrear más luego de su sexta hija, pero que no puede renunciar al erotismo oral que le procura su toxicomanía tabáquica, y que le produce el cáncer bucal del cual muere, por haber respetado el mandato que le había sido impuesto. Esta versión es demasiado ingeniosa y ciertamente no explica el genio de Freud, pero démosle un valor de paradigma para imaginar ciertas situaciones familiares, en las que el bebé, apenas nacido, es sometido a exigencias del mandato.

• Los imperativos de la trasmisión intergeneracional son más difíciles de poner en evidencia en las familias nuclearizadas de nuestras ciudades, donde son reducidas a la dimensión bigeneracional. Igualmente, como lo hemos visto, los abuelos pueden contentarse con pertenecer a una generación, en la que las proezas de sus nietos los preocuparán menos que sus hijos: en estas condiciones las abuelas maternas serán muy bien admitidas y podrán beneficiarse de una maternalidad menos conflictualizada. Son finalmente los sentimientos recíprocos de culpabilidad los que vienen a envenenar las relaciones de las tres generaciones. Pero en algunos casos los abuelos, por razones diversas, son llevados a educar a sus nietos. Aquí el apego

recíproco viene a complicar la situación y el regreso de los niños con sus padres. También se ven casos llenos de consecuencias psicopatológicas, en los que por respetar un secreto familiar, por ejemplo un nacimiento clandestino, los abuelos intentan hacerse pasar por los padres y cuentan que la madre es la hermana del bebé: hemos visto a muchos niños pequeños psicóticos criados con esta mentira. También se ve a padres que les prohíben a los abuelos ver a sus nietos, situaciones dolorosas que pueden producir juicios procesales, como cuando los suegros intentan arrancarles sus niños a las nueras, con el pretexto de mala conducta, por ejemplo.

• Esta situación nos lleva a evaluar los factores inconscientes, cuando los bebés no satisfacen a sus padres, y sobre todo a sus madres, a quienes ponen furiosas, lo cual puede verse aumentado varias veces por la transferencia de su padre hacia este bebé, hecho que se da cuando los padres han sido incestuosos y los bebés pagan por sus abuelos.

CONSECUENCIAS TEÓRICAS DE ESTAS INTERACCIONES FANTASMÁTICAS

La descripción de estas interacciones fantasmáticas interroga la teoría freudiana de la génesis de las representaciones mentales. Recordemos, en efecto que, para Freud, el establecimiento, inevitable, de la unidad del recién nacido y los cuidados maternales, lleva al bebé a reactivar las huellas registradas de la experiencia de satisfacción y a alucinar, lo que da nacimiento a las primeras representaciones del objeto, el cual es imaginado antes de ser percibido, gracias a la alucinación del placer. Tal teoría supone la existencia de una energía, la libido, la que en ciertas cantidades se representa bajo la forma de eso que designamos con el nombre de pulsiones. Hemos visto que el modelo de interacción del apego permite describir en el bebé humano y en su madre intercambios interactivos que ponen de relieve la esfera emocional y producen identificaciones primarias, y las protorrepresentaciones que de esto modo se organizan.

En una obra reciente, J. Laplanche presenta, sin duda, una teoría no muy diferente cuando describe a la madre como una traductora que seduce al bebé excitado por la introducción en su psique elemental de aquello que Laplanche denomina "significantes enigmáticos", que preorganizan los valores fantasmáticos de este bebé [5].

Diremos, por lo tanto, además, que al principio era la (inter)acción: lo que quiere decir que, equipada de su niño imaginario y fantasmático, la joven madre puede darle un sentido anticipado a las capacidades del bebé y, de ese modo, contribuir a transformarlas en desempeños. Ella hace esto aportando su vida fantasmática en los cuidados maternales. Pero es también una madre calmante que, para regresar a sus experiencias familiares y sociales, hace dormir a su bebé y lo hace soñar, y por lo tanto fantasmatizar. Ese bebé

que, al investir a su madre antes de percibirla, la hace madre porque así se representa él sus cuidados maternos [6]. Winnicott escribió que el bebé que ve a su madre ve a los ojos de ésta y a ella mirándolo [10]; por lo tanto él puede verse interiormente viendo a una madre que lo ve viéndola verlo: estos juegos de espejo indefinidos constituyen otro paradigma de la interacción fantasmática que hemos querido describir aquí.

La experiencia clínica de las consultas terapéuticas lleva al estudio de las desarmonías y de la patología interactiva, de las cuales muchos capítulos de este libro harán eco [8].

BIBLIOGRAFÍA

[1] Anzieu, D., *El yo-piel,* Madrid, Biblioteca Nueva, 1987.
[2] Bruner, B., *Savoir faire, savoir dire,* París, PUF, 1983.
[3] Gibello, B., *Les enfants à l'intelligence troublée,* París, Le Centurion, 1984.
[4] Kreisler, L. y B. Cramer, "Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson", en *Psychiatrie de l'Enfant,* 1981, 24, I: 224-285.
[5] Laplanche, J., *Nuevos fundamentos del psicoanálisis. La seducción originaria,* Buenos Aires, Amorrortu, 1989.
[6] Lebovici, J., "La relation objectal chez l'enfant", en *Psychiatrie de l'Enfant,* 1961, 3, I: 147-226.
[7] Lebovici, S., Le nourrisson, la mère et le psychanalyste, París, Le Centurion, 1983.
[8] Lebovici, S., "A propos des consultations thérapeutiques", en *Journal de Psychanalyse de l'Enfant,* 1986, I: 135-142.
[9] Pinol-Douriez, M., *Enfant agi, enfant actif,* París, PUF, 1984.
[10] Winnicott, D., "Le rôle de miroir de la mère et de la famille dans le developpment de l'enfant", en *Jeu et réalite* (1971), París, Gallimard, 1975, p. 153.

SEGUNDA PARTE

EL DESARROLLO DEL BEBÉ

14. LA SENSORIALIDAD FETAL

MARIE-CLAIRE BUSNEL
CAROLYN GRANIER-DEFERRE
JEAN-PIERRE LECANUET
ALICE-G. LEHMANN

El feto ya no es más un desconocido en virtud del desarrollo de las técnicas modernas de registro y el tratamiento de las variables fisiológicas (potenciales evocados, ecografía y otros). Los estudios realizados con la ayuda de estas técnicas han venido a corroborar un buen número de percepciones sobre las reacciones fetales que yacían más allá de las antiguas observaciones médicas. Así, la "sabiduría popular" le atribuía al feto una audición, un gusto, una emotividad y una actividad motriz ligadas al cambio de estado materno, cuya existencia se confirma, en parte, con estas investigaciones científicas.

Exponemos aquí un resumen de los estudios más demostrativos realizados acerca de la sensorialidad fetal, y añadimos a las informaciones obtenidas en el hombre, los resultados experimentales conducidos sobre diversas especies de mamíferos.

LOS SISTEMAS SENSORIALES

Los embriólogos han descrito, desde hace mucho, la ontogénesis anatómica de los sistemas sensoriales de fetos humanos, pero el estudio de su desarrollo funcional es reciente e implica todavía aspectos poco claros. Desde este punto de vista, sólo el sistema auditivo ha sido objeto de descripciones detalladas en tanto que la investigación sobre olfación y gustación ha sido esencialmente efectuada en el hábitat animal [42]. En lo que se refiere al tacto y al equilibrio, es difícil, a partir de datos comportamentales, analizar su activación respectiva *in utero,* y las observaciones sólo son fragmentarias. Ciertos resultados sugieren que el sistema visual, que es funcional antes del nacimiento, podría detectar las variaciones bruscas de la luminosidad intrauterina [38, 49].

Luego de una presentación rápida de los sistemas sensoriales cuyo funcionamiento fetal es todavía mal conocido, examinaremos más especialmente la audición. Veremos cómo la activación de los sistemas sensoriales fetales puede orientar el comportamiento neonatal *vía* el desarrollo de aversiones o

de preferencias específicas. La activación sensorial por los estímulos que llegan *in utero* también contribuye, por medio de modificaciones nerviosas estructurales, al desarrollo y conservación de las capacidades neonatales perceptivas [7, 15]. Este importante efecto del ambiente en el desarrollo fetal no ha podido ser abordado, dados los límites de esta exposición.

Sistema somestésico

Un roce del labio superior –sobre los fetos externalizados– induce una reacción a partir de la séptima semana. Las extremidades de los miembros reaccionan a las 11 semanas y el conjunto del cuerpo hacia la 13ª-14ª semana, en tanto que la maduración estructural todavía no se alcanza [16]. Esta reactividad puede deberse a estructuras auxiliares precoces. Es imposible evaluar la importancia y el papel de la autoestimulación táctil ni la de los contactos aplicados a través del tejido del abdomen materno.

Sistema vestibular

La maduración anatómica de este sistema (entre la 6a. y la 14a. semana) es concomitante (con unas dos semanas de anterioridad) a la del sistema auditivo. El desarrollo funcional se conoce poco [19, 20]. En el nivel central, la maduración de las neuronas vestibulares se termina desde la 21ª semana [36]. Se le atribuye un origen vestibular cierto al reflejo de enderezamiento a partir de la 25a. semana [16]. Según Elliott y Elliott, el feto utiliza la información vestibular para ponerse, por medio de movimientos activos, en posición cefálica para el parto [12]. Se ignora cuál es el papel que desempeñan los estímulos externos en el desarrollo de este sistema, y esto hace surgir la interrogación sobre los efectos de inmovilización prolongada de ciertas futuras madres [31].

Sistemas olfativo y gustativo

Lo bulbos olfativos que constituyen el sistema olfativo primario están bien desarrollados a los seis meses de la gestación. Parecen capaces de detectar las moléculas odorantes en medios líquidos *(in utero),* quizá mejor que en un medio aéreo. Sin embargo, otras dos estructuras parecen contribuir de modo importante en la olfacción fetal: las terminaciones libres del trigémino [60] y el órgano vómero-nasal, una estructura cuya persistencia posnatal sigue provocando controversia [18].

Las experiencias olfativas fetales tienen efectos durables posnatales evidenciados en el animal. Se trata, ya sea del desarrollo de respuestas de preferencia, que siguen a una exposición intraamniótica prolongada al citral

(sustancia insípida con olor a limón) o al concentrado de manzana, o ya sea del desarrollo de respuestas aversivas por asociación al jugo de manzana y de una sustancia que induce la náusea (cloruro de litio). Los efectos específicamente olfativos son perceptibles durante el fin de la vida uterina y antes del nacimiento [32, 46, 47, 53].

Un poco después del parto, los corderos se acercaban más gustosos a las secreciones inguinales de la oveja que los llevó en su seno (secreciones en la que encontramos compuestos aromáticos del líquido amniótico) que a las de otra oveja [58]. Carecemos de pruebas experimentales similares para el recién nacido humano.

La sensibilidad gustativa de los cuatro sabores fundamentales: amargo, dulce, salado, ácido, está presente desde el nacimiento. Los receptores gustativos, papilas, aparecen a las 12 semanas y su número aumenta hasta el nacimiento, luego del cual la disposición de las papilas en la boca se modifica [28]. Dado que el prematuro de 34 semanas acepta lo dulce y rechaza los otros sabores [54], puede pensarse que el feto de esta edad reacciona igual. El hecho de que una inyección intraamniótica de un líquido amargo (lipiodol) reduzca la deglución de éste es interpretado por Liley como signo de una percepción del feto humano sobre el sabor de esta sustancia [25]. Inversamente, en la oveja, la inyección de glucosa parece aumentar la deglución fetal [11].

El condicionamiento aversivo al cloruro de litio se manifiesta también frente al sabor de sustancias, como la menta, inyectadas *in utero* en la rata gestante; el efecto aversivo evaluado *in utero,* algunos días más tarde, está en relación directa con la concentración de la solución de menta empleada durante la prueba [48].

Las capacidades olfato-gustativas humanas parecen programadas genéticamente, pues se sabe que los recién nacidos de menos de 12 horas responden con expresiones faciales de placer a los olores que todavía no habían tenido ocasión de encontrar, como los de plátano, chocolate, miel o leche, y, contrariamente expresan una aversión para el olor a huevo podrido [51, 52]. Las demostraciones de adquisición de sensibilidades específicas en el animal llevan a considerar que una parte de estas capacidades, especialmente su aspecto hedonístico, puede estar orientada por las experiencias fetales.

Sistema auditivo

Un gran número de investigaciones describe las percepciones auditivas fetales a través de un análisis de las reacciones a diversos tipos de estímulos que llegan *in utero*. Haremos aquí el balance de estos trabajos y remitiremos, para las descripciones del desarrollo anatómico, a las publicaciones de Pujol y Uziel, y Rubel [33, 37], y, para el ambiente acústico fetal, a las de Querleu y colaboradores [34].

Desarrollo funcional. La cóclea parece ser anatómicamente funcional hacia

las semanas 18-20 y su maduración se sigue durante diez semanas más [33]. Se recogen los primeros potenciales evocados auditivos del tronco cerebral a las 23-25 semanas y del tálamo a las 32 semanas [35, 50].

Los umbrales auditivos son muy altos en el momento en el que empieza a funcionar el sistema. A las 28 semanas, por ejemplo, el umbral de potencial evocado auditivo es de 75 decibeles, en tanto que en el nacimiento es apenas de 10 [45].

Los estudios de las reacciones fetales a los estímulos acústicos se han desarrollado gracias al progreso de las técnicas de grabado Doppler del ritmo cardiaco fetal, y de la observación de los movimientos reflejos por ecografía. Estas primeras respuestas motrices a los estímulos vibro-acústicos (reacción cócleo-parpebral, sobresalto global) se observan en ciertos fetos a partir de 22 semanas y en todos los sujetos desde las semanas 28 y 29 [1, 21]. Sin embargo, al utilizar un vibrador aplicado sobre el abdomen materno, es posible que las respuestas observadas se deban a una activación paralela de los sistemas acústicos y somestésicos.

Las respuestas cardiacas a los estímulos acústicos ya habían sido estudiadas antes. Wedenberg registró las aceleraciones en repuestas a un estimulo de 110 decibeles desde los cinco meses y medio de gestación [59]. Según Tanaka y Arayama, algunos sujetos reaccionan a los seis meses, y la mayoría de ellos a los siete [56].

A fin de precisar las capacidades perceptivas de los fetos al final del embarazo, hemos analizado la reactividad de fetos de 35 a 39 semanas en función de los parámetros de la estimulación y los del sujeto, en particular el estado de alerta [14, 22, 23].

En una primera serie de estudios de la reactividad a estimulaciones intensas (superiores a 100 decibeles *ex utero,* y filtrada por debajo de 800 hertzios para evitar la activación somestésica), hemos demostrado que las tasas de las respuestas cardiacas de aceleración y las de las respuestas motrices aumentan con la intensidad del estímulo. Estas tasas son, sin embargo, globalmente más débiles en los estados de baja variabilidad cardiaca (electrocardiograma de sueño tranquilo) que en el estado en donde ésta es fuerte (trazado cardiaco de sueño agitado). Las respuestas cardiacas de aceleración son más fácilmente evocadas que las respuestas motrices de extensión-flexión de los miembros inferiores; su amplitud media es más grande cuando van acompañadas de una respuesta motriz que cuando ésta no es evocada.

Vamos ahora a mostrar que la reactividad fetal depende igualmente de la frecuencia acústica y de la estimulación. Los sonidos "graves" (ruido de una octava centrada sobre los 500 Hz) inician, con una intensidad acústica igual, menos aceleraciones cardiacas y respuestas motrices, que los ruidos medios o agudos (centrados sobre los 2 000 o los 5 000 Hz). Para las frecuencias de 500 Hz y de intensidad débil, se registran principalmente respuestas cardiacas de aceleración de una amplitud media de 10 latidos por minuto (1pm).

Las capacidades de discriminación fetales van a ser estudiadas en seguida,

analizando las reacciones cardiacas al cambio de estructura de un estímulo presentado repentinamente. El feto parece ahora poder discriminar la permutación de sílabas de intensidad acústica igual en un par [24]. Igualmente perciben un cambio de locutor (hombre o mujer) que repite una frase corta. Y si añadimos que reaccionan igualmente con una desaceleración del ritmo cardiaco cuando su madre lee un texto en voz alta (alrededor de 65 decibeles externos), esto da muestra de las finas capacidades perceptivas a partir de las 36 semanas.

Efectos perinatales de la familiarización al ambiente sonoro. El feto se encuentra en un ambiente sonoro variado compuesto de ruidos endógenos (ritmo cardiaco de la madre, circulación sanguínea de la placenta, borborigmos intestinales) y exógenos (voz hablada y cantada, música, ruidos del ambiente exterior) [34]. Es legítimo pensar que algunos de estos ruidos forman regularmente parte del medio fetal, como el corazón de la madre y la voz (materna u otra), que se hacen familiares, y que al presentarse en el ambiente posnatal inducen efectos particulares de comportamiento.

El ruido cardiaco adulto, por ejemplo, o ruido intrauterino global provocan un efecto inmediato de aplacamiento del recién nacido agitado [26, 29, 39, 40]. Este efecto parece depender del ritmo cardiaco de base de la madre que lo ha llevado en su seno; si éste es rápido (100-110 1pm), el bebé no es aplacado por ningún estímulo cardiaco; si es más lento (70-80 1pm), al contrario, se calma con cualquiera. Los efectos de largo plazo acerca de la presentación repetida de este tipo de estimulación son controvertidos [2, 55, 57].

Si se pone al recién nacido en una situación en la que él pueda controlar la emisión de un ruido cardiaco adulto, con base en la modificación de la estructura de su componente de succión no nutritiva, podrá ponerse en evidencia el valor reforzador de este ruido [9].

Por lo que toca a la voz, es posible distinguir muchos tipos de efectos diferentes de la audición regular de la voz materna y de otras voces durante el último trimestre del embarazo. DeCasper y Fifer han demostrado que los recién nacidos de 1 a 3 días, y por lo tanto con una experiencia posnatal muy limitada de la voz de su madre, prefieren ésta a la voz de otra mujer, en una prueba conducida con el procedimiento que utiliza la succión no nutritiva [6]. Por otra parte, el reconocimiento de la voz paterna sólo ha sido puesto en evidencia dos semanas después del nacimiento [17]. Las mediciones acústicas intrauterinas de Querleu y colaboradores muestran que la voz materna se diferencia mejor del ruido de fondo de otras voces que, con una energía acústica igual, emergen todas del mismo modo [34]. El espectro del ruido de fondo, rico en sonidos graves, lleva a suponer que puede enmascarar parcialmente ciertas voces masculinas. Estos elementos diversos, reunidos en la más débil duración de "presentación" de la voz paterna, pueden dar cuenta de la diferencia en el comportamiento del recién nacido respecto de las voces de su madre y su padre.

Los bebés parecen memorizar los contornos prosódicos y otras características acústicas de un cuento [10] o de una canción infantil [41], regularmente pronunciadas por su madre durante las primeras semanas del embarazo. Prefieren la versión familiar a otra versión aun cuando, en la prueba posnatal de preferencia, los dos textos son leídos por una voz femenina desconocida.

La familiarización prenatal de las secuencias habladas puede permitir, al recién nacido, separar los rasgos acústicos generales de la lengua de su madre, y permitirle, en una prueba realizada dos días después del nacimiento, discriminarla de una lengua extranjera [27]. La existencia de una sensibilidad particular por la lengua materna se sugiere por el hecho de que su emisión provoca un ritmo de succión no nutritiva más vigoroso que el de la lengua extranjera.

El bebé *in utero* puede también familiarizarse con secuencias sonoras externas de orígenes diversos, puesto que la emisión posnatal de una secuencia musical, regularmente presentada durante la vida fetal, induce un detenimiento del llanto y de los movimientos clónicos del recién nacido, en tanto que una música desconocida no produce el mismo efecto [13].

Como puede suponerse, los bebés prematuros son sensibles a los estímulos prenatales. La difusión de registros sonoros intrauterinos modifica la duración de las fases de su sueño [44]. El efecto calmante de los ruidos cardiacos es muy importante poco después del nacimiento, en tanto que el de las secuencias musicales empieza más tarde y se prolonga en el transcurso de las semanas y meses que siguen [6]. La música más tranquilizante es aquella que cantaba o escuchaba la madre durante el embarazo (Busnel, no publicado).

CONCLUSIÓN

La evidencia de los efectos posnatales de la experiencia sensorial fetal muestra, por una parte, que los sistemas sensoriales funcionan *in utero,* y por la otra, que este funcionamiento se acerca mucho al de la vida neonatal para asegurar una continuidad de la percepción trasnatal y que permite, luego del nacimiento, el reconocimiento de aquellos estímulos que parece que el cerebro fetal puede tratar y cuyas características puede memorizar.

Así, la experiencia sensorial fetal tiene efectos estructurales que contribuyen a la puesta en funcionamiento y al ajuste de los sistemas sensoriales (efecto que no hemos podido presentar en el espacio de esta exposición), así como de los efectos comportamentales de orientación de la sensibilidad y de sus preferencias hacia este o aquel tipo de estimulación fetal. Tales efectos vienen a modular los de la maduración. La familiarización de ciertas características olfato-gustativas y vocales de la madre puede facilitar la instalación del vínculo filial, al asegurar una continuidad entre las percepciones fetales y las percepciones neonatales reconocidas como similares. Aunque estudios recientes [30] muestran que el feto pasa la mayor parte de su tiempo en estados análogos al sueño del recién nacido, se sabe que reacciona durante estos estados a los estímulos exteriores. Sin embargo, los conocimientos actuales no nos permiten determinar la calidad hedónica de la información sensorial así captada. Podemos esperar que la adquisición de nuevos datos sobre la sensorialidad fetal nos permitirá esclarecer las interacciones entre el feto, su madre y el ambiente.

BLIOGRAFÍA

[1] Birnholz, J.C. y B.B. Benacerraf, "The development of human fetal hearing", en *Science,* 1983, 222: 516-518.

[2] Brackbill, Y., "Continuous stimulation reduces arousal level: stability of the effect over time, en *Child. Dev.* 1973, 44: 43-46.

[3] Bradley, R.M. y C.M. Mistretta, "Fetal sensory receptor", en *Physiol. Rev.,* 1975, 55: 352-382.

[4] Busnel, M.-C. y C. Granier-Deferre, "And what of fetal audition?", en *The Behavior of Human Infants,* A. Oliverio, J. Zapella (comp.), Nueva York y Londres, Plenum Press, 1983, pp. 93-126.

[5] Busnel, M.-C., J.-P. Lecanuet, C. Granier-Deferre y A.-J. DeCasper, "Perception et acquisition auditives prénatales, en *Médicine périnatale,* París, Arnette, 1986, pp. 37-46.

[6] Busnel, M.-Ch. y J.-P. Relier, Mosser, "Effects of acoustic stimulation on premature infants", en *Abstract Intern Neonatal Intensive Care Collegium,* 1987.

[7] Clopton, B.M., "Neural correlates of development and plasticity in the auditory, somatosensory and olfactory system", en *Developmental Neuropsychobiology,* W. T., Greenwood y S.M. Juraska (comps.), Nueva York, Academic Press, 1986, pp. 363-386.

[8] DeCasper, A.J. y W.P. Fifer, "Of human bonding: newborns prefer their mother's voice", en *Science,* 1980, 208: 1174-1176.

[9] DeCasper, A.J. y A.D. Sigafoos, "The intrauterine heartbeat: a potent reinforcer for newborns", en *Inf. Behav, Dev.,* 1983, 6: 19-25.

[10] DeCasper, A.J. y M.J. Spence, "Prenatal maternal speechs influences newborn's perception of speech sounds", en *Inf. Behav. Dev.,* 1986, 9: 133-150.

[11] DeSnoo, K., *Das trinkende Kind in Uterus,* Mschr Geburt Gynäk, 1937, 105: 88.

[12] Elliott, G. B. y K.A. Elliott, "Some pathological, radiological and clinical implications of the precocious development of the human ear", en *Laryngoscope,* 1964, 74: 1160-1171.

[13] Feijoo, J., "Le fœtus, Pierre et le loup ou une approche originale de l'audition prénatale humaine", en *L'aube des sens, Cahiers du Nouveau-Né,* núm. 5, París, Stock, 1981, pp. 192-209.

[14] Granier-Deferre, C., J.-P. Lecanuet, H. Cohen y M.-C. Busnel, "Feasibility of prenatal hearing test", en *Acta Oto-Laryngol,* 1985, supl. 421: 93-101.

[15] Greenough, W.T., "What's special about development? Thoughts on the basis of experience sensitive plasticity", en *Developmental Neuropsychobiology,* W.T. Greenough, S.M., Juraska (comps.), Nueva York, Academic Press, 1986, pp. 387-407.

[16] Hooker, D., *El origen prenatal del comportamiento,* Nueva York, Hafner, 1969.

[17] Hulsebus, R.C., "Father discrimination two weeks after birth", artículo presentado en la Southeast Psychol Ass., Atlanta, 1981.

[18] Johnson, A., R. Josephson y M. Hawke, "Clinical and histological evidence for the presence of vomeronasal (Jacobson's) organ in adult humans", en *J. Otolaryngol.,* 1985, 14: 71-79.

[19] Lannou, J., W. Precht y L. Cazin, "The postnatal development of functional properties of the central vestibular neurons in

the rat", en *Brain Res.*, 1979, 175: 219-232.

[20] Lannou, J. y J. Gaston, en *L'aube des sens*, E. Herbinet y M.-C. Busnel (comps.), *Cahiers du Nouveau-né*, núm. 5, París, Stock, 1981, pp. 301-312.

[21] Leader, L.R., P. Baillie, R. Martin y E. Vermeulen, "The assessment and significance of habituation to a repeated stimulus by the human fetus" en *Early Hum. Dev.*, 1982, 7: 211-219.

[22] Lecanuet, J.-P., C. Granier-Deferre y M.-C. Busnel, "Fetal cardiac response to sound function of stimulus frequency band and intensity" en *Cahiers de Psychologie cognitive*, 1985, 5: 254-255.

[23] Lecanuet, J.-P., C. Granier-Deferre, H. Cohen, R. Le Houézec y M.-C. Busnel, "Fetal responses to acoustic stimulations depend on heart rate variability pattern, stimulus intensity and repetition", en *Early Hum. Dev.*, 1986, 13: 269-283.

[24] Lecanuet, J.-P., C. Granier-Deferre, A.J. DeCasper, R. Maugeais, A.-J. Andrieu y M.-C. Busnel, "Perception et discrimination foetales de stimuli langagiers; mise en évidence à partir de la réactivité cardiaque; résultats préliminaires" en *C.R. Acad. Sc.*, París, 1987, 395, serie III: 161-164.

[25] Liley, A.W., "Disorders of the amniotic fluid", en *Patho-Psysiology of Gestation, 2: Feta-Placental Disorders*, N.S. Assali, (comp.), Nueva York, Academic Press, 1972, pp. 157-206.

[26] Manzke, H. y H. Dammig, "Der Saugling schlaft bei achtzig Dezibel", *Muziktherapie*, 1982, 13: 33-50.

[27] Mehler, J., G. Lamberz, P.W. Jusczyk y C. Amiel-Tison, "Discrimination de la langue maternelle par le nouveau-né", en *C.R. Acad. Sc.*, París, 1986, 303: 637-640.

[28] Mistretta, C.M., "Topographical and histological study of the developing rat tongue, palate and taste buds", en *3er. Symposium on Oral Sensation and Perception, The Mouth of the Infant*, J.F., Bosma (comp.), Springfield, Thomas, 1972, pp. 163-187.

[29] Murooka, H., Y. Koje y D. Suda, "Analyse des sons intra-utérins et de leurs effets tranquilisants sur le nouveau-né", en *J. Gynecol. Obstet. Biol. Repr.*, 1976, 5: 367-376.

[30] Nijhuis, J.G., H.F.R. Prechtl, C.B. Martin y R.S.G.M. Bots, "Are there behavioural states in the human fetus?", en *Early Hum. Dev.* 1982, 6: 177-195.

[31] Odent, M., "Et le système vestibulaire?", en *L'aube des sens, Cahiers du Nouveau-né*, París, Stock, 1981, pp. 295-299.

[32] Pedersen, P.E. y E.M. Blass, "Prenatal and postnatal determinants of the ist sucking episode in albino rats", *Develop. Psychobiol.*, 1982, 15: 349-355.

[33] Pujol, R. y A. Uziel, "Auditory development: peripheral aspects", en *Handbook of human biologic development*, P. Timiras y E. Meisami (comps.), Boca Raton, Florida, CRC Press, 1986.

[34] Querleu, D., X. Renard y F. Versyp, "Vie sensorielle du foetus", en *L'environnement de la naissance*, M. Tournaire y G. Levy (comps.), París, Vigot, 1985, pp. 15-41.

[35] Roberts, J.L., H. Davis, G.L. Phon, T.J. Reichert, E.M. Sturtevant y R.E. Marshall, "Auditory brain stem responses in preterm neonates: Maturation and follow up", en *J. Pediatr.*, 1982, 101: 257-263.

[36] Romand, R., *Development of auditory and vestibular system*, Nueva York, Academic Press, 1983.

[37] Rubel, E.W., "Auditory system development", en *Measurement of audition and vision in the first year of postnatal life: a methodological overview*, G. Gottlieb y N. Krasnegor (comps.), Norwood, Ablex, 1985, pp. 53-90.

[38] Sadovsky, E. y W. Polishuk, "Fetal heart rate monitoring in case of decreased fetal movement", en *Int. J. Gynecol. Obstet.*, 1967, 14: 285.

[39] Salk, L., "The effect of the normal heartbeat sound on the behavior of the newborn infant: Implications for mental health", en *World Mental Health*, 1960, 12: 1-8.

[40] Salk, L., "The role of heartbeat in the relations between mother and infant", en *Scient., Amer.*, 1973, 5: 24-29.

[41] Satt, B.J., "On investigation into the acoustical induction of intra-uterine learning", Ph.D., Cal. School Prof. Psychol., 1984.

[42] Schaal, B., "Discontinuité natale et continuité chimio-sensorielle: modèles animaux et hypothèses pour l'homme", *Chem. sens.*, 13.

[43] Schaal, B., "Olfaction in human infants and children: Developmental and functional perspectives", en *Année Biol.* (en prensa).

[44] Schmidt, K., S.A. Rose y W.H. Bridger, "Effects of heartbeat sound on the cardiac and behavioral responsiveness to tactual stimulation in sleeping preterm infants", en *Dev. Psychobiol.*, 1980, 16: 175-184.

[45] Schulman-Galambos, C. y R. Galambos, "Brainstem evoked response audiometry on newborn hearing screening", en *Arch. Otolarygol.*, 1979, 105: 86-90.

[46] Smotherman, W.P., "*In utero* chemosensory experience alters taste preference and cortico-steroid responsiveness", en *Behav. Neurol. Biol.*, 1982*a*, 36: 61-68.

[47] Smotherman, W.P., "Odor aversion learning by the rat fetus", en *Physiol. Behav.*, 1982*b*, 28: 5-7.

[48] Smotherman, W.P., "Fetal learning *in utero*", 19a, Ethol. Conf. Toulousse. Resumen, 1985, I: 85.

[49] Smyth, O.C., "Experimental methods for testing the integrity of the fetus and neonate", en *J. Obstet. Gynaec. Brit. Comm.*, 1965, 72: 920.

[50] Starr, A., R.N. Amlie, W.H. Martin y S. Sanders, "Development of auditory function in newborn infants revealed by auditory brainstem potentials", en *Pediatrics*, 1977, 60: 831-839.

[51] Steiner, J.E., "The human gusto-facial response", en *Fourth Symposium on Oral Sensation and Perception*, Bethesda, US Dept. HEW, 1973, pp. 254-258.

[52] Steiner, J.E., "Human facial expression in response to faste and smell stimulations", en *Advances in child development*, L.P. Lipsitt y J.W., Resse (comps.), Nueva York, Academic Press, 1979, 13: 257-295.

[53] Stickrod, G., D.P. Kimble y W.P. Smotherman, "*In utero* taste/odor aversion conditioning in the rat", en *Physiol. Behav.*, 1982, 29: 769-771.

[54] Stirniman, F., "Le goût et l'odorat du nouveau-né", en *Rev. Franç. Péd.*, 1936, 12: 453-485.

[55] Takemoto, Y., "Sleep induction by heartbeat rhythm", en *Folia Psychiatr.*, 1964, 7: 347-351.

[56] Tanaka, Y. y T. Arayama, "Fetal responses to acoustic stimuli", en *Pract. Oto-Rhino-laryngol.*, 1969, 31: 269-273.

[57] Tulloch, J.P., B.S. Brown, H.L. Jacobs, D.G. Prugh y W.A. Greene, "Normal heart beat sound and behavior of newborn infants, replication study", en *Psychol, Medic.*, 1964, 26: 661-670.

[58] Vince, M.A. y T.M. Ward, "The responsiveness of the newly born clun-fores't lambs to odor sources in the ewe", en *Behavior*, 1984, 89: 117-127.

[59] Wedenberg, G.E., "Prenatal test of hearing", en *Acta Oto-laryngol.*, 1965, supl. 206: 27-32.

[60] Wysocky, C.J., "Neurobehavioural evidence for the involvement of the vomeronasal system in mammalian reproduction", en *Neurosc. Biobehav. Rev.*, 1979, 3: 301-341.

15. LA TEORÍA DEL APEGO

JOHN BOWLBY

La teoría del apego ha sido formulada para explicar ciertos esquemas de comportamiento que caracterizan no sólo a los bebés o a los niños pequeños, sino también a adolescentes y adultos, y que antes estaban conceptualizados desde el punto de vista de la dependencia y la sobredependencia. Las observaciones relacionadas al mismo tiempo con la manera en que reaccionan los niños pequeños, cuando se los pone en un lugar extraño con personas extrañas, y con los efectos que estas experiencias implican en las relaciones ulteriores del niño o niña con sus padres, han desempeñado un papel particularmente importante en la elaboración de esta teoría. Históricamente, la teoría tiene su origen en la tradición de las relaciones de objeto en psicoanálisis, pero también se inspira en conceptos surgidos de la teoría de la evolución, de la etología, de la teoría cibernética de la regulación (*control theory*) y de la psicología cognoscitiva o cognitiva. De esto resulta una reformulación de la metapsicología psicoanalítica en términos compatibles con la biología moderna [2]; otra consecuencia ha sido la de promover una investigación empírica sobre el desarrollo socio-afectivo de los niños.

La teoría del apego pone el acento sobre: 1] el estatuto primario de los vínculos importantes en el plano afectivo entre los individuos; 2] la poderosa influencia en el desarrollo de un niño(a) de la manera en la que sea tratado por los padres y, especialmente, por su figura materna [2].

LA PRIMACÍA DE LOS VÍNCULOS AFECTIVOS

La teoría del apego considera la propensión a establecer vínculos afectivos fuertes con personas particulares, como un componente fundamental de la naturaleza humana, existente ya en forma embrionaria en el recién nacido, manteniéndose en la edad adulta hasta la vejez. En el transcurso de la primera infancia y de la infancia, los vínculos se hacen con los padres (o los sustitutos parentales), quienes son buscados con el afán de encontrar protección, consuelo y sostén. Estos vínculos persisten en el transcurso de una adolescencia y de una vida adulta sanas, pero son completados por nuevos vínculos de naturaleza habitualmente heterosexual. Si en estas relaciones la crianza y la sexualidad desempeñan a veces papeles importantes, la relación existe por sí misma y tiene, como tal, una importante función en la so-

brevivencia, es decir, la protección. Así, en el marco del apego, los vínculos no se consideran subordinados a la crianza y a la sexualidad, ni derivados de éstas, y el deseo acuciante de consuelo y sostén frente a la adversidad tampoco se considera infantil, como lo sobrentiende la teoría de la dependencia. Al contrario, la capacidad de establecer vínculos con otros individuos, a veces en el papel de aquel que busca cuidados *(careseeking)* y a veces en el del que los da *(caregiving)*, es considerada una característica principal del funcionamiento eficaz de la personalidad en relación con la salud mental.

Por regla general, la búsqueda de cuidados se encuentra en el individuo más débil y menos experimentado, frente a otro considerado más fuerte y/o más listo. Un niño, o una persona más grande, en el papel de quien busca los cuidados, se siente atraído por aquel que los ofrece, y dependerá siempre de las circunstancias el grado de proximidad o de accesibilidad, de donde se deriva el concepto de comportamiento de apego.

El hecho de dar cuidados, función primordial de los padres, es complementario del comportamiento de apego; y es considerado de la misma manera que el hecho de buscarlos, es decir, como un componente fundamental de la naturaleza humana [4].

La exploración del ambiente –y esto implica el jugar con sus pares o librarse a diversas actividades con ellos– se considera un tercer componente fundamental, antitético al comportamiento de apego. Cuando un individuo (independientemente de su edad) se siente seguro, tiende a alejarse de su figura de apego para explorar. Cuando se siente alarmado, angustiado, fatigado o incómodo tiene necesidad de acercarse. Se trata aquí del esquema característico de la interacción entre el niño(a) y el padre-madre, lo que denominamos la exploración a partir de una base segura. Sólo cuando sabe que su padre-madre va a permanecer accesible y va a responder a su llamado, un niño(a) sano se siente bastante seguro para la exploración. Al principio sus exploraciones son limitadas, tanto en el tiempo como en el espacio. A partir de la edad de dos y medio a tres años, un niño(a) que se siente seguro tiene la suficiente confianza como para aumentar la distancia y el tiempo de alejamiento, primero durante medio día y luego por días enteros. Cuando entra en la adolescencia, sus excursiones se extienden a semanas o meses, pero una residencia segura sigue siendo indispensable para una salud mental y el mejor funcionamiento posible.

En el transcurso de los primeros meses de vida, el niño manifiesta un gran número de reacciones constitutivas de eso que más tarde será un comportamiento de apego, pero el esquema organizado de este comportamiento no se desarrolla antes de la segunda mitad del primer año. Desde su nacimiento, el niño da prueba de una capacidad inicial para entrar en una interacción social y muestra placer en hacerlo [11]. Luego, en algunas semanas, se vuelve capaz de distinguir la figura materna entre otros personajes, por su olor y por el sonido de su voz, así como por la manera en que lo toman en

brazos; la discriminación visual no es confiable antes del segundo trimestre. Al principio, el llanto constituye el único medio del que dispone para señalar su necesidad de cuidado, y el contentamiento el único modo de indicar que ha sido satisfecho. En el transcurso del segundo mes, sin embargo, su sonrisa social influye de manera considerable en su madre, para animarla en sus actitudes de cuidado.

El desarrollo del comportamiento de apego como sistema organizado, cuyo objetivo es el mantenimiento de la proximidad o de la accesibilidad a una figura materna discriminada, exige que el niño haya desarrollado la capacidad cognoscitiva de conservar a su madre en la mente cuando ella no está presente: esta capacidad se desarrolla durante el segundo semestre de vida. Así, a partir de los nueve meses, la mayor parte de los niños reacciona ante el hecho de ser dejados con una persona extraña, mediante protestas y llantos, y también quejas prolongadas y un rechazo al extraño(a). Estas observaciones demuestran que en el transcurso de estos meses, el modelo de representación de la madre se hace fácilmente accesible al niño(a) con fines de comparación cuando ella está ausente, y de reconocimiento cuando regresa [3].

Una de las principales características de la teoría del apego es la hipótesis según la cual el comportamiento de apego se organiza por medio de un sistema de control en el seno del sistema nervioso central, análogo a los sistemas centrales de regulación que mantienen, entre ciertos límites, los datos fisiológicos, como la presión arterial o la temperatura del cuerpo. La teoría postula, por tanto, que de manera análoga a la homeóstasis fisiológica, el sistema de control del apego mantiene la relación de una persona con su figura de apego entre ciertos límites de distancia y accesibilidad. Como tal, podemos considerarlo un ejemplo de eso que se puede adecuadamente denominar homeóstasis ambiental [2, 5].

La existencia de un sistema de control de este tipo y sus relaciones con los modelos de representación de sí y de la figura de apego (o de las figuras de apego), que se establecen en la mente durante la infancia, se consideran como las características fundamentales del funcionamiento de la personalidad en el transcurso de la vida.

LOS ESQUEMAS DE APEGO Y LAS CONDICIONES QUE DETERMINAN SU DESARROLLO

El segundo campo al que la teoría del apego otorga una atención particular es la manera en la que la función de los padres determina el desarrollo del niño(a). Hoy disponemos de muchos más datos importantes para mostrar que el esquema de apego que desarrolla un individuo durante sus años de inmadurez (primera infancia, infancia y adolescencia) está profundamente influido por la manera en que lo tratan sus padres u otras figuras de tipo parental. Estos datos surgen de algunos estudios sistemáticos, muchos de ellos

prospectivos: por ejemplo, los estudios sobre el desarrollo socioafectivo en el transcurso de los primeros cinco años de vida, establecidos por Ainsworth [1] y considerablemente aumentados por Main y Sroufe[7, 9, 10]; los estudios sobre los efectos del luto en la infancia [6] y los estudios sobre el desarrollo futuro de niños educados en instituciones [8].

Hasta hoy, han sido identificados de manera confiable tres esquemas de apego, así como las condiciones familiares que los favorecen. Primero, el esquema de apego seguro: el individuo tiene confianza en el hecho de que su madre-padre (o figura parental) está disponible, le responde y lo ayuda en el caso de verse enfrentado a situaciones adversas o que lo asustan. Con esta confianza, se siente alentado en sus exploraciones del mundo. Este esquema es favorecido por un padre y, durante los primeros años, especialmente por la madre; cuando ésta se encuentra fácilmente disponible, es sensible a las señales del niño(a) y reacciona con amor cuando éste busca protección y/o consuelo.

El segundo esquema de apego es el del apego angustiado o ambivalente: el individuo no está seguro de que su progenitor(a) esté disponible y le responda o lo ayude si él llama. Debido a esta incertidumbre, siempre estará sujeto a esta angustia de separación, tenderá a pegarse a la progenitora y se mostrará angustiado al ir a explorar el mundo. Este esquema se ve favorecido por una madre-padre que esté disponible y acuda en ciertas ocasiones pero no en otras, por medio de separaciones y, particularmente, de amenazas de abandono utilizadas como recurso disciplinario.

Un tercer esquema es el del apego angustiado "evitante":[1] el individuo no tiene ninguna confianza en el hecho de que si busca cuidados se le responda de modo útil, y, por el contrario, espera un rechazo. Intenta vivir su vida sin amor ni apoyo por parte de los demás. Trata de ser autosuficiente en el plano afectivo y puede ser diagnosticado como narcisista o con un falso *self*. Este esquema es consecuencia del rechazo de la madre hacia este individuo cuando se acerca a ella para buscar consuelo y protección. Los casos más extremos provienen de rechazos repetidos y de maltrato, o de estancias prolongadas en instituciones.

Los estudios prospectivos muestran que cuando estos esquemas de apego se establecen tienden a persistir. Esto se debe al hecho de que la manera en que un padre trata a su niño(a), buena o mala, tiende a mantenerse sin modificación, y a que todo esquema tiende a perpetuarse a sí mismo. Así, un niño que se siente seguro es un niño más feliz y más gratificante para quien lo cuida, y al mismo tiempo es menos exigente que un niño angustiado. El niño angustiado ambivalente tiende fácilmente a lloriquear y a aferrarse, en tanto que el niño angustiado y "evitante" guarda sus distancias y es propenso a maltratar a los demás niños. En cada uno de estos casos, el comporta-

[1] El autor utiliza en inglés el neologismo *avoidant* (del verbo *to avoid:* evitar); por esto, utilizamos como calificativo el participio presente "evitante". [E.]

miento del niño puede suscitar una reacción desfavorable por parte de los padres y dar lugar a círculos viciosos.

Si, por las razones antes mencionadas, estos esquemas pueden persistir, una vez formados no necesariamente siempre es así. Los datos muestran que en el transcurso de los dos o tres primeros años, el esquema de apego es una cualidad propia de la relación, por ejemplo del niño con la madre o del niño con el padre, y que si el progenitor(a) trata al niño de manera diferente, el esquema se modifica en consecuencia. Estas modificaciones, entre los numerosos datos reunidos por Sroufe [10], implican que la estabilidad del esquema de apego, cuando éste se establece, no pude ser atribuida al temperamento del niño, como a veces se ha afirmado. Cuando el niño crece, este esquema se vuelve, cada vez más, una característica suya, lo que significa que propende a imponérselo a sus nuevas relaciones, por ejemplo a los profesores o a su madre adoptiva.

Los estudios prospectivos que tienen que ver con las madres y los hijos enseñan que el esquema de apego característico de la díada, tal como puede evaluarse cuando el niño tiene doce meses, es altamente predictivo de su comportamiento en la escuela preprimaria tres años y medio después. Así, los niños que revelan un esquema de apego seguro con su madre a los doce meses, serán probablemente descritos por aquellos que se ocuparán de ellos como cooperativos, queridos por los demás niños, y plenos de energía y recursos. Aquellos que muestran un esquema angustiado "evitante" serán probablemente descritos como aislados afectivamente, hostiles o antisociales y demasiado solícitos de atención. Aquellos que revelen un esquema resistente, angustiado, también serán descritos como demasiado solícitos de atención y tensos, impulsivos y fácilmente frustrables, o incluso como pasivos, con sentimientos de impotencia *(helpless)* [9].

Para dar cuenta de estos datos, la teoría del apego recurre al concepto de modelos de representación, ya descritos, de sí y de los padres. En el transcurso de los primeros años de vida, el niño(a) construye el modelo mental que representa a su madre y a su manera de conducirse con ella, así como un modelo equivalente para el padre; los datos hacen ver claramente que las formas que estos modelos adoptan se apoyan en la experiencia que el individuo tiene de sus padres. Análogamente, el modelo que construye de sí mismo refleja, de modo importante, las imágenes que sus padres tienen de él(ella) tal como le son indicadas a través de lo que cada uno de ellos dice de él(ella) y por la manera en que lo(a) trata cada uno. Estos modelos regirán después la manera en la que él(ella) se sentirá frente a cada uno de sus progenitores, y por tanto en la que se sentirá él(ella)* mismo, la manera en que espera ser tratado por cada uno de ellos y también aquella con la que va a planear su comportamiento con ellos.

* Espero que este señalamiento no resulte molesto y, al contrario, nos haga caer en la cuenta de que muchas veces es necesario hacer la aclaración. No se trata aquí de pruritos o afanes feministas, el español en sí sólo cuenta con la palabra infante, que no consideramos aquí adecuada. [T.]

La información existente hace pensar que una vez construidos estos modelos interactivos de los padres y de uno mismo, podrían ser considerados como naturales, y los esquemas de interacción que producen corren el riesgo de hacerse habituales y, en gran parte, inconscientes. También tienen tendencia a persistir sin corrección ni modificación, aun cuando el individuo es confrontado a circunstancias enteramente modificadas. Es en estos términos como la teoría del apego explica el desarrollo de personalidades flexibles y sanas en el plano mental, y el de otras sujetas a la angustia, a la depresión o a otras formas de mala salud mental.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Ainsworth, M.D.S., "Patterns of infant-mother attachments: antecedents and effects on development", en *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 1985, 61: 771-812.

[2] Bowlby, J., *Attachement et perte*, vol. 1: *Attachement*, París, PUF, 1978.

[3] Bowlby, J., *Attachement et perte*, vol. 3: *Perte*, París, PUF, 1984.

[4] Bowlby, J., "Caring for the young: Influences on development", en *Parenthood: A psychodynamic perspective*, R.S. Cohen, B.J. Cohler y S.H. Weissman (comps.), Nueva York, The Guilford Press, 1984.

[5] Bretherton, I., "Attachment theory: Retrospect and prospect", en *Growing Points in Attachment Theory and Research*, I. Bretherton y E. Waters (comps.), *Monographs of Society for Research in Child Development*, Serial núm. 209, Chicago, University of Chicago Press, 1985.

[6] Brown, G.W., T. Harris y A. Bifulco, "Long-term effects of early loss of parent", en *Depression in Childhood: Developmental Perspective*, M, Rutter, C. Izard y P. Read (comps.), Nueva York, Guilford Press, 1985.

[7] Main, M., N. Kaplan y J. Cassidy, "Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation", en *Growing Points in Attachment: Theory and Research*, I. Bretherton y E, Waters (comps.), Monographs of Society for Research in Child Development, Serial, núm. 209, Chicago, University of Chicago Press, 1985.

[8] Rutter, M., *Maternal deprivation reassessed* (2a. ed.), Harmondsworth, Penguin, 1981.

[9] Sroufe, L.A., "Infant-caregiver attachment and patterns of adaptation in pre-school: The roots of maladaptation and competence", en *Minnesota Symposium in Child Psychology*, vol. 16, N. Perlemutter (comp.), Minneapolis, University of Minnesota Press, 1983.

[10] Sroufe, L.A., "Attachment classification from the perspective of infant-caregiver relationships and infant temperament", en *Child Development*, 1985, 56: 1-14.

16. LA GÉNESIS DEL PENSAMIENTO Y DE LAS REPRESENTACIONES

MONIQUE PINOL-DOURIEZ

Puede parecer extraño, e incluso paradójico, plantearse como hipótesis de trabajo que el pensamiento y el proceso de representación constituyen la piedra de toque del desarrollo de un niño. Esta hipótesis se apoya, sin embargo, en los resultados experimentales y clínicos surgidos de la verdadera explosión de descubrimientos que ha marcado el campo de la psicología y de la psicopatología del bebé en el transcurso de la última década, descubrimientos preparados por la evolución de las ciencias humanas desde principios de siglo. Hasta aquí, por el contrario, el pensamiento y las representaciones en sus estructuras, sus modalidades y sus finalidades, habían sido el objeto de trabajos y especulaciones que pertenecían casi exclusivamente a la filosofía. Estos trabajos en lógica, metafísica o filosofía de la ciencia utilizaban, como objeto el pensamiento mismo del filósofo, el pensamiento adulto. El problema de la *génesis* y del *funcionamiento* de este pensamiento fue planteado cuando la epistemología se constituyó como ciencia a través de diversas disciplinas, especialmente la psicología.

Desde los estudios de Piaget sobre el pensamiento y la epistemología genética [65, 67], hasta los publicados por Wallon [86, 87], Bruner [12, 13, 14, 15] y Vygotsky [84] entre otros, toda una corriente de investigación psicológica se centró, de entrada, en el estudio de la construcción de las representaciones y de las estructuras lógicas elementales, en el acceso al símbolo y al lenguaje, y en la génesis y el desarrollo de las operaciones del pensamiento en el niño. El descubrimiento freudiano, alrededor de 1900, había sido percibido, sobre todo, como una revolución en las ideas sobre la sexualidad. Y pese al interés temporal que por ellas tuvo Piaget, sus implicaciones fundamentales con relación a los procesos del pensamiento —algunas de las cuales fueron de principio y precisamente explicadas por Freud— sólo fueron comprendidas y desarrolladas con claridad relativamente tarde (un interés creciente se manifiesta a partir de los años cincuenta). En cuanto a los trabajos psiquiátricos, inspirados o no en el psicoanálisis, éstos siempre han integrado los problemas del pensamiento en el campo de sus prácticas y teorizaciones. Dan prueba de ello, por ejemplo, los trabajos de Bleuler sobre la esquizofrenia, los de Binet sobre la debilidad mental, los de Kanner sobre el autismo, etc [5, 9, 41]. Igualmente, éstos han sido tomados en cuenta en la elaboración de hipótesis de investigación relacionadas con la génesis y el desarro-

llo del pensamiento. Pero las raíces mismas del pensamiento, las condiciones de posibilidad de su emergencia en el *infans* están todavía lejos de ser suficientemente exploradas, y no lo podrán ser sin duda en todas sus dimensiones sino mediante una reflexión pluridisciplinaria, capaz de conjugar los hechos establecidos por la psicología del desarrollo, los aportados por los tratamientos psicoanalíticos y por los datos ofrecidos por la reciente psiquiatría del bebé, especialmente con ayuda de las terapias conjuntas de bebés y padres. Esperamos mostrar en las páginas que siguen las razones que explican la complejidad inherente al enfoque sobre la génesis del pensamiento.

En primer lugar, una investigación sobre esta génesis necesita una ruptura epistemológica entre diversas formas de pensamiento. Desde 1900, Freud se comprometió en esta empresa al desmistificar la supuesta impermeabilidad entre lo normal y lo patológico, entre el pensamiento adulto y el infantil, entre los de los sueños y los de la vigilia, entre la realidad objetiva y la fantasmática, etc. [29]. Para llevar a cabo el estudio de una génesis, es necesario, en efecto, poder disponer de un marco de ideas suficientemente grande para ser fecundo, y suficientemente definido para evitar toda confusión. Es gracias a dicho marco como han podido ser elaboradas las nociones esenciales para el enfoque de la génesis del pensamiento, como son, por ejemplo, las que se relacionan con el "poder de transformación del afecto", la "función representante del afecto", el "saber afectivo" [24, 25, 26, 38, 39]. Es cierto que estas nociones fueron poco trabajadas por Freud aunque están presentes o subyacentes en muchos de sus escritos [31, 32, 33, 35, 36], pero en el prolongamiento de sus investigaciones, éstas se volvieron fundamentales para estudiar las condiciones y las modalidades de emergencia de la actividad del pensamiento, de la representación y de la simbolización.

Ya la concepción freudiana, muy moderna e incluso revolucionaria, sobre la construcción de los sistemas de representación, destaca las heterogeneidades de estructuras y funcionamientos y, con base en esto, constituye una hipótesis heurística fundadora. En retrospectiva, se puede decir que las elaboraciones freudianas han revelado concordar estrechamente con las investigaciones más recientes, independientemente de la corriente de la psicología cognoscitiva a la que pertenezcan [8, 11, 62, 74, 75]. Naturalmente, los cognoscitivistas limitan sus trabajos a los procesos calificados por Freud como "secundarios" [30]. Las heterogeneidades puestas en evidencia son todavía más complejas y también más generativas cuando tienen que ver con los "saberes afectivos": estructuraciones "primarias" de experiencias relacionales (narcisistas y objetales), tal como éstas pueden ser comprendidas a través de la hipótesis de la epigénesis interaccional.

Esta noción de epigénesis interaccional, esencialmente dialéctica, implica una concepción del conocimiento y del pensamiento que tolera perfectamente las paradojas de la unión del "yo" y del "otro", de la inmanencia y de la trascendencia, del sujeto y del objeto, paradojas que, durante siglos, han opuesto dos tradiciones filosóficas contradictorias e incompatibles: el idealis-

mo y el realismo. El mismo antagonismo se reproduce en psicología; algunos investigadores interpretan el desarrollo psíquico como estrictamente sometido a leyes de estructuración interna: donde el mundo exterior emerge a partir de la actividad del sujeto y de las estructuraciones que ésta engendra (desarrollo definido como *inside–out);* mientras que otros sostienen que es en la organización del mundo exterior, social y psíquico, de donde el individuo puede obtener los elementos para su propia construcción *(outside-in).*

En un artículo príncipe (o primera edición) sobre la relación objetal, Lebovici defendía la idea de una correlación intrínseca entre la construcción del sujeto y la del objeto [47]. Él la operacionalizaba con base en una *transacción,* al mismo tiempo que cada una de las "fuentes", interna y externa, ofrecía una especificidad irreductible. Spitz había ofrecido elementos de observación que apoyaban un tal análisis en sus estudios sobre la "cavidad primitiva", lugar de unión de las dos fuentes en el primer año de vida [78]. Ya Wallon había desarrollado hipótesis parecidas y reunido datos que le permitían poner ciertos procesos en práctica en estas transacciones, procesos que los trabajos de los dos últimos decenios han confirmado claramente enriqueciéndolos con nuevos descubrimientos [85, 86]: al principio, los actos del conocimiento unían indisociablemente aquello que sólo será distinguido tardíamente como conocimiento narcisista y conocimiento de sí, por una parte, y conocimiento objetal, objetivo y conocimiento del objeto por la otra. Esta indiferenciación forma parte de aquello que ha podido ser descrito y analizado por el psicoanálisis como procesos de *identificación primaria* entre el bebé y la "madre-ambiente", identificación que constituye, bajo ciertas condiciones, la fuerza de desarrollo de las operaciones del pensamiento, pero que puede también convertirse en principio de bloqueo del desarrollo si estas condiciones no son satisfechas. En efecto, el "marco" necesario para el desarrollo implica cuando menos la *reciprocidad de la investidura* madre-bebé y la *asimetría de la relación,* que son las que pueden estructurar esta identificación en una dinámica evolutiva.

La asimetría de la díada puede parecer una situación, de hecho, objetivamente inherente al estado de neotenia del bebé humano. Pero es la recuperación particular que se hace de esto, en la interrelación psíquica, lo que funda como dinamismo del desarrollo del pensamiento; hablaremos de esto más adelante apoyándonos, entre otras cosas, en la noción de "capacidad de ensoñación* de la madre" introducida por Bion [6]. En cuanto a la investidura recíproca, constituye la base vital misma del psicosoma del bebé y le proporciona la sustancia de los primeros "saberes afectivos". En el registro de la asimetría, la noción de *dependencia* se ha vuelto una herramienta de investigación operacional; en el de la investidura, es el *apego,* noción introducida por Bowlby (cf. cap. 15), lo que ha dado un punto de anclaje a muchas investigaciones [10]. Lebovici nos muestra hasta qué punto es importante distinguir estos dos aspectos del desarrollo con demasiada frecuencia confundidos sincréticamente [51].

* Capacidad única de la madre para saber-entender intuitivamente lo que quiere su bebé, lo que necesita. [T.]

INVESTIMIENTO RECÍPROCO, SABERES AFECTIVOS, PENSAMIENTO PROTORREPRESENTATIVO

El aferramiento es la conducta más evidente de aquello que Bowlby denomina "pulsión de apego", en la que él ve una pulsión primaria, innata, cuyas expresiones preformadas se actualizan según programas precisos. El aferramiento oral al pezón, el aferramiento tacto-quinestésico al seno, la persecución del objeto (visual, luego tacto-quinestésica y finalmente locomotriz), pueden interpretarse como manifestaciones de apego, así como el ajuste sutilmente programado de las expresiones emocionales del niño a los estímulos ambientales. La totalidad de estas conductas de apego expresan la misma necesidad innata de contacto somático y psíquico con el objeto materno. Pero Bowlby sólo ha trabajado un polo de la relación indiferenciada entre el niño y la madre. Otras investigaciones han mostrado que para que estas preformaciones pulsionales de apego se mantengan y desarrollen en el niño deben encontrar el movimiento recíproco de investidura materna que las sostiene y las eleva a "formas de vitalidad", según la bella expresión de Stern [80, 81]. Si falta esta reciprocidad, el porvenir psicosomático del niño corre graves riesgos, a veces a muy corto plazo. El crisol de este trabajo de desarrollo es la capacidad de la madre para identificarse con su bebé, para vivir un estado de indiferenciación relativa, "estado psiquiátrico necesario" que Winnicott denomina "afección normal de la preocupación materna primaria" [88].

Si como escribe Tustin, después de M. Klein y de Winnicott, se puede plantear la hipótesis de que el bebé experimenta el seno como experimenta su propio cuerpo, la observación de las jóvenes parturientas parece autorizar una inducción recíproca por lo que concierne a las experiencias corporales de la madre después del nacimiento [83]. Una de ellas, por ejemplo, en estado de duermevela, confundía el contacto de su propio brazo sobre su vientre con el del cuerpo del niño, y se erguía, brúscamente perturbada, cada vez que su brazo rodaba a lo largo de su vientre. Es en este estado de indiferenciación psicosomática en el que echa raíz la ayuda que el psiquismo de la madre aporta en el comienzo de los procesos psíquicos del lactante.

N. Jeammet nos presenta el dramático caso de un bebé de tres semanas, Brigitte, al borde de la muerte debido a un brusco desinterés de la madre, luego de los primeros 15 días de vida (desinterés afectivo por el bebé en beneficio de un amante recién llegado) [40]. La historia de la madre demuestra la forma en que la vida psíquica de objetos internalizados y la falta de huella mnémica de un objeto de amor implicaron una carencia de toda elaboración

representativa, una amputación de todo saber afectivo, tanto sobre ella misma como sobre su niño, y correlativamente una incapacidad para mantener la vida del bebé. Así, la hipótesis de la función fundadora para el desarrollo psicosomático, basada en la investidura recíproca madre-bebé, da coherencia a todo un conjunto de observaciones, coherencia que naturalmente no autoriza un reduccionismo ingenuo que limitaría toda la diversidad de las modalidades y las líneas de desarrollo a esta hipótesis. Como quiera que sea, un ajuste tan estrecho –y casi indiferenciado– entre el bebé y la "madre-ambiente" es rico en enseñanzas en cuanto a la primera relación de conocimiento, que evoluciona de la indiferenciación relativa con el objeto a relaciones menos rígidas, crisoles de asimilaciones identificantes, protorrepresentativas y luego representativas.

Si la evidencia del aspecto indistintamente afectivo y cognoscitivo del vínculo primitivo con el "objeto" siempre ha pertenecido a las convicciones íntimas de cada madre, sólo recientemente se han interesado los científicos por el afecto y el amor como base fundadora del comienzo de la organización psicosomática. Esta primacía de los procesos de investidura había sido sin embargo subrayada por Lebovici desde 1960, cuando escribía: "El objeto se encuentra comprometido antes de ser percibido" [47]. Desde entonces, un gran número de investigaciones sobre la percepción, y especialmente sobre las actividades perceptivas de los recién nacidos, han permitido precisar la relación entre investidura y percepción, y han dado lugar a resultados sobre los que se basan interpretaciones particularmente esclarecedoras para la génesis del pensamiento y las representaciones. Así, se hace evidente que las actividades perceptivas precoces del recién nacido se identifican intrínsecamente con las experiencias afectivas. Para el bebé, en efecto, toda percepción corresponde a un compromiso global de todo su cuerpo; compromiso calificado y diferenciado en función del tipo de activación biopsíquica específica para cada modo de relación: simple detección de un estímulo, verdadera actividad de recepción con respecto a la estimulación, o proyecto de interacción e incluso proceso de defensa contra el estímulo [17, 18, 59, 72, 73, 78]. Así, al principio del desarrollo, el afecto y el conocimiento se confunden con la moción de investidura, primer "saber afectivo" informado por el objeto.

Tal interpretación de los resultados experimentales se apoya sobre una *concepción del afecto* que no es universalmente compartida. En este campo nacional y semántico, todavía muy fluctuante en función del país y de las tradiciones científicas, la acepción que acaba de ser evocada distingue, como lo ha querido recientemente J. Pagés [61]: afecto, expresión emocional, "quantum" energético, "coloración" cualitativa, forma mocional. El afecto es concebido como "movimiento" [39]. Se identificaría, al principio de la vida, con esta "primera moción psíquica", de la cual, según Freud [29], el pensamiento es un sustituto tardío. Los posfreudianos, por lo demás, hablan más bien de transformaciones [7, 38] que de sustituto. Al forjar la noción de "identificación proyectiva normal", recuperaron la idea freudiana según la

cual la forma más primitiva del vínculo con el objeto se constituye como una "identificación primaria *con* este objeto"; paradójicamente indisociable, al principio de la vida, de la investidura *de* este objeto [34, 35; 45, p. 192], procesos que acabarán siendo incompatibles entre sí en la continuación del desarrollo.[60]

Llamé "*protorrepresentaciones*" [68, 69] a las formas impresas en esta moción del afecto cuando, todavía indiferenciada del objeto, toma prestadas ciertas características por medio de las cuales el suceso podrá inscribirse en huellas de experiencia subjetiva, eventualmente susceptibles de ser vinculadas en la comunicación. El término de protorrepresentación me parece más adecuado que el de "pictograma", propuesto por Castoriadis-Aulagnier [20] o el de "imagen concreta", emitido por Pagès. En efecto, el "pensamiento indiferenciado" –noción elaborada por Searles [77]– ya sólo se adapta a lo concreto, en la medida en la que no accede a lo abstracto y en la que utiliza todas las experiencias no sólo sensoriales sino también sensitivas, auditivas, motrices, exteroceptivas, proprioceptivas interoceptivas, para alcanzar su forma definitiva, aun cuando "el préstamo sensorial" es el más accesible al observador y el más congruente con las ulteriores metaforizaciones "pictogramadas". Este último trabajo simbólico de metaforización, fragmentario al principio y cada vez más integrador conforme avanza el desarrollo, habrá de apoyarse en este pensamiento indiferenciado, dialécticamente opuesto en relación con él por su propia indiferenciación, pero rico en capacidades de alegorización, casi inagotables, en virtud de las investiduras intersubjetivas subyacentes. Muchos autores han dado indicaciones que van en este sentido [4, 48, 66, 80, 81] y Searles [77] por medio de ejemplos terapéuticos sorprendentes ha puesto en evidencia el "potencial inextinguible de crecimiento y de cambio", que ofrece la indiferenciación relativa yo-otros cuando, vivida en estas condiciones, llega a transformarse en pensamiento diferenciado.

EL OBJETO: ¿ZONA CORPORAL COMPLEMENTARIA O MEDIADOR?

Los ajustes preprogramados entre las "formas" que ofrece el mismo ambiente y las "preformas" latentes en el bebé se actualizan en múltiples estructuras de comportamiento imposibles de compendiar, aun sucintamente en el marco de esta breve exposición. Las sincronías interaccionales [21, 76] y las sorprendentes transferencias intermodales [57, 58, 82] han sido muy estudiadas y forman el tejido interactivo de lo que Diatkine y Denis [27] han llamado "la ilusión cruzada de la continuidad corporal madre-bebé". Según Castoriadis-Aulagnier, el objeto, al principio de la vida, sólo sería una "zona complementaria" cuya función consiste en colmar los sufrimientos de incompletitud [20]. Esta concepción concuerda con la de Tustin para quien, al principio de la vida, sólo existen para el niño los "objetos-totalmente-yo", por

oposición a los "objetos-primeras-posesiones-no-yo", objetos transicionales que abren el espacio de la separación y del símbolo [83].

Con toda razón, Lebovici y Diatkine denuncian una cierta tendencia en los autores a conceder un valor a las metáforas y a darles estatuto de causa [27, 52]. Recuerdan la originalidad irreductible de las construcciones psicóticas por lo que se refiere al desarrollo normal. En oposición a la homogeneización desmanteladora del autismo, un desarrollo normal apoyado en la asimetría de la relación permite una instrumentación progresiva del cuerpo, instrumentación que no deja de estar influida por los intercambios corporales precoces con la madre, que proporcionan más tarde sus materiales a la actividad semiótica [17, 22, 37, 53, 56]. Pero una instrumentación así supone, lo veremos, una participación conjunta del niño y del entorno. Los procesos de habituación, con frecuencia explotados como variable experimental en las investigaciones sobre los sujetos, revelan la muy precoz familiaridad yo-ambiente. Ésta constituye un fondo representativo indispensable para el conocimiento, y su desaparición o su no construcción dejan al sujeto extraño tanto de sí mismo como de su ambiente (autismo, esquizofrenia, prosopagnosia...). La habituación sella el anclaje en eso que M. Khan denomina el "ser", íntima certidumbre de un establecimiento en la existencia, ligado a una cierta calidad de cuidados maternos, calidad que no implica necesariamente el acceso a una experiencia emocional subjetiva ni el acceso al conocimiento [43].

ASIMETRÍA DE LA RELACIÓN: EL PENSAMIENTO COMO APERTURA HACIA LA ALTERIDAD

Las protorrepresentaciones del pensamiento indiferenciado sólo pueden emerger, sostenerse, transformarse semióticamente y organizarse en el niño, con el apoyo de la "capacidad de ensoñación" de la madre [6]. Si falta esta capacidad, aunque sea en sectores limitados, "la coalescencia entre fenómenos percibidos y órganos sensibles", señalada por Castoriadis-Aulagnier como un proceso flexible y evolutivo, amenaza con materializarse somática, patológicamente. Si los mecanismos responsables de una tal inmediatez en la comunicación emocional se conocen mal todavía, las observaciones, triviales o trágicas, son numerosas.

Lebovici evoca, por ejemplo, un niño de tres meses alimentado con el pecho y que sin embargo sufría una constipación crónica como eco al fantasma intrusivo de una madre, sin embargo cálida, pero que reservaba separadamente una región mental en la que se sentía forzada a "apretarles las clavijas" a los jovencitos [49]. Cramer comprueba igualmente, en un bebé de tres meses, un síntoma invalidante de regurgitación [23]. En la entrevista apareció que ese síntoma resonaba con el trauma no elaborado que sufrió la

madre durante el embarazo, cuando ésta regurgitó en la cabecera de su hermano moribundo. El frustrante pasado de los padres, las imagos terribles que destruyen toda capacidad de ser padres, también pueden volver bajo la forma de "fantasmas en el cuarto de los niños", que bloquean el desarrollo psicosomático del bebé [28].

En tales casos, la asimetría bebé-ambiente, privada de toda elaboración psíquica, se degrada en intrusiones que van contra el desarrollo. El bebé se vuelve pasivo, la ilusión de la continuidad corporal deja de ser "cruzada". La relación psíquica destruida deja lugar a la materialidad de los "equivalentes" somáticos, impropiamente llamados "simbólicos". Éstos indican la falta de *encuadre parental* en su función de *para-excitaciones* y evacúan toda expresión psíquica: moción afectiva y pensamiento naciente.

Las reconstrucciones terapéuticas han llevado a algunos clínicos a trabajar la hipótesis de un marco necesario para la construcción de eso que llamamos, en los bebés, los "afectos-perceptos". Anzieu ha subrayado la necesidad que tiene el niño de ser confirmado en sus percepciones [2, 3]. Son, en realidad, todas las mociones de investimiento del bebé las que han debido ser "sostenidas", encuadradas, mantenidas, pensadas en una palabra, en el seno de una relación esencialmente asimétrica. Sólo con esta condición los bebés pueden ejercer desde el primer año las funciones reguladoras y creativas destinadas a las mociones afectivas, funciones particularmente importantes de detección, de evaluación, de asimilación, de inscripción, de transformación de experiencias cuyos contenidos implican primeramente ciertos reconocimientos relacionados con el contexto *(protorrepresentaciones* del primer semestre), y luego verdaderas evocaciones *(recuerdos* a partir del segundo semestre). Todas estas funciones son dinamizadas por las ilusiones anticipatorias de la "madre-ambiente".

Numerosos trabajos experimentales han abordado la "función de la interacción de tutela" en el parentaje cotidiano y en las tareas cognositivas particulares [13, 42]. Estos trabajos toman más o menos en cuenta el valor propulsivo de la ficción, por medio de la cual los padres anticipan el desarrollo del niño o niña y "fuerzan" con su interpretación el sentido de las conductas. H. y M. Papoušek insisten con toda razón en el hecho de que el "parentaje primario", puramente intuitivo, se ajusta en la falla formada entre las masas de experiencias muy diferentes que separan a padres y niños [63]. Añaden un comentario que concuerda con lo que nos resultó acerca de la primacía del afecto como juicio evaluativo al principio de la vida: si la madre no es sincera afectivamente, si sus actos no son la expresión de su experiencia emocional, se vuelve incomprensible para su bebé. Stern, en experiencias muy hermosas, recoge datos convergentes, y describe "acuerdos de afectos" *(affect attunements)* entre las madres y los bebés de siete a diez meses [80, 81]. Señala también que hacia el noveno mes se opera una reinversión: las acciones, reacciones e identificaciones bidireccionales de los meses precedentes, darán lugar a verdaderos "repartos de afectos": "El niño sentirá que

tiene una mente y le imputará a los otros un estado mental." Sin embargo, incluso antes de poderle imputar a otro separado de sí mismo los afectos de los que él es el blanco, el bebé, desde su nacimiento, no es menos sensible —otras investigaciones así lo atestiguan— a eso que Stern describe como "contornos de activación", "formas de vitalidad" comunicadas en la interacción por el juego de transferencias intermodales.

Así, será por el juego de las mociones afectivas protorrepresentativas como se conducirán, al principio de la vida, los modelos parentales y culturales, y los "formatos de comunicación" precursores de los lenguajes semiotizados [16, 19]. Los psicoanalistas le dan a esta hipótesis un alcance metapsicológico: estos modelos, estos formatos, serían portadores de eso que el ambiente ha podido integrar de las estructuras primarias que fundan las posibilidades de funcionamiento y de trasmisión del conocimiento: la diferencia de los sexos y la diferencia de las generaciones. Es esto lo que expresan Diatkine y Denis al analizar las "distorsiones" permanentes, normalmente introducidas por los padres, para "impedirle al bebé estabilizarse en una homeóstasis de circuito cerrado", por medio de la cual definen el autismo y las psicosis [27]. Laplanche también le imputa a la "activación del proceso de desarrollo" de la cultura, la influencia del fantasma originario de seducción sobre el aparato psíquico inmaduro del bebé, influencia que está en el origen del desarrollo humano [46]. En cuanto a Lebovici, él plantea la coexistencia del objeto externo y del objeto interno, como sometida a interacciones afectivas a la vez portadoras de los avatares de la historia cultural y correlativamente reestructurados por ellas *après coup*.

Conformada desde el origen por los elementos de la cultura (desde los más elaborados hasta aquellos que a duras penas acceden a este estatuto), apresada en la complejidad de redes interrelacionales múltiples, surgiendo de mociones a la búsqueda de formas, la génesis de las representaciones les presta su dinamismo y materiales a todos los sistemas, pero la riqueza de las heterogeneidades adquiridas se apoya, en el mejor de los casos, en la génesis continuada de las capacidades de identificación, especie de "reserva natural" inagotable del desarrollo psíquico.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Ajuriaguerra, J. de, "Le corps comme relation", en *Revue Suisse de Psychologie pure et Apliquée*, 1962, 21: 137-157.

[2] Anzieu, D.,"Le transfert paradoxal", en *Nouv. Rev. Psychanalyse*, 1975, 12: 49-72.

[3] Anzieu, D., *El yo-piel*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1987.

[4] Bates, E., L. Genigni, L. Brethernon, L. Camaioni, y V. Volterra, *The emergence of symbols-cognition and comunication in infancy*, Nueva York, Academic Press, 1979.

[5] Binet, A., "Diagnostic du niveau intellectuel chez des enfants, normaux et anormaux", en *L'Année psychologique*, 1905, II: 191-244.

[6] Bion, W.R., *Aprendiendo de la experiencia*, Buenos Aires, Paidós.

[7] Bion, W.R., *Transformations. Passage de l'apprentissage à la croissance*, París, PUF, 1982.

[8] Blanc-Garin, J., "Recherches récentes sur les images mentales: leur rôle dans les processus de traitement perceptif et cognitive", en *L'Anée Psycholigique*, 1974, 74: 533-564.

[9] Bleuler, E., "Demence précoce ou groupe des schizophrénies", en *Encyclopédie psychiatrique*, Aschaffenburg, 1911.

[10] Bowlby, J., *Attachement et perte*, t. I: *L'attachement* (1969), París, PUF, 1978.

[11] Bresson, F., "Les fonctions de représentation et de communication", en *Psichologie*, J. Piaget, P. Mounoud y J.-P., Brouchart, París, Gallimard, 1987, pp. 933-982.

[12] Bruner, J.S., "Nature and uses of immaturity", en *American Psychologist*, 1972, 27: 687-708.

[13] Bruner, J.S., "From communication to language. A psychological perspective", en *Cognition*, 1975, 3: 255-287.

[14] Bruner, J.S., "The formats of language acquisition", en *Am. J. of Semiotics*, 1982, I.

[15] Bruner, J.S., J.J. Goodnow y G.A. Austin, *Un estudio sobre el pensamiento*, Nueva York, John Wiley, 1966.

[16] Bruner, T. y V. Sherwod, "Thought, language and interaction in infancy", en *Frontiers of infant psychiatry*, J.D., Call, E. Galenson, R.L. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1983, I: 38-51.

[17] Bullinger, A., "La réponse cardiaque comme indice de la sensibilité du nouveau-né à un spectacle visuel", en *Cahiers de Psychologie*, 1979, 22: 195-208.

[18] Bullinger, A., "Le développement précoce: y a-t-il des âges cléfs dans la première année de la vie?", en *Comunication aux Dix-huitièmes Journées d'Études de l'ASPLF*, Grenoble, octubre de 1981.

[19] Call, J.D., "From early patterns of communication to the grammar of experience and syntax in infancy", en *Frontieres of Infant Psychiatry*, J.D. Call, E. Galenson y R.L. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1984, 12: 15-29.

[20] Castoriadis-Aulagnier, P., *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*, Buenos Aires, Amorrortu, 1988.

[21] Condon, W.S. y L.W. Sander, "Neonate movement in synchronized with speech. Interactional participation and language acquisition", en *Science*, 1974, 183: 99-101.

[22] Cramer, B., "La psychiatrie du bébé", en *La dynamique du nourrisson*, T.B. Brazelton, B. Cramer, L. Kreisler, R. Schappi y J. Soulé (comps.), París, ESF, 1982, pp. 28-83.

[23] Cramer, B., "Fonctionnement mental précoce et interaction mère enfant", en *Topique*, 1985, 35-36: 151-172.

[24] David, C., *L'état amoureux*, París, Payot, 1971.

[25] David, C., "Souffrance, plaisir, pensée: Un mixte indissociable", en *Souffrance, plaisir et pensée*, J. Cain, C. David, M. Fain, J. Guillaumin, S. Mellor-Picaut y M. Ollender (comps.), París, Les Belles-Lettres, 1983.

[26] David, C.A., "A propos de la représentance de l'affect", en *Rev. Fr. Psychanalyse*, 1985, 49: 797-805.

[27] Diatkine, R. y P. Denis, "Les psychoses infantiles", en *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé (comps.), París, PUF, 1985, pp. 185-224.

[28] Fraiber, S., E. Adelson y V. Shapiro, "Fantômes dans la chambre d'enfants", en *La Psychiatrie de l'Enfant*, 1983, 26: 57-98.

[29] Freud, S., *La interpretación de los sueños*, en *Obras completas*, vols. IV y V, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.

[30] Freud, S., *Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico* (1911), en *Obras completas*, vol. XII, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.

[31] Freud, S., "Lo inconsciente" (1915), en *Obras completas*, vol. XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.

[32] Freud, S., "La represión" (1915), en *Obras completas*, vol. XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.

[33] Freud, S., *Conferencias de introducción al psicoanálisis* (1917), en *Obras completas*, vols. XV y XVI, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.

[34] Freud, S., *Psicología de las masas y análisis del yo* (1921), en *Obras completas*, vol. XVIII, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.

[35] Freud, S., *El yo y el ello*, en *Obras com-*

pletas, vol. XIX, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.
[36] Freud, S., *Inhibición, síntoma y angustia* (1926), en *Obras completas,* vol. XX, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.
[37] Galenson, E., "Influences on the development of the symbolic function", en *Frontiers of infant psychiatry,* J.D. Call, E. Galenson y R.L. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1984, 2:30-37.
[38] Green, A., *Le discours vivant,* París, PUF, 1973.
[39] Green, A., "Réflexions libres sur la représentation de l'affect", en *Rev. Fr. Psychanalyse,* 1985, 49: 773-783.
[40] Jeammet, N., "Observation", en *L'enfant du désordre psychosomatyque,* L. Kreisler (comp.), Toulouse, Privat, 1981, pp. 260-274. [hay ed. esp.]
[41] Kanner, L., "Autistic disturbances of affective contact", en *Journal of Nervous Children,* 1943, 2: 217-250.
[42] Kaye, K., *La vida social mental del bebé. Cómo los padres crean personas,* Barcelona, Paidós, 1986.
[43] Khan, M.M.R., "Vicissitudes de l'être, du connaître et de l'éprouver dans la situation analytique", en *Le soi caché,* París, Gallimard, 1969, pp. 255-273.
[44] Kreisler, L., *El niño psicosomático,* Buenos Aires, Abril.
[45] Laplanche, J. y J.-R. Pontalis, *Diccionario de psicoanálisis,* Barcelona, Labor, 1968.
[46] Laplanche, J., "La pulsion et son objet source", en *La pulsion pour quoi faire?,* París, Association Psychanalytique de France, 1984.
[47] Lebovici, S., "La relation objectale chez l'enfant", en *La Psychiatrie de l'Enfant,* 1960, 3: 147-266.
[48] Lebovici, S., "L'après coup et l'organisation de la névrose infantile", en *Quinze études psychanalytiques sur le temps,* J. Guillaumin (comp.), Toulouse, Privat, 1982, pp. 173-191.
[49] Lebovici, S., *El lactante, la madre y el psicoanalista,* París, Le Centurion, 1983.
[50] Lebovici, S., "Autour du texte de Frances Tustin", en *Lieux de l'Enfance,* 1985, 3: 49-52.
[51] Lebovici, S., "Le psychanalyste et l'étude des interactions précoces", en *Rev. Fr. Psychanalyse,* 1985, 49: 1307-1329.
[52] Lebovici, S., Diatkine, R., Soulé, M., *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente,* Madrid, Biblioteca Nueva, 1988.
[53] Marcelli, D., *Position autistique et naissance de la psyché,* París, PUF, 1986.
[54] Marty, P., *Los movimientos individuales de vida y de muerte,* Barcelona, Toray, 1984.
[55] Marty, P., *L'ordre psychosomatique,* París, Payot, 1980.
[56] Meltzer, D., J. Brenner, S. Hoxter, D. Wedell y J. Wittenberg, *Explorations dans le monde de l'autisme,* París, Payot, 1984.
[57] Meltzoff, A.N. y R.W. Borton, "Intermodal matching by human neonates", en *Nature,* 1979, 282: 403-404.
[58] Meltzoff, A.N. y K. Moore, "Imitation of facial and manual gestures by human neonates", en *Science,* 1977, 198: 75-78.
[59] Mounoud, P. y A. Vinter, "Representation and sensori-motor development", en *Infancy and epistemology. Evaluation of Piaget's theory,* C. Butterwort (comp.), Brighton, Harverter Press, 1981, pp. 200-235.
[60] Neyraut, M., "L'identification. Pour une introduction", en *Rev. Fr. Psychanalyse,* 1984, 48: 509-514.
[61] Pagés, M., *Trace on sens, Le système emotionel,* París, Hommes et Groupes éditeurs, 1986.
[62] Paivio, A., *Imagery and verbal process,* Nueva York, Holt, Rinehart and Wilson, 1971.
[63] Papousek, H. y M. Papousek, "Interactional failures: Their origins and significance on infant psychiatry", en *Frontiers of infant psychiatry,* J.D. Call, E. Galenson y R.L. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1983, I: 31-37.
[64] Pérez-Sánchez, M., *L'observation des bébés. Les relations émotionnelles dans la première année de la vie,* París, Clancier-Guénaud, 1986.
[65] Piaget, M., *El lenguaje y el pensamiento del niño,* Barcelona, Paidós, 1984.
[66] Piaget, M., *Introducción a la epistemología genética,* 3 vols., Buenos Aires, Paidós.
[67] Piaget, J., *La formación del símbolo en el niño,* México, FCE.

[68] Pinol-Douriez, M., *Bébé agi, bébé actif,* París, PUF, 1984.
[69] Pinol-Douriez, M., "Interactions fantasmatiques ou protoreprésentations? La valeur cognitive des partages d'affects dans les interactions précoces", en *Revue de Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence,* 1985, 33: 89-93.
[70] Pinol-Douriez, M., "Emergence des représentations et régulations épigénétiques chez le nourrison", en *Confrontations Psychiatriques,* 1986, 27: 89-119.
[71] Pinol-Douriez, M., "Aimer, connaître", en *Actes du Colloque: Pulsions et Connaissance,* Aix-en-Provence, 1986, 7-11.
[72] Pomerleau, A. y G. Malcuit, "Les compétences du nourrisson: indices physiologiques et comportementaux", en *Communication au Congrès International de Psychologie de l'Enfant,* París, julio de 1979.
[73] Pomerleau, A. y G. Malcuit, *L'enfant et son environement,* Bruselas, Mardaga, 1983.
[74] Premack, D., "The codes of man and beasts" en *The Behavioral and Brain Sciences,* 1983, 6: 125-167.
[75] Pylyshyn, Z.W., "What the mind's eye tells the mind's brain: A critique of mental imagery", en *Pscychological Bulletin,* 1973, 80: 1-24.
[76] Schaffer, H.R., "Early interactive development", en *Studies in mother-infant interaction,* H.R. Schaffer (comp.), Londres, Academic Press, 1977, pp. 3-16.
[77] Searles, H., "The differenciation between concret and metaphorical thinking in the recovering schizophrenic patient (1965)", en Collected Papers on Schizophrenia and Related Subjects, International Universities Press, *Nouv. Rev. Psychanalyse,* 1982, 25: 331-354.
[78] Spitz, R.A., *El primer año de vida del niño* (1958), Buenos Aires, Aguilar, 1987.
[79] Spitz, R.A., "Quelques prototypes précoces de défense du Moi", en *Rev. Fr. Psychanalyse,* 1964, 26: 185-209.
[80] Stern, D.N., "Affect atunement", en *Frontiers of Infant Psychiatry,* J.D. Call, E. Galenson y R.L. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1984, 2: 3-14.
[81] Stern, D.N., *El mundo inpersonal del niño,* Buenos Aires, Paidós, 1991.
[82] Trevarthen, C. y P. Hubley, "Secondary intersubjectivity: confidence, confiding and acts of meaning in the first year", en *Action, gesture and symbol: The emergence of language,* A. Lock (comp.), Londres, Academic Press, 1978, pp. 183-229.
[83] Tustin, F., *Autismo y psicosis infantiles,* Buenos Aires, Paidós.
[84] Vygotsky, L.S., "Development of the higher mental functions", en *Psychological research in the USRR,* Moscú, Progress Publishers, 1966, vol. 1, pp. 11-4.
[85] Wallon, H., *Les origines du caractère chez l'enfant,* París, Boivin, 1934.
[86] Wallon, H., *Del acto al pensamiento,* Buenos Aires, Psique.
[87] Wallon, H., *Les origines de la pensèe chez l'enfant,* París, PUF, 1945.
[88] Winnicott, D.W., "La preocupación materna primaria" (1966), en *Escritos de pediatría y psicoanálisis,* Barcelona, Laia.
[89] Winnicott, D.W., *Realidad y juego* (1971), Barcelona, Gedisa, 1972.

17. EL DESARROLLO DEL LENGUAJE Y LA GÉNESIS DE LA COMUNICACIÓN

FRANÇOIS BRESSON
SERGE LEBOVICI

DESARROLLO DEL LENGUAJE

El acento se pone actualmente en todos los canales de comunicación que son utilizados entre el niño y sus compañeros de crianza: son múltiples, se suceden y en su mayor parte son extraverbales. Pero desde hace mucho se han descrito con precisión las etapas de desarrollo del lenguaje del lactante, las cuales se suceden de la manera siguiente: 1] desde las primeras semanas las familias admiran los ensayos de vocalización del niño; 2] a los tres meses, sus padres escuchan sus parloteos, que también suelen ser emitidos cuando se lo deja solo; 3] a partir del tercer semestre de vida, el niño ejerce un balbuceo ritmado y reproduce gustosamente las entonaciones del lenguaje adulto.

Durante todo este periodo, los intercambios de lenguaje son imitativos y recíprocos. Los padres reconocen, muchas veces de manera anticipatoria, el sentido de las emisiones sonoras del pequeño: durante su balbuceo le dan un sentido a las duplicaciones silábicas; y se sabe con cuánta frecuencia el padre y la madre, encantados, lo escuchan decir papá o mamá. Estas ilusiones anticipatorias pueden contribuir a desarrollar los medios de expresión del niño y el sentido que aprende a darles.

En el transcurso del segundo año de vida, el bebé aprende a decir y a repetir, a veces sorprendentemente, palabras aisladas; se trata de un ejercicio manifiestamente placentero. Sus juegos expiratorios son consonánticos, pero su repertorio sigue siendo muy limitado hasta el segundo año.

Es entonces cuando comienza el periodo de palabras-frases: un sustantivo o un verbo significa con frecuencia un deseo, una demanda imperativa; es por ejemplo el caso de beber, de vaso o agua, etcétera.

La estructura sintáctica de la frase va a desarrollarse en el transcurso del tercer año, al fin del cual al niño ya no se le designa sólo por su nombre o su diminutivo. Aprende a construir proposiciones con un sujeto, un verbo y un complemento, luego de un estadio intermedio en el que se designa a sí mismo con el pronombre de la primera persona: "yo, quiero". Naturalmente que estos progresos son seguidos con ternura por los padres y que los hermanos y hermanas del niño, cuando existen, favorecen este desarrollo al imitar su lenguaje, por medio de los juegos que se organizan en este campo. Desde

este punto de vista, la emisión del lenguaje está enmarcada en el desarrollo del niño, como siempre se ha sabido. Se entienden entonces las preocupaciones que se manifiestan en los padres cuyo hijo no habla en absoluto hacia fines del segundo año.

La sintaxis se articula igualmente en la lógica de la comunicación que expresa. Cabe recordar desde este punto de vista que René Spitz ha considerado el "no" como el tercer "organizador" de la vida mental del niño: según el autor, un niño de 15 meses imita generalmente el no prohibitivo de su madre, que se profiere acompañado de un movimiento de negación con la cabeza [10]. Se sabe que para el autor no se trata de una simple imitación del gesto prohibitivo por parte del niño, sino de una identificación con la madre que al mismo tiempo lo lleva a tratar de encontrarla al igual que durante la organización anterior de sus relaciones con ella como si la negación de la cabeza le recordara su restregamiento contra el seno de su madre, realizado por el reflejo arcaico del *rooting* (arraigo). La importancia de este gesto no ha sido confirmada, aunque los psicólogos de observación normal ligan el no a la evolución de la fase de negación y de oposición que se instala hacia el fin del segundo año. Por nuestra parte, creemos que las relaciones entre la imitación y la identificación son más complejas, y que el proceso de identificación, muy primitivo durante el transcurso de los intercambios afectivos ricos y armonizados, puede conducir a la imitación [8].

Como quiera que sea, todas las pruebas que pretenden medir el desarrollo del niño implican pruebas estandarizadas en relación con la emisión y comprensión del lenguaje.

Así, podemos estar de acuerdo con R. Diatkine, cuando escribe: "La constitución de sistemas estables de oposición en el campo noético y en el campo fáctico, indican el acceso efectivo a los signos de la lengua materna, signos caracterizados no sólo por la doble faz saussuriana significante-significado, sino también por su capacidad de entrar en combinaciones sintagmáticas ilimitadas" [5, p. 386].

Otros dirán que esta utilización del lenguaje refleja la capacidad del niño para haber alcanzado el pensamiento simbólico o el código simbólico. Desde este punto de vista, se menciona frecuentemente el modelo propuesto por Freud, cuando describe el juego que había observado en su nieto de 15 meses [7]. Como se sabe, este niño lanzaba un carrete que tenía amarrado con un hilo y en el momento de lanzarlo lejos profería la interjección "*fort*" (allá) y al jalarlo, entre manifestaciones de júbilo, gritaba "*da*" (aquí). Esto quería decir que el pequeño simbolizaba con este juego no sólo la ausencia, sino además la acción sobre un objeto simbolizando el objeto ausente, es decir, la representación simbolizada por el carrete. Dicho de otro modo: "Si mi madre está ausente, la puedo hacer volver, en mi cabeza." Pero también: "Yo puedo dominar la pérdida y transformarla en juego placentero." El lenguaje se vuelve una manera de actuar sobre la realidad (psíquica). Por otra parte, S. Freud cuenta cómo vio al niño jugar con su imagen en el espejo, haciéndola

aparecer y desaparecer, y decir en ese momento "papá se fue". De hecho, su padre acababa de obtener su permiso. Esto sucedía durante la guerra.

Con frecuencia, se utilizan varios estudios para mostrar cómo nace este acceso al pensamiento simbólico; al recordar la extrema precocidad de los gestos del bebé, que desde las primeras horas después de su nacimiento tiende la mano hacia los objetos brillantes lo que su madre interpreta ya como una solicitud que le está dirigida y que ella convierte en una primera comunicación procedente del niño, pensamos en las investigaciones sobre el desarrollo de la visión y sus relaciones con la musculatura ocular. Más tarde, el bebé puede tomar progresivamente los objetos que están a su alcance: este aprendizaje, que corresponde a la especialización sináptica, le permite finalmente hacer uso de su "tenaza" manual. En ese momento, hacia los ocho o nueve meses, comienza a dejar caer los objetos como forma de juego, a sabiendas de que su madre los recoge, hasta que ella se cansa de esta manera de mostrarse sensible a este llamado lúdico que le confirma al bebé su poder. Pero es también una manera de decir a su madre que ya no tiene necesidad de ella para tomar un objeto, tenerlo y utilizarlo. Winnicott dice graciosamente que es como decirle a su madre: "Estoy destetado." Es claro, de todos modos, que los juegos suceden a expresiones esencialmente motrices y que su simbolización muestra hasta qué punto el lenguaje en su forma humana facilita la comunicación, de lo que da cuenta evidente el progreso de la organización del sistema nervioso, siempre que se comprenda, de nuevo, que estos progresos se expresan en el marco de interacciones que comprometen en todos los planos a los protagonistas de los intercambios.

Los psicólogos preocupados por la ontogénesis del lenguaje han estudiado este desarrollo como característico de los progresos del niño en el marco de diversos enfoques constructivistas, entre los que Piaget es el representante más célebre, sobre todo en lo que se refiere a su estudio relativo al desarrollo del pensamiento [9]. Por su parte, Henri Wallon había insistido sobre el hecho de que, en los repertorios gestuales, uno podía captar al mismo tiempo el nivel de organización del sistema nervioso y la eventualidad de verlos enriquecerse con posibilidades de acción y potencialidades de pensamientos [12]. Por ejemplo, como ya lo habíamos dicho más arriba, el bebé repite en sus balbuceos sílabas que poco a poco van cobrando sentido.

Más recientemente, J. Bruner ha retomado estos temas de investigación, enriqueciéndolos con estudios sobre las interacciones del niño con sus compañeros [3]. Por ejemplo, estudia el hecho de que las madres y los bebés ejercen una influencia recíproca como cuando un compañero de la díada lleva su mirada sobre un objeto, lo que hace en seguida el otro. Esta atención conjunta se vuelve de ese modo una complicidad "descontextualizante", que le da a ese objeto mirado conjuntamente un valor semántico no comprometido en el fondo; de este modo la madre puede entonces denominar el objeto mirado y trasmitir su denominación.

Se entiende que no es posible disociar el estudio del desarrollo del lenguaje del de la comunicación, como lo muestran los trabajos actuales relacionados con esto.

COMUNICACIONES PRECOCES DEL NIÑO

La facultad de comunicación, definida por sus efectos de trasmisión de información, es de gran precocidad en el recién nacido. Es multimodal, pero lo que diferencia de manera específica al humano de los animales es la comunicación a través de un lenguaje articulado, cuya adquisición se extiende durante los primeros años de la infancia.

La articulación de los sonidos pa-pi-pu, que un adulto emite frente a él, hace que el bebé de cuatro a seis días se tarde un poco en abrir la boca, pero el experimentador no hace ninguna mención sobre algún sonido emitido por el lactante.

Sin embargo, a partir del tercer mes el bebé es capaz de "dialogar" con el adulto. El niño vocaliza cuando el adulto deja de hablarle y esta situación de "tú primero y luego yo" se reproduce muchas veces. Esta conducta de reciprocidad revela un primer control fonatorio que existe también en el bebé sordo. Se pone en marcha tanto por la vista de los movimientos bucales como por la audición de los sonidos. Cabe mencionar, sin embargo, que una parte de las vibraciones acústicas trasmitidas al feto por el líquido amniótico, llega directamente al oído interno por conducción ósea, sin pasar por el sistema de amplificación necesario en un medio aéreo. El bebé sordo, según esta hipótesis, es capaz de oír durante su vida prenatal.

Cualquiera que sea el modo de audición del feto es cierto que el recién nacido guarda el recuerdo de los estímulos acústicos del fin de su vida intrauterina, puesto que los niños de dos a cuatro días prefieren la voz de su madre a la de otras mujeres, la voz de las mujeres a la de los hombres, y las historias o cuentos "oídos" frecuentemente durante su vida intrauterina a las historias o cuentos "nuevos".

Por tanto, desde antes de su nacimiento el niño está sometido a un baño de lenguaje correspondiente a una lengua "materna", lengua única en la mayoría de los niños.

Este hecho permite discutir la afirmación de Bertoncini, según la cual no es necesario un periodo de exposición a un ambiente lingüístico, gracias a la discriminación precoz de la mayoría de los contrastes fonéticos. Es decir que, según él, si desde el principio de su vida el niño es capaz de reconocer un sonido articulado, de percibir la invarianza de los elementos vocálicos pese a la variabilidad de los factores contextuales, esta facultad, probable proceso precursor de la discriminación de las palabras como elementos que pueden extraerse de un discurso fluido, sería "innata".

Sin embargo, algunos trabajos muestran variaciones interindividuales

muy importantes tanto en el balbuceo como durante el periodo en el que se aprenden las cincuenta primeras palabras [6, 11].

Además, desde la edad de ocho meses, la influencia de la lengua a la que se va a acceder es tan clara en el balbuceo del bebé que un auditor ingenuo es capaz de distinguir, en más del 70% de los casos, el balbuceo de un bebé francés del de un bebé árabe, lo que daría cuenta de un principio de especificidad en los ajustes supralaríngeos responsables de las formas articulatorias.

Todos estos procesos de discriminación auditiva y fonatoria no son posibles, claro está, sin la integridad del sistema nervioso central.

Desde Broca, todos sabemos que la representación cortical del lenguaje se sitúa en una región temporal del hemisferio izquierdo. Hasta una época muy reciente, se pensaba que esta lateralización del lenguaje era resultado de una lenta evolución de la primacía cerebral, que se establecía definitivamente hacia la edad de la pubertad.

Aunque la noción de plasticidad cerebral no se ponga totalmente en entredicho, parece claro que desde el primer día de vida el bebé presenta una asimetría de respuesta a un estímulo auditivo o visual, lo que ya indica una especialización hemisférica izquierda. Esta asimetría se confirma por el hecho de que, tras una lesión hemisférica derecha en el niño muy pequeño, la afasia es mucho más rara que en una lesión izquierda, y por el hecho de que, en caso de lesión izquierda, el lenguaje adquirido es siempre deficitario. Esta posibilidad innegable de asumir un lenguaje, aun deficitariamente, por parte del hemisferio derecho en el niño, indica que la especialización hemisférica sólo es relativa, pese a las diferencias morfológicas existentes para algunos, desde la 31ª semana de gestación. Por otra parte, la primacía hemisférica para el lenguaje está ligada ella misma a la preferencia manual; las asimetrías morfológicas pueden, pues, estar vinculadas a una o a otra.

La integridad del soporte biológico no es sin embargo una condición suficiente para la adquisición del lenguaje, como lo muestra el estudio de niños autistas, que pueden articular series fonatorias formalmente correctas; así, en estos niños, la puesta en marcha de los mecanismos de la palabra no ha sido obstaculizada, pero la función de la palabra como comunicación está inhibida.

Esta función comunicativa de la palabra o del lenguaje articulado no fue tomada en cuenta ni por el psicólogo Jean Piaget ni por el lingüista Noam Chomsky. Para el primero el lenguaje no tiene estatuto particular en el desarrollo: no es más que una función, entre otras, de la función simbólica. Para Chomsky no se trata tanto de la apropiación de un repertorio como del dominio de un cierto número de reglas subyacentes a la construcción de frases que permite adquirir una lengua. Ahora bien, el niño posee antes de la edad de cuatro años el dominio básico de las estructuras de su lengua materna; Chomsky explica este hecho dotando al niño de un dispositivo específico, el "Language Acquisition Device".

Estas diferentes teorías se originan en estudios sobre el lenguaje de los antropoides, como los chimpancés. Estos animales no llegan a poseer un lenguaje articulado, pero son capaces de manipular un lenguaje visual de cerca de 50 palabras ordenadas por una sintaxis. Las únicas conclusiones sólidas de estos estudios son las siguientes: "Para que los chimpancés adquieran un lenguaje, en el que el símbolo posea una función referencial y no sólo asociativa, es necesario establecer un tipo de relación (en un ambiente estimulante y estable) en el que se pueda entablar una comunicación comparable a la que se desarrolla entre el bebé y sus padres."

De este modo, el contexto comunicativo vuelve a adquirir toda su importancia; a partir de 1975, los experimentadores se interesan no sólo en lo que el niño o niña dice, sino a quién, cómo y por qué. La pragmática –que se interesa en las reglas que rigen, en la lengua, las relaciones entre los signos y quienes los utilizan– y la capacidad comunicativa están de nuevo en la orden del día.

Se abren nuevos campos de estudio: filiación; comunicación prelingüística-comunicación lingüística; papel de las interacciones del niño con su entorno; examen del desarrollo de las actividades discursivas, y el estudio de la facultad del niño para manejar los sobrentendidos, los presupuestos y los argumentos.

En conclusión, si en todas las lenguas los niños adquieren en el mismo orden los términos que indican, por ejemplo relación espacial, si "en", "sobre", "bajo" y "al lado" se dominan antes que "entre" y "delante/detrás", esto hablaría quizá de una universalidad en las estructuras cognoscitivas, modificada por los imperativos de la lengua que se va a aprender, pero no explica en ningún caso la capacidad de los niños para crear juegos de lenguaje; para crear el mundo con su lenguaje ("es como si"); para introducir variaciones en función del interlocutor (adulto u otro niño); para crear categorías, reducciones y analogías; para utilizar repeticiones, modificaciones y oposiciones; o para continuar un discurso. Todavía queda por desbrozar un inmenso campo de estudio.

Las versiones modernas del desarrollo del lenguaje

Todos los trabajos de los que acabamos de dar cuenta pueden resumirse del siguiente modo:

- Chomsky ha llevado a la comunidad científica a admitir que el lenguaje requiere de una disposición propia de la especie humana; se trata de la instauración de una gramática universal que diferencie sus efectos en función del ambiente lingüístico específico.
- El recién nacido dispone de una organización muy diferenciada; muestra la superioridad de su oído derecho como capaz de aparear en el lado derecho de su campo visual las imágenes de los movimientos de la boca y diversos sonidos. Luego de unas semanas de vida, parece apto para percibir "los contrastes fonémicos de todas las lenguas naturales. Así, puede distinguir sin dificultad pa/ba o fa/ba o ra/la. Desgraciadamente esta capacidad no dura mucho". Poco a poco, el bebé sólo distinguirá aquello que es pertinente a la lengua que lo rodea.

• Los bebés son capaces de percibir en conjuntos coherentes los sonidos a su alcance, lo que por otra parte les permite el reconocimiento de la voz de su madre. El hecho de que la madre emita sonidos de manera muy entonada facilita este reconocimiento, que es posible desde las primeras horas de vida.
• El recién nacido puede también volverse multilingüe; en definitiva, la posesión de una "lengua natural", en los casos habituales, le permite reconocer la pertinencia de los sonidos emitidos en "su" lengua; pero en un ambiente donde sea sometido a varias lenguas responde de modo adecuado a los conjuntos lingüísticos que se le ofrecen.
• "¿Existen todavía personas que dudan que la lengua, como cualquier otra aptitud humana, depende de las capacidades del cerebro y que éste posee estructuras que están constreñidas por un programa genético? No muchas, seguramente. Pero que un tal programa genético defina una cantidad de potencialidades aparentes que serán seleccionadas luego por el ambiente para el mayor bien del organismo, ésta es una tesis que provocaría muchos desacuerdos... parecería más bien que el desarrollo de estas capacidades es un proceso *interactivo* que pone en juego potencialidades preestablecidas genéticamente y contingencias del ambiente que pueden reforzar algunas y eliminar otras." En suma, las interacciones entre el niño y su madre proporcionan la armadura gramatical necesaria para aprender una lengua.*

El desarrollo del lenguaje en los bebés minusválidos

• Todas las lesiones cerebrales pueden traer consigo un retardo en la aparición del lenguaje, lo que afecta mucho a los padres.
• Las lesiones sensoriales tienen las mismas consecuencias; se describen en los capítulos que se les dedica en esta obra [cf. caps. 29 y 32]. Nosotros nos contentaremos con señalar las particularidades del desarrollo del lenguaje de los niños invidentes. Para estos últimos, la palabra ver designa, como para los videntes, el medio sensible que permite la exploración del mundo exterior, aunque los primeros incluyen en esta palabra la exploración táctil. Desde el principio de su tercer año, saben que esta exploración debe tomar en cuenta los obstáculos que se presenten. Dicho de otro modo, tienen "la misma línea de vista" que los videntes, *mutatis mutandis*, y pueden compartir su lenguaje, que describe la experiencia de la exploración.
• La ausencia de aparición del lenguaje se observa con frecuencia en los niños autistas, a menos que los padres no tengan en cuenta la desaparición del lenguaje en el transcurso del segundo año.

* Estas citas son un fragmento del artículo de J. Mehler y de Emmanuel Dupoux: "La ciencia cognitiva", aparecido en *Le Débat*, 1987, 47, 64-87. Este trabajo inspiró en gran parte las afirmaciones generales que acaban de ser presentadas.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Boysson-Bardies, B. de, L. Sagart y C. Rurand, "Discernible differences in the babbling of infants according to target language", en *Journal of Child Language*, 1984, 11: 1-15.
[2] Boysson-Bardies, B. de, P. Hallé y L. Sagart, "Acoustic investigation of cross-linguistic variability in babbling", en *Precursor of early speech*, B. Lidblom y R. Zetterstrom (comps.), Basingstroke, Hamshire, MacMillan Press, 1985.
[3] Bruner, J., *Savoir faire, savoir dire*, París, PUF, 1985.
[4] Bruner, J., "Contexs and formats!", en *Le langage: construction et actualisation*, M. Moscato y G. Piéraut (comps.), Le Bonniec, Rouen, PUF, 1984.
[5] Diatkine, R., "El lugar del estudio del lenguaje en el examen psiquiátrico del niño", en *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, S. Lebovici, R. Diatkine y M., Soulé (comps.), Madrid, Biblioteca Nueva, 1988.
[6] Ferguson, C.A. y C.B. Farwell, "Words and sounds in early languaje acquisition", en *Language*, 1975, 51: 419-435.
[7] Freud, S., *Más allá del principio de placer*, (1920), en *Obras completas*, vol. XVIII, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.
[8] Lebovici, S.,"Imitation, identification", en *Psicologie Française*, 1988, 33, 1-2: 63-67.
[9] Piaget, J., *Seis estudios de psicología*, Barcelona, Ariel.
[10] Spitz, R., *No y sí: sobre la génesis de la comunicación*, Buenos Aires, Hormé.
[11] Vihman, M.M., "Diferencias individuales en balbuceos y habla primaria: predicciones de los tres años", en *Precursors of early speech*, B. Lindblom y R. Zetterstrom (comps.), Basingstroke, Hamshire, MacMillan Press, 1985.
[12] Wallon, H., *Del acto al pensamiento*, Buenos Aires, Psiqué.
[13] *Courrier CNRS*, "L'acquisition du language", núm. 60, abril-junio de 1985, pp. 17-39.

18. EL TEMPERAMENTO

SERGE LEBOVICI

DESARROLLO Y TEMPERAMENTO

La utilización de la teoría del apego ha llevado a estudiar el desarrollo de facultades e interacciones, sea a partir de la idea de que el crecimiento está ligado a la implantación de un programa neuronal complejo, sea tomando en cuenta la importancia de la historia de cada niño, que se inscribe en la trama de la red transgeneracional. Igualmente el desarrollo de cada niño puede ser apreciado, ya sea clínicamente, ya mediante escalas estandarizadas. Todo sucede como si las tipologías interactivas fueran las únicas que hicieran posible la descripción del estado presente de un niño al reintroducir, junto a lo que está programado, los ingredientes de una epigénesis interactiva cuya importancia se ha captado leyendo el capítulo consagrado a las interacciones afectivas y fantasmáticas [cap. 13].

Además, las consecuencias sobre la manera de ser y de comportarse del niño deben también tener su importancia en las interacciones. El papel del bebé frente a su madre ha sido subrayado más de una vez en los recientes trabajos que lo estudian. Hemos dicho que él es el único que puede proclamar que su madre se ha vuelto una Madre gracias a su nacimiento.

Dicho de otro modo, aquello que se puede observar o predecir a partir del estudio de las interacciones no puede ser considerado como la exclusiva consecuencia del desarrollo neurobiológico o relacional. Cada intervención de cualquiera de los dos protagonistas de la interacción puede provocar efectos cuya expresión depende también de la manera en que el otro se encuentra equipado.

La tipología fue sobre todo estudiada en el siglo pasado y las hipótesis constitucionalistas en materia de patología mental se expresaron a través de diversas teorías que no es necesario recordar aquí: hablamos de constitución, de carácter, de personalidad o de temperamento. En todo caso es sorprendente que los autores franceses que en esa época se destacaron de manera tan frecuente por sus enfoques constitucionalistas hayan sido tan poco secundados por nuestros contemporáneos. Los estudios sobre el temperamento [7, 8, 9] se desarrollaron en Estados Unidos gracias al impulso de A. Thomas y S. Chess.

LOS ESTUDIOS DE THOMAS Y CHESS

Estos autores condujeron en Nueva York un estudio longitudinal sobre niños "normales" en familias "normales". Trabajaron con cuestionarios y entrevistas para obtener una descripción concreta del comportamiento del niño. Entrevistaron a 130 progenitores: la primera entrevista tenía lugar cuando el niño tenía tres meses; las siguientes a los seis, nueve meses y un año; y luego a los 18 meses y a los dos años. Las entrevistas semiestructuradas permitieron proponer nueve tipos de temperamentos [6]:

- la actividad, directamente en relación con la motricidad; se trata de la motilidad;
- la ritmicidad de las funciones fisiológicas;
- el acercamiento-alejamiento frente a los estímulos;
- la adaptabilidad a las situaciones nuevas;
- la intensidad de las reacciones emocionales;
- el humor, la calidad de las emociones;
- la persistencia de la atención;
- el distraimiento;
- el umbral de reactividad a los estímulos.

La tesis de Richard ofrece, para cada una de estas cualidades, ejemplos que permiten comprender la forma en que Thomas y Chess, a partir de estos ítems, pudieron describir finalmente tres tipos de niño [6]:

- aquellos que son fáciles y expresan sus emociones, las cuales son moderadas, ritmadas y permiten una buena adaptación a situaciones nuevas;
- aquellos que son difíciles y tienen comportamientos de retraimiento frente a estímulos nuevos; sus emociones, más bien "negativas", les producen frecuentes comportamientos de retraimiento;
- aquellos que son de calentamiento lento, cuyas respuestas son tardías y con frecuencia asociadas a respuestas emocionales lentas y negativas.

LOS CUESTIONARIOS

W.S. Carey propuso un cuestionario inspirado en los trabajos de Thomas y Chess destinado a ser llenado por los padres de los niños de cuatro a ocho meses [1, 2]. El cuestionario contiene 95 preguntas que, a propósito de la vida cotidiana, permiten poner en evidencia comportamientos cuya existencia o ausencia es evaluada y graduada. Finalmente, los niños se reparten según las categorías siguientes:

- fácil;
- difícil;

- de calentamiento lento;
- intermedio superior;
- intermedio bajo.

Sólo citamos este cuestionario porque parece ser de gran utilidad en Estados Unidos; pero podría haber otros modelos de este enfoque, aplicable a recoger la información proporcionada por los padres. También podríamos referirnos a las evaluaciones estandarizadas propuestas para los recién nacidos o los niños muy pequeños. Todos estos enfoques permiten darse una idea de lo que es el niño, ya a través de las respuestas de padres y madres, ya a través de su examen directo.

Estos ensayos tipológicos intentan, sobre todo, describir ciertos tipos de comportamientos y reacciones de los niños: se trata en suma de su "estilo". Thomas y Chess no han querido hablar de la personalidad de los pequeños; este término tan ambicioso corresponde a rasgos que tendrían que volverse permanentes y que constituyen eso que se describe con el nombre de carácter en psiquiatría del niño o del adulto. El objetivo de aquellos que se interesan en el temperamento es finalmente el de describir las diferencias entre los bebés y mostrar su importancia en los estudios relacionados con su desarrollo y sus dificultades. Vamos a presentar las consecuencias de ello a propósito de algunos ejemplos.

ALGUNAS APLICACIONES DE LOS ESTUDIOS SOBRE EL TEMPERAMENTO

Se trata aquí de algunos estudios recientes y de alcance muy general que confirmarán, así lo esperamos, que los estudios sobre el temperamento permiten comprender mejor las particularidades de las interacciones y sus consecuencias predictivas.

1. Un estudio longitudinal efectuado en Quebec compara el temperamento y el desarrollo intelectual hasta los cuatro años [5]. La idea general es que el temperamento es esencialmente de orden genético y que se acentúa con la edad, pero que esta evolución confirmativa está también relacionada con el I.Q. (coeficiente intelectual) y con el estatuto sociocultural de la familia del niño. Pero el valor predictivo del I.Q., por otra parte, está limitado y sólo es evidente cuando es bajo. Si es medio, sus variaciones de 10 a 20 puntos no tienen ningún significado desde esta perspectiva.

La muestra fue estudiada en tres subgrupos estrictamente emparejados y la variable considerada era la importancia de la depresión materna después del nacimiento. Entre los cuatro y los siete años, la evaluación de cada niño implicó un I.Q. y un examen de la familia:

- los niños "difíciles" tienen un mejor I.Q. cuando sus familias son de un nivel socioeconómico superior o medio;

- el I.Q. es todavía mejor para los niños difíciles cuando la comunicación intrafamiliar es especialmente rica;
- la oposición entre los niños "difíciles" y los "fáciles" no permite establecer ninguna relación con el I.Q.

Los investigadores juzgan que, de cuatro a siete años, los niños y niñas difíciles que tienen un buen I.Q. y viven en un buen medio socioeconómico, bien equipado en el plano cultural, evolucionan mejor en la medida en que han estimulado más a sus padres, debido precisamente a que se les considera difíciles.

2. Otro estudio llama la atención sobre el hecho de que las familias de buen nivel proporcionan mejor información para la evaluación del temperamento de sus hijos [4]. Hay que confirmarlo en el laboratorio, pero la información proporcionada por los padres parece más confiable. Los estudios sobre la reactividad son los más prometedores para los investigadores, pues serían predictivos y comparables en alto grado con estudios análogos sobre el temperamento de las madres de los niños estudiados.

3. Tiffany Field ha puesto en evidencia una buena relación entre los aspectos individuales del temperamento y las modalidades del comportamiento interactivo [3]. Este punto de vista le permite hablar de una estabilidad que caracterizaría al niño si se estudia su temperamento a través de su actividad, su ritmicidad y su actividad lúdica. Cuando se extiende esta investigación al plano de la mirada, la sonrisa y la vocalización, puede decirse que la convergencia permite hablar del establecimiento de rasgos de carácter; se ve, por ejemplo, cómo el rechazo del contacto, de la mirada, del dejarse distraer, etc. coinciden con los temperamentos difíciles, en tanto que los niños fáciles lloran con menos frecuencia y vocalizan más. Esta estabilidad de la convergencia entre el temperamento y la tipología interactiva parece clara, sobre todo en las familias de buen nivel socioeconómico.

4. Richard condujo una investigación sobre la influencia del temperamento en la comunicación de los lactantes [6]. Ésta demuestra que los niños tranquilos, por ejemplo, corren riesgos cuando sus madres están deprimidas. En esos casos, la comunicación es mejor si los niños son un tanto agitados.

Esperamos que estos pocos ejemplos convenzan acerca de la necesidad de evaluar el temperamento del niño y de la importancia de su manera de ser, para ser capaz de desempeñar el papel que le es impartido en la progresión de la guía que está a su cargo, en el momento en que se estudian las interacciones. Aun si el temperamento no puede describirse como la base de la personalidad y del carácter de lo que acabará siendo el niño, su evaluación permite al menos comprender mejor la naturaleza de las transacciones que se dan entre él y sus compañeros, y por esa razón implica un aspecto predictivo.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Carey, W.B., "A simplified method for measuring infant temperament", en *J. Pedriatrics,* 1970, 77, 2: 188-194.
[2] Carey, W.B., McDevitt, S.C., "Revision of the infant temperament. Questionnaire", en *J. Pedriatrics,* 1978, 613: 735-739.
[3] Field, T., "Temperament and play interaction behavior across infancy", en *Infant Mental Health Journal,* 1987, 8, 2: 156-165.
[4] Matheney, A.P., S.W. Ronald y E.S. Thoben, "Home and mother: relations with infant temperament", en *Developmental Psychology,* 1987, 23, 3: 323-331.
[5] Maziode, J. y R. Cote *et al.,* "Temperament and intellectual development: A longitudinal' study from infancy to four years", en *Amer. J. Psychiatry,* 1980, 144, 2: 144-150.
[6] Richard, C., *La communication chez le nourrisson particularités et relations avec le tempérament,* Tesis de l'Université René-Descartes, París, 1988.
[7] Thomas, A. y S. Chess, *Behavioral individuality in early childhood,* Nueva York, New York University Press, 1963.
[8] Thomas, A., S. Chess y H. Birch, *Temperament and behavior disorders in children,* Nueva York, New York University Press, 1968.
[9] Thomas, A. y S. Chess, *The dynamics of psychopathological development,* Nueva York, Brunnet y Mazel, 1980.

19. APORTACIONES DE LAS TÉCNICAS DE OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO AL CONOCIMIENTO DEL BEBÉ

PIERRE-MARIE BAUDONNIÈRE
JACQUELINE NADEL

Desde los inicios de la psicología científica, los investigadores han intentado hacer una recolección rigurosa y objetiva de los comportamientos que dan prueba de una evolución. Inaugurada por Baldwin [2], de algún modo fundador, e inspirada en la psicología del desarrollo de Darwin [9], esta recolección se ha constituido con base en el método longitudinal, surgido del método histórico aplicado al estudio de un individuo, con la intención de investigar los antecedentes y precursores de las capacidades evidenciadas por el ser humano adulto.

Este método halló su primera técnica en la estadística sistemática –en condiciones habituales y por lo mismo en una perspectiva naturalista– de todos los actos nuevos observados por el investigador luego de un continuo estar con su niño o un pariente (c.f. el hijo de Preyer; el de Darwin; el de Guillaume; los tres niños de Piaget; el pupilo de C. Bühler). Técnica en apariencia extremadamente simple, "armada" como microscopio del ojo desnudo y como sistema de registro de un papel y un lápiz, con ella el observador debe anotar con precisión cada elemento observable que caracterice el estado del niño o su cambio de estado en el momento de la observación; de donde proviene su nombre de técnica de papel y lápiz. Su ambición es distinguirse del trabajo del novelista, porque no busca crear una impresión seleccionando la información que se trasmite, y del trabajo del filósofo porque no pretende servir de argumento para una tesis. Le gustaría hacer una extracción neutra de los materiales que le permitiera fechar la aparición del progreso y analizar las similitudes y las diferencias, en la forma y en el contenido, en relación con funcionamientos anteriores.

Pero pronto surge, a los ojos mismos de quienes la practican, que la simplicidad de esta técnica no se ajusta a sus objetivos. Sólo enumeraremos algunos de los inconvenientes que pueden ser rápidamente comprobados.

En principio, es imposible tomar nota de todos los hechos que ocurren día con día, y por tanto hay que recurrir a una selección representativa (¿pero representativa de qué?). Luego, es difícil simultáneamente registrar y hacer una observación continua, y por lo mismo hay que admitir una alternancia repetida de estas dos acciones, lo que rompe la continuidad de observación y señalamiento del dato (¿qué unidad de tiempo habrá que elegir entonces para observar y transcribir?). Luego, no es seguro que la información al ojo desnu-

do pueda dar cuenta, simultáneamente, de los diferentes aspectos de un comportamiento (aspectos posturales, vocales, motores, neurovegetativos y, eventualmente, metacomunicativos), y no está en las posibilidades humanas retranscribirlos en sus relaciones espacio-temporales: no es posible acceder a una notación exhaustiva, como lo atestiguan los desacuerdos entre varios observadores, cuando dan testimonio de un solo suceso. La transcripción constituye, pues, una reducción del suceso, pero ¿cómo elegir un principio de reducción? ¿Sacrificando qué tipo de precisión? Y esta reducción ¿es lo suficientemente sistematizable como para intentar estimar la tasa de imprecisión de lo registrado, como se estima la tasa de error en un cotejo fiel? El problema es aún más espinoso cuanto que en la observación al ojo desnudo lo registrado no es susceptible de perfectibilidad porque la observación es única y fugaz. Finalmente y por encima de todo, los datos recogidos sobre comportamientos corren el riesgo de ser tachados de interpretaciones, sobre todo en lo que concierne al niño muy pequeño, cuyos comportamientos son poco variados y así utilizados como respuesta a situaciones y para objetivos diversos: por ello es difícil evitar la atribución de intencionalidad, y de esa manera lo registrado se asocia con una interpretación del comportamiento y no con el comportamiento mismo, como Wallon lo demostró claramente en su célebre capítulo: "¿Cómo estudiar al niño?" [29].

Todos estos inconvenientes son imputables, desde luego, a la técnica del registro y no al método longitudinal (él mismo, por otra parte, portador de otros sesgos, como el efecto de presencia del observador o el efecto de repetición que no hemos podido analizar aquí). Así pues, encubren tanto cuando están al servicio de estudios normativos como cuando utilizan una descendencia de niños de la misma edad (método transversal).

Se han intentado numerosas "prótesis" para mejorar esta técnica, muchas de las cuales provienen de los esfuerzos de los etólogos: siempre dentro de una perspectiva naturalista, se recogen las observaciones sobre una franja temporal corta, pero se repite la experiencia muchas veces hasta que se accede a una "población" de observaciones representativa de una observación continua: es la técnica del muestreo temporal sistematizada por Altman [1], aunque ya abordada en el año de 1930 [13, 22]: se elige una unidad temporal de observación (por ejemplo 15 segundos), dentro de la cual se anota la frecuencia (y a veces la duración) de los sucesos. Estos últimos se definen como las unidades de comportamiento procedentes de una lista, descriptiva, exhaustiva y exclusiva, de todas las emisiones que se pueden producir en la situación. La lista se prepara durante una fase de preobservación [25] que, según el problema planteado, puede recurrir a una selección más o menos sutil de los registros, desde "fruncir el ceño" o "enseñar los dientes" si uno se interesa por las expresiones faciales [16], hasta "sacarle punta al lápiz" o "ponerse en contacto con un compañero", si uno se interesa en categorías moleculares para describir la actividad de una clase [17]. El apunte consiste, en todos los casos, en señalar la irrupción de la unidad en la lista prestablecida: este apunte puede hacerse con papel y lápiz, con grabadora o, más recientemente, con *datatype*. Sin embargo, ninguno de estos progresos permite eliminar el inconveniente del punto de referencia discontinuo, que impide reemplazar el suceso en su contexto y petrifica las observaciones, sujetándolas en categorías establecidas *a priori*.

Desde los años treinta, Gesell había encontrado una técnica alternativa de lectura: la filmación. Concebía de entrada esta forma de observación equipada para permitir el despliegue de otros recursos. No sólo se trata de la fijación material de un observable fugaz que puede hacerse revivir en su integralidad original, siempre que se filme en continuo y por tanto no se extraiga el suceso de su contexto [cf. Zazzo, 1985, a propósito de Gesell], sino también de un recurso que permita elegir el nivel de análisis de un suceso al adoptar diversas definiciones de la unidad comportamental: del desplazamiento de posición relativa del índice al movimiento completo del cuerpo; del estiramiento de las comisuras de los labios a la actividad que modifica el contexto físico o humano; del macroanálisis al microanálisis. El mismo observable filmado puede dar lugar a preparaciones, a cortes, a descomposiciones dinámicas; y además, la filmación en continuo no impide que pueda aprovechar ciertas "prótesis" concebidas para fortificar la observación al ojo desnudo, pues permite explotar todos los artificios y artilugios ya utilizados por Gesell, como la aceleración o la cámara lenta –utilizados después por Condon y Sanders [8] para estudiar las sincronizaciones de actividad–, la detención de imagen y el dibujo animado utilizados en microanálisis, y hace posible que se le añadan las capacidades técnicas del video y otros equipos suplementarios para guiar objetivamente el análisis de la imagen. Este instrumento es, en efecto, neutro: como los anteojos, que mejoran la visión sin por ello modificar el filtro que constituye la mirada; del mismo modo, la película se limita a fijar y deja intacta la responsabilidad del investigador respecto de la elección de la información que se va a resaltar; ¡cuántos creen todavía hoy, sin embargo, poder ahorrarse con una película el largo camino que lleva a plantear una pregunta clara y a crear una situación adecuada para responderla! Saber qué filmar para responder a determinada pregunta, y en qué condiciones sigue siendo el imperativo científico que debe ser satisfecho, sin el cual las imágenes se acumulan en la imposibilidad de llegar a conclusión alguna.

Es así como la segunda alternativa propuesta para la observación naturalista de papel y lápiz ha sido la configuración de situaciones que presentan un problema, de tal modo que la solución aportada por el niño informa claramente sobre las capacidades del mismo para percibir, para discriminar, para entender relaciones causales, para aprender, etc. Para esta observación arreglada o experimental, se distinguen dos corrientes que representan sobre todo dos etapas históricas. La primera está ilustrada por la preparación de situaciones habituales, como las célebres experiencias imaginadas por Piaget: cuando el niño saca la borla y acecha alrededor la aparición del juguete que lleva atado, cuando busca bajo la tela el objeto que ha desapare-

cido, los únicos comportamientos observables son una tracción seguida de una inmovilización acompañada de una mirada, orientada en el primer caso, y una exploración del ambiente físico en el segundo. Pero puede inferirse de ello todo un trabajo cognoscitivo por parte del niño, cuyo resultado es el comportamiento observado, debido a que es el comportamiento previsible cuando el trabajo cognoscitivo tiene lugar. Y sucede lo mismo con la mancha roja que Gallup [12] ponía, sin que se dieran cuenta, en la cara de los chimpancés para estudiar su capacidad de reconocimiento frente al espejo, y que Zazzo adaptó para el niño (1979) para estudiar el mismo tipo de problema: el gesto de limpiarse la cara en el lugar donde está la mancha es el gesto previsto si el sujeto, chimpancé o bebé, se atribuye la escena vista.

Con base en este mismo razonamiento sobre las respuestas predecibles, una perspectiva de estudio más reciente consiste en considerar las reacciones orgánicas, que no son observables en la superficie y suponen dispositivos más sensibles que los ojos o la cámara, aun si la cámara es un buen recurso suplementario para estudiar los aspectos fenomenológicos concomitantes o consecuentes. Aquí ya no se trata de preparar situaciones naturalistas, sino de proponerle al niño su participación en una experimentación, en forma de emisiones controladas del ambiente físico o humano, y de registrar en el plano cardiaco, neurovegetativo u oculomotor, las reacciones que se pueden imputar a un cambio de estado.

Bower es uno de los grandes pioneros de este método de evaluación indirecta de las capacidades sensoriales, perceptivas y sociales del niño mediante la observación filmada, aunada al registro de reacciones orgánicas y emisiones experimentales que suponen, para ser captadas y convertirse en objeto de respuestas, un cierto número de prerrequisitos cognoscitivos [6]. Las técnicas de observación y registro se hacen entonces más pesadas, pero son preciosas para explorar las capacidades del niño muy pequeño, en quien la medida del registro de las respuestas es reducida.

ESPECIFICIDADES Y RESTRICCIONES

Durante muchos años, los investigadores no dispusieron de ninguna técnica que estuviera verdaderamente adaptada a los cuestionamientos que se hacían sobre las capacidades del lactante. Era imposible proceder a hacer experimentaciones y utilizar formas de razonamiento científico de la psicología moderna no introspeccionista, por falta de paradigmas ajustados a las medidas: se carecía de conocimientos acerca de los estímulos pertinentes por una parte, pero también de sistemas de medida de las "respuestas" del organismo a tales estímulos. Siendo imposible la interrogación directa, era necesario encontrar formas de cuestionamiento no verbales, compatibles con el respeto deontológico de estudios sobre el bebé. Es por esta razón que una gran

cantidad de técnicas, desde luego no verbales, aplicables al animal, fueron rápidamente excluidas (como los métodos de condicionamientos instrumentales). Por otra parte, hacía falta tener en cuenta la limitación importante del registro de las respuestas disponibles. Estando el niño privado del verbo y de la motricidad voluntariamente controlada, cualquiera que fuera el segmento motor implicado (brazo, pierna, cabeza, ojo, tronco...), las respuestas mensurables tenían que situarse en el nivel de otros índices electrofisiológicos, para algunos, y comportamentales para otros. El índice electrofisiológico seleccionado con mayor frecuencia fue el ritmo cardiaco, en sus aceleraciones y desaceleraciones consecutivas ante estímulos de naturaleza diversa. Para los índices comportamentales, la elección fue más amplia: movimientos oculares, tiempos de fijación relativa, succión no nutritiva, procedimientos de habituación, pero también, para niños un poco mayores que el recién nacido, el recurso a paradigmas experimentales que permitían el cuestionamiento indirecto de las capacidades (véase especialmente Ainsworth y Wittig, 1969, por lo que toca al estudio del apego; o a Nadel y Baudonnière, 1980, 1982, 1985, para el análisis de las capacidades de comunicación del niño pequeño). Todos estos progresos han sido posibles gracias a los numerosos descubrimientos tecnológicos de estos últimos años.

LA APORTACIÓN DE LAS TÉCNICAS

La gran cantidad de evoluciones tecnológicas recientes son, en gran parte, las responsables de los rápidos progresos y conocimientos que se han hecho sobre el bebé, como lo hemos podido ver últimamente. La aparición del cine, del video, de las diversas posibilidades de registro y de relectura de velocidad variable, han modificado totalmente el análisis de los comportamientos y, simultáneamente, la totalidad de las preguntas que razonablemente se podían plantear. Cuando –y éste era frecuentemente el caso hace diez años– el análisis de las capacidades de comunicación de los niños pequeños sólo podía ser abordado mediante la observación directa de los comportamientos sociales con una transcripción de lápiz y papel, era evidente que los investigadores se hallaban en presencia de limitaciones insuperables, dadas la fineza, la rapidez y la complejidad de los comportamientos sociales que había que recabar. En este terreno la aparición de la película, pero sobre todo del video, han permitido progresos enormes en la comprensión y también en la cuantificación confiable de las interacciones sociales entre niños o entre niños y adultos. Igualmente, el análisis de las mímicas, de las expresiones faciales y de las expresiones emocionales se ve favorecido actualmente con todas las posibilidades del video, con tomas que pueden efectuarse a una velocidad de 2 000 imágenes por segundo. Y es también el caso de todas las posibilidades que ofrecen los aparatos de toma de presión, los electrodos y los

sistemas infrarrojos de captura de la oculomotricidad, que, acoplados a una microcomputadora, permiten medidas instantáneas confiables, imponiendo muy pocas restricciones a los sujetos. Este último punto es muy importante, dadas las dificultades inherentes a los estudios sobre los lactantes. En efecto, su estado de vigilancia puede variar muy rápidamente y por eso mismo las experiencias deben ser de la duración más corta posible. Por tanto es esencial disponer de técnicas fácilmente utilizables que no exijan largas preparaciones de los sujetos, para de este modo limitar al mínimo las modificaciones de vigilancia respecto de los niños más chicos, y para no asustar a los bebés un poco más grandes. Es muy evidente que si se producen variaciones de vigilancia en el transcurso de la experimentación, se hace imposible interpretar las respuestas de los bebés, puesto que ya no puede hacerse la distinción entre variación de vigilancia y variación del comportamiento ligada a las modificaciones del estímulo.

Por tanto, deben tomarse muchas precauciones en todos los estudios sobre los bebés. No cualquier momento del día es propicio o equivalente; la elección de los lugares de observación puede ser crucial; las condiciones de observación son frecuentemente determinantes en la naturaleza y la orientación de los comportamientos recogidos. Recordemos que todo comportamiento debe relacionarse con los sistemas de restricción en los que se produjo. Por tanto, las investigaciones deben emprenderse con todo tipo de precauciones, tanto por lo que toca a la medición de las capacidades perceptivas del recién nacido como por el análisis de las capacidades cognoscitivas y sociales del lactante.

EL APORTE DE LOS MÉTODOS

Frente a todas estas restricciones era necesario establecer algunos procedimientos adaptados a los niños de estas edades. Lo más frecuente era que estos procedimientos estuvieran asociados a métodos experimentales o casi experimentales, aplicables a problemáticas muy diversas que iban desde el reconocimiento posnatal de la voz de la madre hasta el propio reconocimiento a través de su imagen especular, pasando por el estudio de las capacidades de los diferentes sistemas sensoriales del recién nacido, o incluso el análisis del código emocional o de su capacidad para comunicarse con la madre o con sus pares (en el sentido de compañeros de edad) [11, 20, 21, 27].

Ya sea por medio de índices electrofisiológicos, como el ritmo cardiaco, la electrooculografía, el electroencefalograma; los intentos recientes relacionados con las respuestas electrodérmicas; o a través de índices vinculados a comportamientos motores, como los movimientos oculares, el tiempo de fijación relativa, la succión no nutritiva; o incluso los métodos de habituación, todos los investigadores tenían por objetivo relacionar los estímulos, más o menos complejos con las "respuestas" o las "reacciones" del bebé o lactante a

dichos estímulos [3, 5, 7, 10, 14, 15, 24].

En el caso de los índices electrofisiológicos, se considera que la sensibilidad del organismo a un estímulo particular se reflejará en una modificación del esquema de base, evaluado en ausencia de estímulo y utilizado como referencia. Es el caso del ritmo cardiaco, por ejemplo, en el que las reacciones pueden manifestarse en un aumento de frecuencia de las pulsaciones, o, en ciertos casos, en una disminución; los mismos tipos de variaciones son utilizados en la succión no nutritiva. Pero estos métodos tienen sus límites. No son utilizables en todas las edades y no siempre se expresan en modos equivalentes de tratamiento. Otros métodos han parecido más interesantes, como el tiempo de fijación relativa y, sobre todo, la habituación.

El *tiempo de fijación relativa* es un método que, por lo general, consiste en presentarle al bebé simultáneamente dos "objetos", idénticos o diferentes, durante un cierto tiempo. Por medio de un orificio situado entre los dos objetos, el experimentador nota las orientaciones sucesivas de la mirada del niño hacia cada uno de los objetos. El tipo de hipótesis subyacente es que si el bebé no ve ninguna diferencia entre los dos objetos, la mirada se irá hacia cualquiera de ellos, en tanto que si percibe las diferencias, manifestará ciertas "preferencias" por uno de los dos, debido a la duración de exploración más larga para uno que para otro. Desgraciadamente, en muchos casos los niños sólo miran uno de los objetos, y resulta muy difícil decidir si es en razón de una "preferencia" que su mirada permanece fija exclusivamente en este objeto particular.

Los *métodos de habituación* son todavía más difíciles de utilizar, pero también, en muchos casos, más confiables. Parten de la comprobación no sólo característica de la especie humana, de que la repetición de la presentación de un mismo estímulo provoca progresivamente un "desinterés" por éste. El razonamiento es el siguiente: si se presenta muchas veces seguidas un estímulo (visual o auditivo) al niño, y si su atención por él disminuye, entonces un cambio de estímulo o de una parte de éste, si se detecta, debería provocar una reacción. Esta reacción, este reanudarse de la atención, se denomina "reacción a la novedad". Se trata, pues, de un método *a priori* muy práctico para medir capacidades de discriminación. No obstante, su implementación plantea algunos problemas, pues pueden aparecer divergencias entre los investigadores respecto a la tasa de habituación fijada, al ritmo de presentación de los estímulos sucesivos, a las separaciones temporales entre presentaciones y al criterio mismo de habituación.

Sin embargo, la habituación es todavía muy utilizada actualmente y ha sido muy eficaz para poner en evidencia capacidades muy precoces de los sistemas sensoriales, visual, auditivo y olfativo del recién nacido y del niño de hasta seis meses [24, 28]. También ha sido empleada para probar las posibilidades de transferencia del "conocimiento" entre modalidades sensoriales. Así, se ha intentado verificar que, habiendo dado lugar a una habituación sobre una modalidad, un objeto podría ser reconocido en otra modali-

dad, por ejemplo: visión-tacto [26].

No obstante siguen existiendo muchas interrogantes relacionadas con el estatuto de las "respuestas" conductuales del bebé recabadas por el investigador. En efecto, en muchos casos no existe apriorísticamente ningún vínculo funcional directo entre el canal sensorial estimulado y la "respuesta" comportamental medida. No basta que sea posible obtener una medida para que ésta revele específicamente una "respuesta" a un estímulo particular. Las variaciones del ritmo cardiaco, las modificaciones de los parámetros de la succión no nutritiva, etc., no son quizá sino modificaciones contingentes difusas, sin vinculación directa con los tratamientos reales efectuados por el niño a propósito de la información que le es trasmitida. Por eso, nos parece necesario profundizar la reflexión acerca de las relaciones entre las preguntas que se le plantean al bebé y las respuestas que se esperan de él, respetando lo más posible la exigencia de los vínculos funcionales entre ambas. Cuando en una investigación reciente Lipsitt [15] plantea el problema de la sensibilidad del bebé con relación al tenor de azúcar en los líquidos, lo que elige es el análisis de las modificaciones de la succión nutritiva, y aquí el vínculo funcional es muy claro. Contrariamente, en el caso de investigaciones sobre las capacidades de discriminación del sistema auditivo del recién nacido, elegir la orientación de la mirada, al asociar un estímulo auditivo al hecho de que la mirada se fije en un cierto punto del campo visual, parece más incierto y supone muy frecuentemente el tener que recurrir a procedimientos de condicionamiento operante para que esto sea interpretable como "respuesta".

PERSPECTIVAS

Este tipo de problema forma parte de lo que suele denominarse como la investigación de adecuación entre el objeto de estudio y el método utilizado. Así como todos los problemas no son científicos, todos los métodos y todas las situaciones de observación no están siempre adaptadas al problema planteado. Si se está de acuerdo en admitir que todo comportamiento es el resultado del juego entre sistemas de restricciones (biológicas y ambientales) en las que éste se produce [4], entonces es necesario extraer sus consecuencias al menos en un plan metodológico. Por tanto, no todas las condiciones de observación son equivalentes, puesto que no imponen siempre las mismas restricciones respecto de los organismos observados. Los medios habituales en la vida de un niño son muy heterogéneos, y sin duda no constituyen los sistemas de restricciones más aprehensibles desde un punto de vista científico. No son más "verdaderos" ciertos comportamientos, por el hecho de haber sido registrados en un entorno habitual, o más espontáneos que otros observados en el marco de una experimentación controlada. Sobre todo porque estos comportamientos constituyen resultantes, adaptaciones a los sistemas de restricciones particulares en las que ese niño se encuentra momentáneamente. Nada justifica que estos sistemas puedan considerarse entre los más "naturales" que uno puede imaginar cuando se trata de entornos humanos. En cambio, el empleo de situaciones experimentales clásicas, en laboratorio, con frecuencia plantea problemas de validez ecológica, y en este caso las restricciones son un asunto que no admite negligencia, sobre todo con niños y lactantes muy sensibles al ambiente emocional de las situaciones en las que se les sitúa.

El intento que hemos hecho de seleccionar situaciones casi experimentales, que hemos llamado "abiertas-controladas", constituye uno de los elementos de respuesta a esta necesidad de ajuste entre la interrogante abordada y el método escogido [4, 18, 19]. Al seleccionar las situaciones en las que los niños son libres de establecer la orientación de su comportamiento, pero que por su misma constitución hacen las veces de revelador para las hipótesis puestas a prueba, nos encontramos en situación de experimentación, sin necesidad de finalizar los comportamientos de los sujetos observados. Es procediendo así como nos ha sido posible poner en evidencia la importancia de la imitación inmediata de los intercambios entre pares, durante el tercer año de vida del niño.

Hay algo más, particularmente importante, que amerita ser subrayado. De un largo periodo, durante el cual los recién nacidos han sido considerados como seres no capaces a los que bastaba darles leche (lactantes), hemos pasado, estos últimos años, a una concepción muy diferente que atribuye toda una plétora de capacidades a este organismo, incluso, llegado el caso, en el periodo fetal. Esta inversión exige ponderación y se impone una cierta prudencia. Ciertamente es innegable hoy que desde el nacimiento los sistemas sensoriales, visual, auditivo, olfativo y gustativo son en gran medida funcionales, pero basados en esto no puede concluirse que el recién nacido los utilice de manera eficaz, ni que estando disponibles se vuelvan inmediatamente canales de comunicación con la madre u otros compañeros del bebé. El hecho de que por medio de sus sistemas sensoriales el niño sea capaz de hacer discriminaciones, incluso sutiles, en condiciones de una experimentación controlada en el transcurso de la cual una sola característica del ambiente cambia, no permite concluir que en la vida habitual haya condiciones parecidas frecuentemente disponibles, ni que el niño se encuentre en la situación de llevar a cabo discriminaciones en el entorno sensorial, de manera tan fácil. Además, comprobar que una capacidad está presente en el repertorio de un niño, no nos pone al tanto de las condiciones en las que ésta se utiliza, ni de la extensión de su campo de pertinencia. Pongamos un ejemplo: habiendo verificado que el bebé discriminaba BA y PA, y que establecía la diferencia entre un círculo y un cuadrado, ¿qué podemos realmente predecir con respecto a la atención que el niño preste a una forma de ruido en su entorno inmediato?

BIBLIOGRAFÍA

[1] Altman, J., "Observational study of behavior: Sampling methods", en *Behaviour*, 1974, 49: 227-267.

[2] Baldwin, J.M., *Le dévelopment mental chez l'enfant et dans la race*, París, Alcan, 1987.

[3] Baudonnière, P.-M., "Étudier l'enfant de la naissance à trois ans: les grands courantes méthodologiques actuels", en *Comportements*, París, CNRS, 1985.

[4] Baudonnière, P.-M., *Evolution des compétences à communiquer chez l'enfant de deux à quatre ans*, París, PUF, 1988.

[5] Bloch, H., "Habituation", en *Étudier l'enfant de la naissance à trois ans: les grands courants méthodologiques actuels*, P.-M. Baudonnière (comp.), *Comportements*, 3, París, CNRS, 1985.

[6] Bower, T.G. R., *Le développement de la première enfance*, Bruselas, Mardaga, 1977.

[7] Bullinger, A. y P. Rochat, "L'activité orale du nourrison comme indice du comportement", en *Étudier l'enfant de..., Comportements*, 3, París, CNRS, 1985.

[8] Condon, W.S. y L.W. Sanders, "Neonate novement is synchronized with adult speech: Interactional participation and language acquisition", en *Science*, 1974, 183, 4120: 99-101.

[9] Darwin, Ch., *El origen de las especies*, México, Porrúa, 1992.

[10] Fantz, R.L., "Visual experience in infants: Decreased attention to familiar patterns relative to novel ones", en *Science*, 1974, 146: 668-670.

[11] Fogel, A., G.R. Diamond, B.H. Langhorst y V. Demos, "Affective and cognitive aspects of the 2-month-old's participation in face-to-face interaction with mother", en *Social interchange in infancy*, E.Z. Tronick (comp.), Baltimore, University Park Press, 1982.

[12] Gallup, G., "Chimpanzee: Self-recognition", en *Science*, 1970, 176: 86-87.

[13] Goodenough, F.L., "Interrelationships in the behaviour of young children", en *Child development*, 1930, 1.

[14] Haith, M., "Visual explorations and relative fixation time in early infancy", en *Étudier l'enfant de..., Comportements*, 3, París, CNRS, 1985.

[15] Lipsitt, L.P. y H. Kaye, "Change in neonatal response to optimizing and non-optimizing sucking stimulation", en *Psychonomic Science*, 1965, 2: 221-222.

[16] McGrew, W.C., "Aspects of social development in nursery school children, with emphasis on introduction to the group", en *Ethological studies of child behavior*, N. Blurton Jones (comp.), Cambridge, Cambridge University Press, 1972.

[17] Michiels-Philippe, M.-P. y J. Paschoud, "L'observation par l'approche comportamentale", en *L'observation*, M.-P. Michiels-Philippe (comp.), Neuchâtel, Delachaux y Niestlé, 1984, pp. 161-182.

[18] Nadel, J., *Imitation et communication entre feunes enfants*, París, PUF, 1986.

[19] Nadel, J. y P.-M. Baudonnière, "L'imitation comme mode prépondérant d'étude au cours de la troisième année", en *Enfance*, 1980, 1-2: 77-90.

[20] Nadel-Brulfert J. y P.-M. Baudonnière, "The social function of reciprocal imitation in 2-year-old peers", en *International Journal of Behavioral Development*, 1982, 5, 1: 95-109.

[21] Nadel, J. y P.-M., Baudonnière, "L'object: moyen d'étude des compétences à communiquer", en *Étudier l'enfant de..., Comportements*, 3, París, CNRS, 1985.

[22] Parten, M.B., "Social participation among pre-school children", en *Journal of Abnormal and Social Psychology*, 1932, 27: 243-269.

[23] Piaget, J., *El nacimiento de la inteligencia en el niño*, México, Grijalbo, 1990.

[24] Spelke, E.S. y C., Hofsten, "Do infants reach for objects? A reply to Stiles-Davis", en *Journal of Experimental Psychology: General*, 1986, 115: 98-100.

[25] Strayer, F.F. y R., Gauxethier, "Concepts et méthodes", en *Ethologie et développment de l'enfant*, R.E., Tremblay, M.A. Provost y F.F. Strayer (comps.), París, Stock, 1985.

[26] Streri, A. y M.G. Pecheux, "Tactual habituation and discrimination of form in infancy: A comparison with vision", en *Child Development*, 1986, 57, 1: 100-104.

[27] Trevarthen, C. y P. Hubley, "Secondary intersubjectivity: confidence, confiding and acts of meaning in the first year", en *Action, gesture and symbol: the emergence of language*, A. Lock (comps.), Londres, Academic Press, 1978.

[28] Vurpillot, E. y A. Bullinger, "A-t-il des âges clés dans la première année de la vie de l'enfant?", en *Le développement dans la première année*, S. de Schonen (comp.), París, PUF, 1983, pp. 177-207.

[29] Wallon, H., *La evolución psicológica del niño*, Buenos Aires, Psiqué.

[30] Zazzo, R., "Miroirs, images et espaces", en *La reconnaissance de son image chez l'enfant et l'animal*, P. Mounoud y A. Vinter (comps.), Neuchâtel, Delachaux y Niestlé, 1981, pp. 77-110.

[31] Zazzo, R., *Où en est la psychologie de l'enfant?*, París, Denoël-Gonthier, 1985.

20. LA IMPLICACIÓN DEL OBSERVADOR

MARGUERITE AUZIAS

En la introducción a la obra *L'observation,* que dirigió Marie-Paule Michiels-Philippe, ésta previene al lector informándole que la observación clínica, la observación en el medio escolar y los hechos relacionales no son aspectos abordados por ese libro [39]. Dice ella: "Parece que debe hacerse una enorme cantidad de trabajo antes de aventurarse a presentar textos básicos en este campo."

Yo, que me he aventurado a aceptar, antes de que este enorme trabajo fuera realizado, llevar a cabo una revisión crítica sobre ciertos aspectos relacionales de la situación de observación, quisiera que los autores y las citas elegidas provocaran lecturas y reflexiones que hicieran avanzar la investigación científica en este campo. Pues, como también dice Michiels-Philippe: "captar lo real tal como es y comunicar a los demás lo que ha sido observado son dos dificultades considerables".

Haciendo una breve introducción, digamos rápidamente cómo se considera la observación en las ciencias humanas de manera general y, según un cierto consenso, partiendo de una primera lectura de los artículos y obras de Lebovici, Ajuriaguerra y Diatkine, de Canter-Kohn y de Robin [14, 35, 50]. El artículo de este último es ya en sí mismo una síntesis acerca de las dificultades y contradicciones de la observación, así como de sus implicaciones en el medio en el que ésta se ejerce.

La observación es diferente de la intuición, de la introspección y de la entrevista dialogada. Es también diferente de la experimentación, por lo que la definición de Claude Bernard [39, p. 105]: "La observación es la investigación de un fenómeno natural y la experimentación es la investigación de un fenómeno modificado por el investigador", no conviene del todo si nos referimos a todos aquellos para quienes lo observado no es insensible al hecho de que se le observa, tanto dentro de las ciencias humanas como también a veces dentro de las ciencias "exactas".

¿Cuáles son los calificativos y por tanto cuáles las cualidades, y por medio de qué se define al observado y al observador en la bibliografía? El *observado:* se habla de su transferencia, de su narcisismo; lo denominamos actor, actuante, más hablante que pensante, y añadimos: visto, escuchado atentamente, gratificado, valorizado pero temiendo ser juzgado, en guardia pero al menos auténtico porque lo natural no deja nunca de volver a manifestarse. Se trata en este caso de calificativos relacionados sobre todo con adultos observados. *El observador* es espectador (algunos dicen *voyeur),* pensante, siempre

usuario de un cierto filtro epistemológico; reacciona ante el observado (contratransferencia), es discreto, más o menos callado, ve, escucha; es neutro pero atento y gratificante, "observador privilegiado y por tanto agradecido" [7]. Para recabar sus datos puede utilizar el video, la grabadora y muchas o muy pocas notas [33]. Puede, incluso, no escribir en absoluto con el fin de "responder fácilmente a las solicitudes emocionales de la madre" [7].

De todo esto resulta que la observación se moldea con relación a un proyecto, a un formulario y a situaciones. La síntesis inicial de la que debe partir es el observador más el observado: están en interacción y algo sucede entre ellos. Observar siempre es, en parte, actuar, en parte participar.

Ciertas exigencias pesan sobre el observador. Es participante pero al mismo tiempo tiende a establecer un distanciamiento necesario (es la consigna de los etnólogos). Su grado de participación modifica al observado, pero no debe alterarlo. Busca ser tranquilizador pero puede ser trastornado por su observación: "La relación observador-observado es emocional", dicen Lebovici, Ajuriaguerra y Diatkine [35]. El observador busca trascender la riqueza de los datos clínicos para llegar a un sentido general [50]. Busca describir la evolución de un ser entero y, sin embargo, debe necesariamente cortar, desde un punto de vista temporal, la realidad observada para "apropiársela". Cuenta con hipótesis, teorías,[1] modelos que lo guían en su manera de recabar datos e interpretarlos; sin embargo, no debe nunca escamotear lo particular, lo inesperado, lo informal, lo móvil. El peligro sería que construyera un lactante situado *a priori,* interpretado *a priori,* un *a priori* de lactante.

Durante un curso impartido en el *Collège de France,* J. de Ajuriaguerra daba una definición de la observación que, a sus ojos, subrayaba los aspectos esenciales [3]: "La observación implica simplemente adoptar una actitud particular de 'ajustarse a'; es decir, ser fiel en su descripción y considerar con atención, es decir con precisión, aquello que tiene un valor científico." Ajuriaguerra recordaba con este motivo que Claude Bernard admitía que la ciencia experimental sólo podría llegar a constituirse apoyada en la ciencia de la observación.

René Barbier, citado en la obra de Canter-Kohn, examina de cerca la implicación del investigador en la observación [14]. Para circunscribirla, ofrece un esquema de tres niveles (no necesariamente excluyentes entre sí), aplicable tanto al observador como al observado y a las miradas que se dirigían uno al otro: 1] la implicación puede ser de naturaleza psicoafectiva: el objeto de investigación interroga siempre la base de la personalidad del observador; el investigador debe entonces circunscribir su economía libidinal y controlar su contratransferencia; 2] la implicación también puede situarse en el nivel histórico-existencial: *ethos* de clase, experiencia pasada, problemática actual, proyecto de vida que constituye la serie de esquemas que da su signi-

[1] Señalamos con interés el origen etimológico de "teoría" con base en el *Diccionario Robert*: *theoria*: del griego "observación, contemplación", de *theôrein*: "observar".

ficado a las percepciones y a los actos; el proceso del observador está contaminado de todo ello hasta en las tentativas que se hacen para cuidarse de sus efectos implícitos; 3] la implicación puede intervenir también en el plano estructuro-profesional: la tarea del observador define su identidad profesional. Ésta responde a exigencias sociales (las del jefe, por ejemplo), y le confiere una función que mediatiza sus relaciones con los demás.

Las principales preguntas planteadas en toda observación son las siguientes: ¿observar es siempre más o menos participar y, por ende, cambiar de estatuto?; ¿el observador y el observado no forman un todo dentro del cual se establece una dinámica y modificaciones recíprocas?; ¿la observación es un paso únicamente descriptivo o, bien, igualmente interpretativo?; ¿hasta dónde llega la observación propiamente dicha? y ¿puede uno todavía hablar de observación cuando se trata de investigaciones-acción y de consultas terapéuticas?

Hemos investigado en la bibliografía las respuestas que se suelen dar a estas preguntas. Para comodidad de la exposición subrayaremos los campos de las disciplinas siguientes: la experimentación en las ciencias del comportamiento; la etología; la etnopsicología; el psicoanálisis; el desarrollo neuropsicológico del lactante; la observación del niño enfermo y las investigaciones-acciones.

PRESENCIA DEL EXPERIMENTADOR-OBSERVADOR EN LAS CIENCIAS DEL COMPORTAMIENTO

Debemos a J.-P. Desportes, investigador experimentalista, una obra enteramente dedicada a un problema emparentado con nuestro tema [24]: *Les effects de la présence de l'experimentateur dans les sciences du comportement.* Aunque en esta obra los ejemplos sólo se refieren a sujetos adultos, podemos seleccionar algunas reflexiones y conclusiones del autor, quien ha efectuado una importante revisión crítica e investigaciones personales.

"La escotomización de la presencia del experimentador como variable social de las situaciones de experimentación es un fenómeno muy expandido." El autor se explica: las experiencias realizadas para estudiar los efectos de la presencia de espectadores o de un experimentador (copresencia) confrontan por lo general dos situaciones: 1] una situación en la que los sujetos son sometidos a la presencia de espectadores mientras ejecutan una tarea; 2] una situación de aislamiento. Por otra parte, Desportes se ha dado cuenta de que no es raro que en las situaciones denominadas de aislamiento, el experimentador esté presente y pueda observar al sujeto, lo que no se menciona en el 88% de los 69 artículos aparecidos en 1971 en el *Journal of Experimental Psychology.*

Los efectos que produce la presencia del experimentador aunque sea neutro, silencioso y atento son o bien de facilitación o bien de inhibición. La inhibición o la facilitación de los resultados es no sólo función de la simple presencia del experimentador, sino de la dificultad de la tarea, tal como ésta es percibida, y de la ansiedad o de la tranquilidad psíquica de los sujetos. La ansiedad, si se presenta, es engendrada por la implicación personal, cuando el sujeto siente que está siendo juzgado, comparado.

Para suprimir estos "artefactos" y estos "sesgos", Desportes brinda soluciones que consisten esencialmente (manteniendo la presencia del observador) en procurar que los sujetos no se sientan amenazados por un juicio de valor negativo. En cuanto a la situación de aislamiento total del sujeto, se considera como muy restrictiva por lo que se refiere a la elección de las técnicas y de los formularios utilizables (el experimentador debe a veces dar instrucciones). Además, este aislamiento no suprime verdaderamente la presencia del experimentador, presencia que puede seguir estando implícita en la mente de los sujetos.

Para volver concretamente a las situaciones experimentales de aislamiento de los niños, en trabajos relacionados con las capacidades precoces y la habituación, cuando el niño se encuentra frente a estos estímulos y ante la cámara que lo filma, digamos que ciertos procedimientos actuales son más satisfactorios que los que se empleaban antes. Paralelamente a la publicación de trabajos [1] que muestran que los lactantes de menos de un año reaccionan, en ciertas tareas, mejor en su domicilio que en el laboratorio, algunos investigadores experimentalistas actuales han suavizado su formulario; por una parte, comparan los resultados obtenidos en laboratorio con los obtenidos a domicilio; por la otra, en el laboratorio logran estabilizar el estado emocional del bebé jugando con él y calmándolo antes y después de la experimentación –e incluso durante ella– y retirándose a intervalos. También le piden a la madre que esté próxima, detrás de una pantalla, para que pueda calmar al niño si hace falta. Porque lo que temen los investigadores es a los bebés que lloran, que se duermen o que miran el estímulo con un gran retardo inexpresivo, todo lo cual hace el experimento inutilizable y pone al experimentador ante una dura prueba.

Recordemos aquí *la extraña* situación de Ainsworth [2] [cf. cap. 5]. Tal situación, creada para estudiar "las modalidades de apego de un bebé a su madre" entra en el marco de situaciones de observación estandarizadas. Las reacciones del bebé ante la presencia y la ausencia de la madre y del extraño (cuyos comportamientos se definen con antelación) fueron empleadas por Ainsworth para clasificar a los lactantes de acuerdo con tres tipos principales: tipo A, apego esquivo y evitante; tipo B, apego protector, y tipo C, apego ambivalente.

Esta clasificación se obtuvo de índices obtenidos a partir de diferentes comportamientos del niño, estudiados con base en registros desde la perspectiva de su aparición y de su duración: la actividad exploratoria, trátese de desplazamientos, de mani-

pulación o de exploración visual del ambiente; la orientación de la mirada; el llanto; los comportamientos cuando la madre salía del cuarto: búsqueda, llanto y otras manifestaciones de angustia; los comportamientos al regresar la madre; los comportamientos cuando es tomado en brazos (por la madre o una persona extraña); los comportamientos cuando es depositado en el piso.

"Se puede estar en contra de tales clasificaciones, pero es necesario reconocer que se basan en observaciones muy sistemáticas y comparables" [45].

Mencionaremos todavía como pertinente, en relación con nuestro tema, el estudio de Ziegob, Arnold y Forehad [62]. Estos autores han notado diferencias en los comportamientos maternos en presencia o en ausencia del observador, y según si las madres habían sido informadas o no del hecho de que estaban siendo observadas. Parece que las madres se muestran más positivas en sus comentarios, y suelen estructurar más las actividades del niño en presencia del observador y cuando se saben observadas. Señalemos, a título de información general metodológica, la lista comentada de las ventajas e inconvenientes de los métodos de observación, aparecida en la obra de Fassnacht [27].

LA OBSERVACIÓN EN ETOLOGÍA HUMANA

En este tipo de observaciones lo más frecuente es que el observador esté escondido (tras un espejo sin azogue o una pantalla). Montagner, en sus primeros estudios sobre *L'enfant et la communication,* practicados en guarderías infantiles de día, justifica esta situación (no interferir en los comportamientos estudiados) y sitúa su implicación o más bien su falta de implicación [42].

Sólo pensaba en mirar y mirar para intentar captar algunos vínculos entre los desplazamientos y las reacciones de los niños. En cambio, muchos de mis primeros colaboradores, en su mayoría psicólogos especializados en educación, experimentaban alguna dificultad en aceptar su papel de observador silencioso. Observar a los niños sin intervenir y sin implicarse era, en efecto, una actitud difícil para antiguos maestros (la mayor parte lo había sido), practicantes habitualmente "en contacto" con el niño. Simplemente escuchar y permanecer alejado, no ser advertido, no implicarse: estos maestros descubrían sobre la marcha lo austero de la actitud etológica... Pero la austeridad de nuestra actitud de investigación no significa que los niños deban ser considerados como objetos, como me lo han reprochado a veces. Son vistos como seres en desarrollo.

Montagner practicó en un principio observaciones a niños en actividades libres, más tarde observaciones en situaciones arregladas (por ejemplo en situación de competencia), y observaciones continuas de uno o varios niños puestos en actividades libres. Las elaboraciones han permitido sacar en claro diversos modelos mímicos y posturales (de ofrenda, de tranquilidad, de amenaza, así como su evolución).

A propósito de estos modelos, Ajuriaguerra subraya que es importante estudiarlos "en el marco del desarrollo, tratando de discriminar los diferentes sentidos que adquieren en el plano de la diacronía, y según la inversión del funcionamiento de quien los efectúa en primer lugar, y del que responde a las señales..." [3]. Y añade, "las posturas no tienen sintaxis propia, abren la puerta a discursos fantasmáticos, a contenidos latentes que debemos descifrar".

Señalemos todavía, a título de información, los estudios acerca de las mímicas humanas del conocido etólogo Eibl-Eibesfeldt [26]. En sus tomas fílmicas estaba simultáneamente "a descubierto" de manera muy visible y "escondido" en cuanto a la dirección a la que apuntaba provisto de una cámara con un objetivo de espejo: parecía que filmaba frente a él y en realidad filmaba en otra dirección. Esta "astucia", esta actitud con relación al observado, es juzgada como muy ambigua por ciertos etnólogos que prefieren no esconder la dirección en la que miran.

Cosnier identifica la corriente interaccionista, tanto en sus escritos como en la práctica, con una "etología de la comunicación", equipada para estudiar el cómo, más que el porqué [18]. Dicha corriente intenta observar y describir lo que sucede en condiciones de interacción naturales entre madre y niño o en condiciones estandarizadas, como la investigación de Brazelton, Tronick y colaboradores, quienes estudian el efecto de las variaciones de la actitud de la madre con el niño en el transcurso del *baby-talk* (balbuceo infantil) [20]. Se sabe que cuando la madre deja de dirigirse al niño con una mímica neutra (cambiando de función y actuando como experimentadora), éste pasa por un estado de gran malestar. ¿Qué es lo que siente entonces la madre? Me parece que eso no se menciona en los trabajos.

Conviene igualmente evocar los estudios de tipo fundamental efectuados con los lactantes por Peter Wolff [61]. Éste informa acerca de los resultados de investigaciones hechas a domicilio con 22 niños de uno a seis meses, observados durante 30 horas por semana. Las dos terceras partes de este tiempo se dedicaron a realizar observaciones en situación natural sin intervención (como fue estudiar en el marco familiar las causas del llanto, y los hechos y estímulos que podían detenerlos). El resto del tiempo se dedicó a hacer experimentaciones generalmente informales: entrar y salir del cuarto ante la vista y conocimiento del niño; practicar la mirada directa; provocar la sonrisa; apretar los pañales; etcétera.

Lo que nos interesa aquí, como contrapunto de otras posiciones que contemplaremos después, son las precauciones tomadas por Wolff, precisamente para no causar una influencia en las situaciones de observación natural ni verse implicado con la familia, para de ese modo poder concentrar la atención en los pequeños, evidentemente considerados en sus relaciones habituales con su ambiente humano y físico. He aquí en lo que consisten estas precauciones:

- elegir, con ayuda de pediatras, familias susceptibles de cooperar apropiadamente;

- asegurarse de que los padres estaban de acuerdo con el estudio;
- observar al segundo o tercer niño de la familia, para que los padres se sintieran más seguros del papel que debían desempeñar frente a él (P. Wolff), que era el experto;
- informar que este último buscaba descubrir la manera en que los niños normales se desarrollaban, y que las interacciones madre-bebé no era uno de sus intereses principales;
- evitar dar consejos de educación, aduciendo que no era experto en la materia;
- mencionar la posibilidad de una consulta médica para las madres que aludían a sus dificultades familiares, así como para los niños, si se revelaba que éstos tenían un problema de salud.

Sin embargo, pese a estas precauciones metodológicas, wolff se ha dejado utilizar gustosamente como niñero cuando sale la madre. Según el autor las cosas han salido siempre bien, sin tropiezos, y algunas familias incluso han pedido que se hagan observaciones parecidas con otro de sus niños recién nacido.

LA OBSERVACIÓN DE LOS ETNOPSICÓLOGOS

Debemos a George Granal, sociólogo, una de las primeras definiciones de la observación participante: "En la observación participante, el observador es al mismo tiempo actor: se integra al grupo estudiado participando en sus actividades y en sus diversas manifestaciones" [31]. No se conforma con mirar y escuchar, sino que habla y participa también.

Jacqueline Rabain, en su estudio centrado en una etnia wolof de Senegal, nos dice cuáles son las razones precisas que justifican la necesidad de una participación del observador en la vida del grupo [47]. Su objetivo era describir el proceso de socialización del niño wolof durante el periodo del destete, discriminando el código cultural del grupo y privilegiando la observación de ciertos modos de relación entre el niño y su contraparte, "especialmente los intercambios físicos, las miradas, las palabras, la distribución y los intercambios culturales, así como la manipulación de objetos."

El reconocimiento de los modos de relación culturalmente admitidos, dice, es una de las condiciones de la observación. Por ejemplo, las preguntas, las interrogaciones particularmente interesadas en el primer desarrollo del niño, sus cualidades y su individualidad, eran inadecuadas, sentidas como irrespetuosas e incluso agresivas según las normas culturales wolof. El niño está situado en una escala comúnmente admitida de sociabilidad: "es tranquilo, es malcriado"; y sus particularidades son interpretadas como signos de una integración social en vías de realización; si las manos

de un niño de seis meses sufren una breve crispación, su madre dice "llama a la gente". La discreción y la intermitencia de la mirada se cuentan entre las primeras reglas de conducta que hay que observar. Pero al mismo tiempo "así como sucede con la interrogación sistemática, una actitud de observación, de reserva, puede ser muy mal tolerada". Aquél que se rehúsa al intercambio activo, como el que se aísla y se calla (para tomar notas, por ejemplo) se hace sospechoso. Todo adulto, familiar o visitante, debe participar en la socialización del niño pequeño.

"Observar, desde entonces, consiste, al mismo tiempo que participar episódicamente en las conversaciones del grupo familiar, en actuar, escuchar y en anotar, en la medida de lo posible, todo lo que sucede, todas las conductas del niño tanto como las de los miembros presentes en el entorno, de manera que se pueda identificar la tonalidad de los intercambios (y) el sistema de referencia que les da sentido."

J. Rabain relata cómo fue integrada a los grupos familiares observados. En relación con el niño, fue primero la extraña a la que se recibe ("levántate, mira a tu visitante extraña, ¿qué le vas a dar?"). Al cabo de visitas regulares, se volvió la homóloga de la *bàjjen* (la hermana del padre) que tiene interés en los hijos de su hermano, que les ofrece regalos; a su llegada, la madre le dirá al niño: "Ndeye, habla con tu bàjjen", o a ella misma: "Aston deberá pasar la noche contigo."

También se ha producido una evolución en los vínculos interpersonales con los personajes maternos, según tres casos: 1) la madre permanece reservada, habla poco y no aparenta sin embargo molestia ni hostilidad; 2) en la mayor parte de los casos, las relaciones de entrada, buenas y con frecuencia de tonalidad lúdica, se mantienen así; 3) la reticencia del primer contacto cede el lugar a una relación más personal.

En una frase particularmente elocuente y pertinente, Jacqueline Rabain resume lo que debe saber y hacer el observador: "No tiene importancia decir que el observador debe saber que él mismo forma parte de la realidad que observa. Debe también analizar sus conductas y sus actitudes a la luz de las reacciones que ellas suscitan, y debe adquirir conciencia de la realidad imaginaria y simbólica en la que ha sido situado por sus interlocutores."

Otros etnopsicólogos franceses nos han aportado (en comunicados personales) complementos de información acerca de la influencia causada por su presencia en las etnias, las comunidades y las familias estudiadas. Como Hélène Stork, estudia los aspectos culturales de las interacciones precoces entre familias y niños de familias tamoul del sur de la India, y quien se refiere en el plano teórico a D. Stern y E. Bick [56]. También B. Bril, quien estudia entre los bambara de Malí el tiempo de empleo postural del niño (tiempo que pasa en la espalda de su madre tanto dormido como despierto) [12].

H. Stork y B. Bril se las ingeniaron para hacer lo más tenue posible su influencia en los hábitos de las familias. En cambio, fuera de los momentos de investigación propiamente dichos, su presencia ha provocado intercambios de diversos tipos: grabaciones vespertinas de cantos y cuentos infantiles en la lengua materna y audición de esos cantos y cuentos; pequeños cuidados médicos (para quemaduras, etc.), introducción de información sobre el control de nacimientos; y donaciones de fotografías, las cuales resultaron grati-

ficantes, y una fuente de valorización de las costumbres y de reflexiones en torno a éstas.

Todo esto recuerda que cualquier disciplina tiene una ética y que la de la etnología se remite especialmente a W. Goodenough [30].

LA OBSERVACIÓN Y LOS PSICOANALISTAS

Se puede extraer una gran enseñanza de los trabajos de los psicoanalistas, que han efectuado observaciones en instituciones o a domicilio y practicado consultas terapéuticas. Es difícil aquí resumir lo que aportan a nuestro tema estos muy ricos estudios. Simplemente mencionaremos a algunos autores y textos que nos parecen ser "de referencia" para nuestro tema.

La observación en instituciones

Se sabe que desde 1935 René Spitz emprendió numerosas observaciones sistemáticas en niños muy pequeños en maternidades y guarderías infantiles, pero también en hogares y guarderías para niños abandonados, todo ello con la ayuda de filmaciones, pruebas y entrevistas [55].

Rogamos al lector se remita al método de trabajo de Spitz [55], y nosotros nos limitaremos aquí a citar un fragmento particularmente interesante de la discusión que siguió a la conferencia que él pronunció en el XXVI Congreso de Psicoanalistas de Lenguas Romances, en 1966 [54].

A una pregunta de Diatkine: "Me gustaría que nos diera alguna información a propósito de la forma en que usted interpreta este recabamiento de datos, pues su propia posición de observador, por el hecho de ser psicoanalista, modifica considerablemente las cosas", Spitz respondió: "En principio hay que quedarnos en lo cronológico: la sonrisa antes de la angustia del octavo mes. Hacemos variar lo que puede variar. Ciertos hechos nos sorprenden y exigen una explicación. Interrogamos a mucha gente competente, damos nuestra opinión y oímos la de distintas personas. Tratamos de identificarnos. La empatía aumenta con el análisis personal. La minucia de la observación, la libertad interior, el control del equipo sirven de garantía."

Fue en el Centro Infantil Masters de Nueva York donde se efectuaron las observaciones de M. Mahler, F. Pine y A. Bergman [38]. El objetivo del proyecto era ver cómo los niños sanos alcanzaban una impresión de "entidad individual" y de "identidad", según los autores. Desde 1955, Mahler había formulado con Gosliner la hipótesis del origen simbiótico de la condición humana, así como la hipótesis de la necesidad de un proceso de separación-individuación en el desarrollo normal. Mahler y sus colaboradores han descrito con precisión los locales en los que se efectuaron sus observaciones de

parejas madres-bebés, pues su estudio de las diferentes fases y subfases de la evolución de los bebés hacia la separación-individuación se apoya en hechos muy concretos [38]: las idas y venidas de los lactantes en estos locales, su capacidad para alejarse de su madre o su necesidad de quedarse acurrucados contra ellas..., capacidad o necesidad que dependen de sus posibilidades motrices y de sus necesidades de protección, en tal o cual momento de su desarrollo, como de la actitud materna de aceptación o restricción de las tentativas de alejamiento. Las deambulaciones de los lactantes y el significado psicológico de éstas se describen de manera muy clara y viva, con múltiples ejemplos que resaltan todas las variaciones individuales tanto del lado del lactante como del materno.

Es precisamente "la gran variedad de comportamientos maternos, aparentemente muy naturales e individualmente caracterizados" en un marco físico estandarizado, lo que, para Mahler, hace confiables las observaciones. Ciertamente las madres no eran insensibles a la presencia de "observadores participantes, pero la actitud de éstos era tal que los comportamientos habituales de las madres no fueron fundamentalmente modificados". Las técnicas de observación de M. Mahler están menos estandarizadas que las de Ainsworth [2], pero ofrecen un marco de observación estructurado menos rígido, más susceptible de hacer aparecer un gran espectro de actitudes espontáneas, pues madres e hijos tenían todo el tiempo libre y toda la libertad para moverse y comportarse a voluntad.

La observación a domicilio

De la muy interesante "Observación naturalista de las familias de niños psicóticos" de Jules Henry [33], antropólogo norteamericano y psicoanalista, pensemos, de entrada, en su divisa: "siempre observador, raras veces participante", lo que para él significa que la "participación se efectúa siempre en un nivel mínimo". "Evitamos en todo lo posible convertirnos en una parte del sistema interaccional", dice él luego de haber vivido seis días consecutivos con cada una de las seis familias estudiadas. Es obvio que si un niño le pasa el brazo alrededor del cuello él lo acepta, pero no lo busca. Y si un niño está en peligro físico lo socorre, como hacen todos los otros observadores a domicilio que hemos leído.

Consideremos también los factores que, según este autor, rigen las modificaciones del comportamiento familiar, debido a la presencia de un observador. Estos factores son seis, pero nos referiremos sólo a tres para nuestro propósito: la "estabilidad de los sistemas interaccionales" dentro de la familia; "los factores de tensión debidos a la presencia del observador" y "los esquemas fijos de comportamiento" que son defensas contra las pulsiones inconscientes, en virtud de las cuales la familia no puede alterar su comportamiento en presencia del observador ni mantenerse alerta en todo momento,

lo que representaría un esfuerzo muy grande.

Henry señala, por otra parte, un aspecto positivo que es la participación de las familias en la investigación de las causas del mal de su niño.

El estudio de David y Appel relativo a cinco esquemas de interacción entre madre y niño a la edad de un año, basado en un trabajo que ha sido frecuentemente discutido con John Bowlby [21], apareció en 1966. Este estudio buscaba descubrir los posibles efectos a distancia de una permanencia en la guardería, desde el nacimiento hasta los tres meses, con separación de la familia.

Uno de los aspectos de la investigación implicaba observaciones a domicilio. En el capítulo "Metodología", de un notable rigor, David y Appel abordaban especialmente la relación observador/madre-hijo. Su primera preocupación fue que los interesados se sintieran libres y se comportaran espontáneamente, esto en función del siguiente imperativo: construir entre el niño y los suyos una relación que pudiera durar cuatro años.

"Estar cerca surgió como la actitud básica fundamental", tener simpatía por los cuidados y las alegrías, etc.; "también estar dispuesto a mostrarle interés y aprecio al niño". Esto provocó numerosos movimientos contra-transferenciales en los observadores. Era importante dominarlos "para poder dar constantemente pruebas de esta tolerancia incondicional de la que los interesados tienen una absoluta necesidad para soportar ser observados y hasta para olvidarlo". La doble identificación de los observadores con la madre y con el niño ayudó a controlar estas reacciones contratransferenciales. "La actitud de base con sus tres facetas (disponibilidad-proximidad; esfuerzo de identificación; tolerancia-control de las reacciones transferenciales) fue el primer instrumento de investigación de los observadores, y permitió observar a todos los niños (n = 25) de cabo a rabo." David y Appel piensan que esta presencia atenta, discreta y tolerante, modificó de todos modos las condiciones de vida del niño y de la madre, y "tuvo que causar efectos". Los autores no precisan "efectos terapéuticos", sin duda por modestia.

Un grupo de psicoanalistas que trabajó con E. Kestember [34] relató sus observaciones en la relación madre-bebé en el seno de la familia. Según el autor "estas observaciones se alejan del rigor del cuadro analítico, pero utilizan como hipótesis de partida el conocimiento y la formación psicoanalíticos."

En este estudio [34] la implicación de los autores fue muy diversa. Kestemberg, sin embargo, pudo hacer una síntesis acerca del "papel del observador a domicilio y las dificultades de tal procedimiento, especialmente para los analistas". Seleccionaremos los siguientes puntos: el miedo a ser indiscreto se diluye rápidamente, frente al valor gratificante y valorizante para la familia de "participar en una investigación que tenía que ver con el desarrollo del niño, en la medida en la que los observadores fueron discretos en cuanto a la patología del niño cuando ésta existía". El observador puede sentir un efecto de exaltación, el cual crece en personas que tienen tendencia a ser impresionables. Para algunos, el observador puede ser vivido como una mirada crítica, al

revelar las relaciones de cada uno de los padres con sus propias imagos parentales. También puede ser considerado como un buen padre reparador, como abuelo indulgente; en ese caso es objeto de una implicación templada. En resumen, este tipo de observación tiene un valor terapéutico y heurístico.

Pérez Sánchez relata la observación a domicilio que hizo del pequeño Carlos (desde el nacimiento hasta el año, a razón de una sesión de una hora por semana), en la que fue supervisado por E. Bick [46]. En el plano teórico, Pérez Sánchez se sitúa en la línea de M. Klein, W.R. Bion y D. Anzieu. Estos autores han insistido en la necesidad de una ayuda experimentada por el bebé desprovisto frente a sus angustias internas, ayuda que una madre "contenida" puede darle. Pero al principio la propia madre tiene necesidad de cuidado, de ser ella misma contenida en la regresión que se produce en ella. El padre y otros miembros de la familia pueden desempeñar este papel. Pero el observador también, de ahí su importancia y finalmente su influencia; podríamos decir influencia terapéutica o al menos profiláctica, en tanto que contraequilibra la regresión materna. Es un papel difícil de asumir. Pérez Sánchez revela honestamente hasta qué punto ciertas reacciones emocionales del observador pueden perturbar sus propias "funciones de contención".

Sin embargo, la concepción del papel y las actitudes del observador, según Pérez Sánchez, siguen siendo las del etnólogo, a la vez distanciada y participante. Pero esta concepción evolucionará un poco en el transcurso de la experiencia, pues al término de ésta se podrá decir: "expreso públicamente mi reconocimiento hacia Carlos y su familia, con quienes he compartido y vivido desde la fragilidad de las emociones nacientes hasta el arraigo más firme de una relación familiar."

Las notas de observación –pequeños cuadros precisos y vivientes– fueron escritas luego de cada observación y jamás durante ésta. El informe se esfuerza por ser lo más fiel posible, se relaciona con los sucesos, los comportamientos y lo expresado por la familia, así como con las actitudes del niño. La observación consiste, según el método de Bick, "en tolerar la manera en que las madres cuidan a su niño", en sentir y recabar hechos libres de toda interpretación; "*don't jump into interpretation*" decía ella sin cesar a sus alumnos. Era ulteriormente, durante el seminario con E. Bick, cuando se efectuaba el trabajo de interpretación.

Las consultas terapéuticas

De la obra tan rica y original de Winnicott, psicoanalista que tenía una gran capacidad de identificación con el niño, resaltaremos particularmente "La observación de niños pequeños en una situación establecida" [60], texto verdaderamente básico tanto para las observaciones que aquí se describen como para la discusión teórica que los sigue.

Cuando escribió este texto, hacía aproximadamente 20 años de que Win-

nicott observaba a niños pequeños en su servicio dentro del hospital de Paddington Green Children. Había anotado minuciosamente en un gran número de casos la manera en que se comportaban los lactantes en su "situación establecida", fácil de determinar en el marco cotidiano de su servicio. "Me parece que se puede hacer un trabajo terapéutico en esta situación establecida", decía, y luego añadía "Esta situación puede ser empleada como instrumento de investigación": el bebé está sentado en las rodillas de su madre; a su alcance, sobre la mesa, una espátula (abatelenguas) de metal brillante.

He aquí la forma en que Winnicott describe "la secuencia normal de los sucesos" de este juego con la espátula; abreviamos con pesar esta observación.

Primer estadio: El niño lleva la mano a la espátula pero descubre en ese momento que la situación amerita reflexión. Está desconcertado. O bien la mano sobre la espátula y el cuerpo inmóvil me mira con los ojos muy abiertos y ve a su madre también, acecha y espera [...].

Segundo estadio: Todo el tiempo que dura "el periodo de duda" (como yo lo nombro), el cuerpo del niño permanece quieto (aunque no rígido). Poco a poco adquiere ánimo para dejar que sus sentimientos se desarrollen [...]. No pasa mucho tiempo antes de que se meta la espátula a la boca y la muerda con las encías [...].

Llegado a este estadio, el bebé parece sentir que la espátula está en su posesión, en su poder quizá, en todo caso a su disposición para expresarse. Golpea sobre la mesa o sobre una copa de metal cercana que está sobre la mesa, haciendo el mayor ruido posible: o bien la lleva a mi boca o a la boca de su madre, y se pone contento si fingimos comer con ella. No cabe duda de que desea que juguemos a ser alimentados y se trastorna si cometemos la estupidez de meternos la espátula a la boca y echamos a perder el juego. Anotaré de paso que jamás he visto a un bebé que se decepcione por el hecho de que la espátula no sea comida o no la contenga.

Tercer estadio: Hay una tercera fase. En este estadio, el bebé al principio tira la espátula como por error. Si se la damos se pone contento, juega con ella otra vez y la deja caer de nuevo, pero esta vez menos fortuitamente. Si se la volvemos a dar, la tira voluntariamente y se regocija a fondo, con agresividad, del placer de haberse librado de ella, y se siente particularmente satisfecho si la espátula produce un sonido metálico al pegar contra el suelo.

Esta tercera fase se termina* cuando el niño desea ser puesto en el suelo con la espátula, donde vuelve a metérsela a la boca y a jugar con ella, o bien cuando ya tuvo bastante e intenta tomar algún otro objeto que esté a su alcance.

Esto vale como descripción de la norma sólo entre los cinco y los trece meses de edad aproximadamente."

En la discusión teórica que sigue a esta observación y a otras, Winnicott comenta ampliamente la "fase de duda" y su significado, así como los procesos mentales que la subyacen. En cuanto al valor terapéutico de este tipo de situación, lo explica así:

* Examinaré el significado de esta fase y lo asociaré a las observaciones de Freud relativas al niño y el carrete (1920) en la última parte de este artículo.

- "atreverse a desear y tomar la espátula, y hacerla suya sin alterar de hecho la estabilidad del ambiente inmediato es una experiencia que actúa como una especie de lección objetal con un valor terapéutico para el niño";
- "lo que tiene de terapéutico este trabajo reside, creo yo, en el hecho de *que se da margen al desarrollo de una experiencia.*"

De aquí, Winnicott extrae algunas conclusiones relacionadas con uno de los elementos de un buen ambiente para un niño pequeño: que su madre deje que sus experiencias (comida, sueño, defecación) se desarrollen completamente y se terminen, "lo que representa para él un valor particular de lección objetal".

Lebovici explicita su experiencia de observaciones, de consultas terapéuticas (emparentadas a las de Winnicott), y de la terapéutica de las interacciones. El marco teórico de las consultas terapéuticas se define como sigue:[36]

1] Incluyen la observación de la interacción entre la madre y el niño, y eventualmente con los otros miembros de la familia, sobre todo el padre.

2] Permiten a los padres hablar de sí mismos, de sus familias, de su pasado y de la repetición de sus conductas. Permiten la evocación de sus fantasmas, que se proyectan en el niño.

3] Autorizan al observador terapeuta a tratar de comprender, con la ayuda de los padres, las motivaciones conscientes e inconscientes de sus comportamientos.

4] Exigen que los terapeutas puedan identificarse con los diversos protagonistas de la interacción [...].

En los casos más felices, la consulta terapéutica permite a los padres modificar sus proyecciones fantasmáticas y renunciar a la exigencia de confirmación narcisista que imponen a su niño" (p. 363).

Cabe tomar en consideración un elemento al que Lebovici regresa en diferentes momentos: "La observación de las dificultades, su comprensión y eventualmente su desaparición, se logran mejor cuando se trabaja en la interacción con un bebé en los brazos de su madre y cuando esto se hace en el domicilio de la familia." Pero el trabajo también es realizable en el marco de una consulta. Es éste un particular enfoque técnico de mucho interés, como lo muestra una cantidad de ejemplos. Una parte de este trabajo terapéutico consiste en enriquecer la gama de interacciones, por ejemplo mediante el aprendizaje de un mejor *holding* (contención), de una mejor compostura, de una mejor manera de llevar en brazos. Pero no hablamos aquí de una receta.

Nuestra convicción –dice Lebovici– es sobre todo que las proposiciones de modificación del comportamiento son posibles cuando se apoyan en la elaboración de los motivos y del móvil que hacen que la madre sea sorda a las aportaciones de su bebé. Por otro lado, hemos demostrado muchas veces la forma en que los bebés, aun muy pequeños, entienden el valor afectivo de las palabras y organizan en estos intercambios sus protorrepresentaciones. Pueden también actuar de otro modo con su asociada de interacción y contribuir a convertirla en madre. En estas condiciones favorables, proponer la modificación de los gestos y de las posturas adquiere todo un nuevo sentido.

Estas consideraciones permiten esperar que este tipo de trabajo relativo a las interacciones precoces permita una acción preventiva.

Aquí la observación no es de tipo etnológico, es decir "participante y distanciada". Nutre inmediatamente la relación terapéutica. Esta posición tiende a ser adoptada en nuestros días por un número creciente de psiquiatras de niños pequeños y por pediatras avezados.

OBSERVACIÓN DEL DESARROLLO NEUROFISIOLÓGICO DEL LACTANTE (EN LA LÍNEA DE LOS TRABAJOS DE WALLON, LÉZINE Y AJURIAGUERRA)

Abordaremos primero nuestros propios trabajos, los de M. Robin y D. Josse, y luego los de C. Widmer-Robert Tissot en Ginebra [6, 52, 58]. Nuestras propias observaciones se inscriben en las perspectivas trazadas por Ajuriaguerra, relacionadas con el estudio semiológico de los funcionamientos del bebé normal y de su evolución ontogenética: en particular, funcionamientos motores precisos y comportamientos de ternura.

Las técnicas de observación empleadas, según las investigaciones, van de la observación naturalista, en la familia o en la guardería en la que trabajamos, a las pruebas con los bebés, pasando por situaciones preparadas, o más o menos estandarizadas.

Evidentemente, las observaciones que practicamos en esta guardería deben ser situadas en el contexto de nuestros vínculos con esta institución y las instancias que la supervisan –lo que no es común en todos los psicólogos que trabajan en guarderías. Sin embargo, las relaciones habituales en este caso, de pedidos y dádivas recíprocos, son más acentuadas para nosotros debido a que nuestro laboratorio se aloja en esta guardería. De este hecho se desprenden para nuestro equipo diversas obligaciones:

- Utilizar algunos de nuestros documentos de observación para ciclos de formación de personal de guardería en los que se nos exige participar personalmente; en esta "evaluación de resultados", por lo que a nosotros toca, nos involucramos gustosamente.
- Responder a exigencias precisas de la institución-guardería, como son la de observar, seguir y respaldar la integración y el desarrollo de un bebé impedido. En este caso, la exigencia que se expresa puede ser compleja desde el principio; la resumimos de la manera siguiente: "Pongan su mirada en este niño; dígannos...: estén con nosotros." Esto expresa, por ejemplo, una especie de creencia en el poder mágico de nuestra cámara. Filmar al niño impedido es mostrar que vive, y que lo que vive le interesa a personas que garantizan el valor de eso que se conserva en la imagen (en este caso los investigadores); esto expresa también la necesidad, por intermediación de este interés suscitado, de incluirnos entre los protagonistas apaciguadores de una situación angustiante, en la que los "signos positivos", nombrados e ilustrados, adquieren un estatuto de realidad y también de esperanza.

Las películas les fueron mostradas a los padres y desempeñaron una función positiva en la dinámica guardería-personal-padres.

Mencionemos, en seguida, la forma en que filmamos a uno de los lactantes impedidos. Nuestras sesiones de filmación son por lo general simples registros de observación o balances de desarrollo, efectuadas en la sala de la guardería, pero para este niño hemos utilizado además otra manera de filmar, muy participativa y que puede ser considerada como una psicoterapia de apoyo. En el transcurso del rodaje, se produjo una dinámica entre los protagonistas (los padres, el personal de la guardería, el bebé, nosotros mismos) que creó una especie de *happening* con momentos particularmente fecundos de interacción. Los padres de este niño nos dijeron cuánto los habían beneficiado las filmaciones hechas en su domicilio.

Del mismo modo, las sesiones de prueba con este niño (realizadas con la contribución de I. Casati) tomaron un giro particular en presencia de la auxiliar especialmente encargada del niño. En el desarrollo de las pruebas, la auxiliar, entre otras cosas, pudo experimentar cómo la observadora también podía tener dificultades con el niño dando lugar a posibles rechazos. En este tipo de sesión, la institución exige nuestra implicación, con el fin de "hacer surgir" lo mejor del niño; una vez ahí, como le sucede al personal, a veces nos deprimimos cuando confirmamos, por ejemplo, la gravedad de un déficit mental.

Sin embargo, nuestra posición y formación nos ayudan a asumir las corrientes que se crean: lo vivido por el personal de la guardería en relación con la situación de la prueba y de la observación, *in situ;* y los efectos que la proyección de una película, a propósito de un niño impedido, pueden tener en el personal, el cual experimenta un afecto por él, por los padres, por nosotros mismos y por sus colegas.

También debe hacerse mención a la donación de fotografías a los padres y al personal (donación parecida a las que acabamos de mencionar en relación con los trabajos de Stork o Bril, quienes trabajaron en otras culturas), algo que nos parecía totalmente natural. Sin embargo, la donación adquirió un valor simbólico del orden del intercambio y de la valorización de los niños. En el caso preciso de un niño impedido, la primera fotografía que se ofreció a los padres fue la primera fotografía que tuvieron de él. La recibieron y conservaron con emoción y celo, tomándola como un objeto de "buena suerte", pues en su imaginación existía una amenaza de muerte sobre este niño. Habíamos osado fotografiar a este bebé, como a cualquier otro.

Precisemos ahora las investigaciones de tipo básico, emprendidas por nuestro equipo, y en las que se toma en cuenta la implicación del observador en las situaciones de observación.

En una primera serie de estudios observamos las posturas y movimientos espontáneos de niños de 15 días a siete meses de edad [6]. Para este estudio, cada lactante fue filmado desnudo, en plano general, acostado de espalda y

luego sobre el vientre, durante tres minutos en cada posición. La toma del documento se hacía en el domicilio o en la guardería; el niño aparecía solo y sobre su tapete, pero en una pieza habitual de su domicilio o de la guardería. La familia, el personal y los otros niños, siempre presentes, se mantenían a una ligera distancia.

La importancia de este tipo de observación se resume en dos puntos. Generalmente el bebé se encuentra en un estado de bienestar o incluso de animación gozosa por efecto de la estimulación cutánea que provoca la desnudez: efecto tónico y de ligera caricia debido al desplazamiento del aire entre los miembros. Por otra parte, las personas presentes se sienten conmovidas, enternecidas frente al desarrollo de un comportamiento habitualmente poco observado, pues, fuera de la hora del baño, el lactante está siempre vestido. De ese modo, una madre nos reveló: "Es la primera vez que lo veo así: tengo la impresión de estarlo descubriendo."

En otra serie de estudios se observó los intercambios corporales, táctiles y los comportamientos de ternura entre la madre y el niño [5, 13]. Una de las secciones de este estudio tuvo que ver con la observación del abrazo con beso, a partir del modelo "tender los brazos", "modelo que funciona como señal bien diferenciada en la construcción progresiva de vínculos de apego entre el lactante y su entorno adulto". El estudio se efectuó en el ambiente natural de los bebés: en la guardería de día o con su familia.

La investigación subrayó la importancia que tienen las modificaciones tónicas y posturales recíprocas, como primeros modos de apego, y la importancia que tiene la implicación emocional de los protagonistas, bebé y madre en particular, desde el despliegue de las reacciones primitivas que adquieren el valor de llamada y de búsqueda, y suscitan en el adulto movimientos afectivos (solicitud, ternura).

En el transcurso mismo de las situaciones de observación, la implicación emocional de tonalidad positiva de los participantes era evidente, aunque las situaciones fueron suscitadas para que el estudio pudiera tener lugar. Los participantes (padres y auxiliares de la guardería) y el niño podían entrar en un estado de verdadera animación, el cual era provocado por el observador (conductor del juego y participante), quien lo sentía como auténtico. Esta investigación sólo hubiera podido realizarse dentro de una situación ambiental que le proporcionara placer a los participantes.

El marco general de trabajo para estos estudios acerca de los comportamientos de ternura se parece globalmente al del estudio de Bowlby relativo a los comportamientos del apego.

M. Robin y D. Josse efectuaron observaciones en maternidad, en la guardería y a domicilio [52]. Una serie de estudios realizados durante 12 años, acerca de la relación madre-hijo en la maternidad, desembocó en la realización de una película destinada al gran público, muy interesante y de gran calidad: *L'espace maternité, premières rencontres mère-nouveau-né* [52]. A partir de escenas tomadas en vivo, esta película explicita la riqueza y la importancia psicológica de los primeros contactos madre-bebé después del parto. Los autores han preferido mostrar al recién nacido tal como es visto por su madre cuando ella lo aborda durante los primeros días.

Al principio, esta película se dirigía tanto a las futuras madres como a las asistentes de maternidad; buscaba suscitar en estos últimos una reflexión sobre sus prácticas y una mejor toma de conciencia del hecho de que cada día se desarrollan, cerca de ellos, frágiles intercambios que se deben proteger. La película es solicitada con frecuencia por públicos muy diversos.

Robin y Josse llevan a cabo actualmente investigaciones sobre la construcción de la maternidad en el caso del nacimiento de gemelos. Como estas investigaciones implican observaciones a domicilio, ellas se encuentran necesariamente confrontadas a problemas en las relaciones entre observador y observado, que también se analizaron [50].

Citemos ahora a Ch. Widmer-Robert Tissot [58], investigador ginebrino que ha empleado en sus trabajos el enfoque teórico de Wallon y Ajuriaguerra relacionado con una de las funciones clave del desarrollo: la función postural y todo lo que ésta implica; es decir las expresiones posturales; las actitudes y las mímicas que toman forma en el diálogo tónico y postural. Este autor hizo una investigación de tipo experimental, empleando una situación de cuerpo a cuerpo entre el niño observado y su madre (o su observadora), sin que éste pudiera verlas. Concretamente investigó si, filmados en la oscuridad, los niños de dos a seis meses manifestaban, mediante sus posturas, que podían diferenciar a su madre de una persona extraña, cuando eran tomados en brazos (y sacados de la cuna).

Resumimos brevemente las conclusiones de este trabajo. Widmer ha distinguido tres tipos de posturas en el bebé que es tomado en brazos y apoyado en el hombro: postura de fusión; postura de apoyo y postura de distancia. También ha tomado en cuenta la duración de las posturas de apoyo y la de los movimientos.

Resulta de este estudio que todo niño, aunque tiene con su madre y con la experimentadora un mismo tipo de postura general, manifiesta mediante signos muy tenues que las distingue.

- Al mes o dos, la fusión es completa con la madre en tanto que se realiza de una forma con frecuencia parcial con la experimentadora y además se alterna con "momentos de apoyo parcial".
- Entre los tres y cuatro meses, la duración de las posturas de apoyo es claramente superior con la madre, y la duración de los movimientos es superior con la experimentadora.
- Entre los cinco y seis meses, el bebé juega con el apoyo y la distancia, pero se queda más tiempo en apoyo con su madre y más a distancia con la experimentadora.

Ya no estamos aquí en el registro de lo visto y lo oído, sino en el diálogo tónico y postural: un niño nos enseña mucho, así, de su manera de ser con el

otro, según si está relajado y tieso, prendido o hecho un ovillo casi completo, con el rostro oculto y anulando la proximidad.

No puedo terminar este párrafo sin citar algunas frases de Irène Lézine que muestran que ella había resaltado muy bien que, en el momento de interpretar los resultados de una prueba, la reacción del niño hacia el observador es de una gran importancia [37]: "Un observador suficientemente atento puede obtener tanta información de la actuación misma del niño como de sus contactos con el adulto que lo acepta, busca o rechaza de modo más o menos claro. En el transcurso de la observación, algunos niños se interesan más en la persona que se ocupa de ellos que en los objetos que se le ofrecen, buscando mucho su contacto o tendiendo a utilizarlo como mediador frente a los objetos."

OTRAS ORIENTACIONES DE LA OBSERVACIÓN

El campo de nuestro tema de reflexión es muy vasto. En consecuencia, no hemos podido evitar la omisión de temas y trabajos relaciones con él.

Sin embargo, sin intentar desarrollarlos, deseamos cuando menos mencionar algunas situaciones de observación que cuestionan al observador mismo y algunos estudios de tipo investigación-acción, en los que las personas que están a cargo de los niños participan en la observación y toman la iniciativa en innovaciones pedagógicas o sistemas de prevención.

La observación del niño enfermo o del niño prematuro con riesgos. Se ha revelado útil para favorecer los progresos relacionados con el cuidado psicológico y a veces también médico de este tipo de niño. En tales circunstancias, el observador puede ser sometido a una prueba muy dura, mientras que la observación del niño normal es muy frecuentemente percibida como valorizante por aquel que observa y por el ambiente humano que participa en ello. Sin embargo, el interés que uno le da a un niño enfermo, hospitalizado o en peligro de muerte, a través de la observación, constituye una aportación positiva, innegable para él, para su familia y para el personal que lo cuida. Sobre este tema pueden consultarse algunos estudios basados en observaciones relacionadas con lactantes cancerosos, con graves deficiencias inmunitarias o que necesitan una reanimación digestiva, y también algunos trabajos que tienen que ver con bebés prematuros y sus señales de llamado [29, 40, 48, 57].

Investigación clínica e "intrusión". Algunas investigaciones abordan casos dramáticos, en los que la enfermedad grave de un bebé y posiblemente su muerte, ocasionan serias consecuencias en el desarrollo de los hermanos mayores y sobre todo en el de los niños siguientes. La investigación de madres gravemente afectadas por la muerte de un niño corre el peligro de ser intrusiva, no

sólo a causa del drama que han vivido sino también por la herida narcisista que provoca la evocación de hechos o de los fantasmas que los subyacen [44].

Investigaciones-acción e investigaciones-acción-formación. No podríamos terminar este artículo sin evocar el tipo de investigación que parte de observaciones y desemboca en una praxis que busca, por ejemplo, un mejoramiento en las condiciones de vida y los medios de prevención secundaria, dentro de diversas instituciones: guarderías, escuelas, consultas al servicio de la primera infancia (11, 14, 16, 20, 53). Este tipo de investigación puede también provocar cambios legislativos que protejan al niño pequeño "con riesgos" o impedido, así como al pequeño de desarrollo normal.

CONCLUSIONES

La implicación del observador del bebé en la situación de observación varía en función:

- del observador, autor del proyecto, que se sitúa en tal o cual disciplina por elección personal.
- de las hipótesis, de las teorías y de los modelos del observador, que guían la delimitación del proyecto de investigación, la elección de las situaciones y de los métodos de observación, y la interpretación de los datos recabados;
- de lo observado, de sus modos de reacción a la situación de observación.

Pueden existir dos actitudes extremas: por una parte, la del observador que busca estar lo más escondido posible, para no tener ninguna influencia, y que se inclina por implicarse lo menos posible para suprimir las variables-artefactos: investigaciones en etología humana; investigaciones sobre las capacidades precoces y la habituación; investigaciones sobre los estados comportamentales; por la otra, la actitud del observador que se implica, que entra en "empatía", que habla y que es activa con la intención de crear una situación relacional que revele lo mejor posible la dinámica de las personalidades observadas, y que dé lugar a efectos terapéuticos (consultas terapéuticas); o para integrar a los diferentes protagonistas de una investigación en un proceso de investigación-acción con el propósito deliberado de provocar una una mejoría en las estructuras institucionales, en el funcionamiento de la prevención, etcétera.

Entre estas dos actitudes extremas se sitúan muchos otros tipos de actitudes con sus matices respectivos. Citaremos tres:

- la actitud de los etnopsicólogos que es discreta pero que debe participar en la vida de la etnia estudiada, puesto que es la única manera de ser

aceptados por los grupos y de comprender las normas y códigos culturales que aclaran el significado de las conductas observadas;

- la actitud de los psicoanalistas que eligen (o que son constreñidos por el observado) estar más cercanos o un poco a distancia en las observaciones en instituciones o a domicilio, observaciones que permiten entender, en lo esencial, cómo se construyen las relaciones entre padres e hijos o entre niños y personal asistente;
- la actitud de los psicólogos que efectúan investigaciones básicas sobre el desarrollo neuropsicológico y la socialización del lactante, y que buscan remplazar el funcionamiento estudiado en la trayectoria evolutiva de la maduración y la interacción, en donde la participación del observador está modulada por el tipo de investigación emprendida: funcionamientos psicomotores precisos; comportamientos de ternura, primeros comportamientos interactivos en maternidad; relación madre/gemelos; aprendizajes cognoscitivos en el transcurso de interacciones sociales entre lactantes [20].

Esta revisión evocó temas: la observación del niño enfermo en el plano somático; la investigación clínica y el problema de la intrusión.

A todo practicante de la observación directa en las ciencias humanas se le podría proponer la reflexión de Jacqueline Rabain, reflexión que tiene un valor general: "Decir que el observador debe saber que él mismo forma parte de la realidad que observa, es decir muy poco; también es necesario que analice sus conductas y sus actitudes a la luz de las reacciones que éstas suscitan; debe estar consciente de la realidad imaginaria y simbólica en la que es puesto por sus interlocutores."

BIBLIOGRAFÍA

[1] Acredolo, L.P., "Coordinating perspectives on infant spatial orientation", en *The development of spatial cognition*, R. Comen (comp.), Hillsdale, Nueva York, Erlbaum, 1985, pp. 116-123..

[2] Ainsworth, M. "Attachment as related to mother-infant interaction", en *Advances in the Study of Rehaviour*, 1979, 9: 1-51.

[3] Ajuriaguerra, J. de, "Ontogenèse des postures, moi et l'autre.", en *La Psychomotricité*, 1980, 4: 46-51.

[4] Ajuriaguerra, J., de, "La peau comme première relation: du toucher aux caresses", en *Pschiat. Enf.* (en edición).

[5] Ajuriaguerra, J. de e I. Casati, "Ontogenèse des comportments de tendresse: I: Ètude de l'embrassement-étreinte, a partir du pattern tendre les bras", en *Psychiat. Enf.*, 1985, 28: 325-402..

[6] Auzias, M., I. Casati y J. de Ajuriaguerra, "Alternances posturocinétiques en supination chez le nourrison de quatre à sept mois", en *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1986, 34 (8-9): 347-369.

[7] Bick, E., "Notas on infant observation in psychoanalytic training", en *International Journal of Psychoanalysis*, 1984, 45: 558-566.

[8] Bourguignon, O., "Transdisciplinarité de l'approche del objet et articulation du psychologique et du social", en *Bulletin de Psychologie*, 1983, 36: 559-563.

[9] Bowlby, J., *Vínculo afectivo*, Buenos Aires, Paidós.

[10] Brazelton, T.B., E. Tronic y L. Adamson, *et al.*, "Early mother-infant reciprocity", en *Ciba Found. Symp.* 1975, 33: 137-154.

[11] Breauté, M., "Problèmes posés par l'observation en crèche", en *Psychologie et Pédagogie, Bulletin du GPCO*, vol. 14, núm. 1-2 (Segundas Jornadas del Grupo Francófono de Estudios del Desarrollo Psicológico del Niño Pequeño, Poitiers, 22-23 de junio de 1984), 1984, pp. 77-78.

[12] Bril, B., "The cultural context of motor development: Postural manipulation in the daily file of Bambara babies (Mali)", en *Int. Behav. Dev.*, 1986, 9: 439-453.

[13] Candilis, D. "L'introduction des échanges ludiques au sein des contacts cutanés entre la mère et l'enfant de zéro à six mois", en *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1985, 33, 2-3: 73-78.

[14] Canter-Kohn, R. *Les enjeux de l'observation*, París, PUF, 1982..

[15] Casati, I., "Naissance et développement du baiser chez l'enfant", en *Lieux de l'Enfance*, Toulouse, Privat, 1987, 8: 170-192.

[16] Chambrum, J. de y S. Lebovici, "Recherche-action portant su l'introduction de nouvelles actions préventives chez des enfants et des familles à risque d'ordre psychosocial", en *Communication au III Congrès International de Psychiatrie du Nourrison*, Estocolmo, agosto de 1986.

[17] Chiland, C., "Winnicott présent; situation de Winnicott dans la psychiatrie et la psychanalyse contemporaines", en *Psychanalyse à l'Université*, 1980, 5, 19: 541-552.

[18] Cosnier J., "Observation directe des interactions précoces ou las bases de l'épigenèse interactionnelle", en *Psychiat. Enf.*, 1984, 27, I: 107-126.

[19] Cramer, B., "Sur quelques présupposés de l'observation directe de l'énfant", en *Nouvelle Revue de Psychanalyse: L'Enfant*, 1979, 19: 113-130.

[20] CRESAS, *Interactions sociales et construction des savoirs*, París, ESF, 1987.

[21] David, M. y E. Appel, "Relation mère-enfant. Ètude de cinq patterns d'interaction entre mère et enfant à l'âge de un an", en *Psychiat. Enf.*, 1966, 9: 445-531.

[22] David, M., "Danger de la relation précoce entre le nourrisson et sa mère psychotique: une tentative de réponse", en *Psychiat. Enf.*, 1981, 24, I: 151-196.

[23] David, M., J. Lamour, A. Kreisler y R. Harnish, "Recherches sour les nourrissons de familles carencées, en *Psychiat. Enf.*, 1984, 27, I: 175-222.

[24] Desportes, J.-P., "Les effects de la présence de l'experimentateur dans les sciences du comportement", en *Monographies Françaises de Psychologie*, núm. 31, París, Ediciones del CNRS, 1975.

[25] Droz, R., "Observations sur l'observation", en *L'observation*, J.P., Michiels-Philippe (comp.), Neuchâtel, París, Delachaux y Niestlé, 1984, 7-29.

[26] Eibl-Eibesfeldt, I., *L'homme programmé*, París, Flammarion, 1976, pp. 25-29 [*El hombre programado*, Madrid, Alianza].

[27] Fassnacht, G., *Theory and practice of observing behaviour*, Londres, Nueva York, Academic Press, 1982.

[28] Ferenczi, S., *Psychanalyse I, Œuvres complètes*, t. I: 1908-1912, París, Payot, 1982, p. 143 [*Psycoanálisis: 1908-1912*, en *Obras completas*, Madrid, Espasa Calpe].

[29] Gauvain-Piquard, A., "Quand c'est un bebé qui a mal", en *Lieux de l'Enfance: l'Enfant Malade et Son Corps*, 1987, 9-10: 291-302.

[30] Goodenough, W.H., "Ethnographic field techniques", en *Handbook of Cross Cultural Psychology*, H.C. Triandis y J.B. Berry (comps.), vol. 2: Methodology, Londres, Allyn y Bacon, 1980.

[31] Granai, G. "Techniques de l'enquête sociologique", en *Traité de sociologie*, G. Gurvitch (comp.), t. I, 2a. ed., París, PUF, 1962, pp. 135-151.

[32] Harris, M. "L'apport de l'observation de l'interaction mère-enfant", en *Nouvelle Revue de Psychanalyse: l'Enfant*, 1979, 19: 99-112.

[33] Henry, J.; "L'observation naturaliste des familles d'enfants psychotiques", en *Psychiat. Enf.*, 1961, 4, I: 65-201.

[34] Kestemberg, E., *Autrement vue*, París, PUF, 1981.

[35] Lebovici, S. , J. de Ajuriaguerra y R., Diatkine "À propos de l'observation chez le jeune enfant", en *Psychiat. Enf.*, 1958, 1, 2: 437-464.

[36] Lebovici, S. *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*, París, Le Centurion, 1983.

[37] Lézine, I., *Propos sur le jeune enfant*, París, Mame, 1974, pp. 46-48.

[38] Mahler, M., F. Pine y A. Bergman, *Symbiose humaine et individuation; la naissance psychologique de l'être humain*, París, Payot, 1980.
[39] Michiels-Philippe, M.T., *L'observation*, París, Neuchâtel, Delachaux et Niestlé, 1984.
[40] Molenat, F., "Nouveau-né à risque en milien hospitalier: les signaux d'appel au cours de l'interaction enfant/personnel soignant", en *Le développment dans la premiére année*, S. de Schoenen (comp.), París, PUF, 1983.
[41] Molenat, F., J. Roy, J.A. Comps, y A.M. Dickele, "Recherche et intrusion", ponencia de la reunión del 16 de octubre de 1987 de la red INSERM: "Interactions à l'œuvre dans le développement du bébé", resumido en *Médicine et Enfance*, 1988, 8, I: 32-37.
[42] Montagner, H., *L'enfant et la communication*, París, Stock, 1978.
[43] Olden, C., "On adult empathy with children", en *Psychoanalytic Study of Child*, 1953, 8: 111-126.
[44] Papin, Ch., "Recherche et intrusion", ponencia... 1988, 8, I: 31-32.
[45] Pêcheux, M.-G. y R. Lécuyer, "Les méthodes d'étude du nourrisson", en *Les méthodes en psychologie expérimentale*, J.-P. Rossi (comp.), París, Dunod, 1989.
[46] Pérez Sánchez, M., *L'observation des bébés, les relations émotionnelles dans la première année de la vie*, París, Clancier-Guenaud, 1986.
[47] Rabain, J., *L'enfant du lignage*, París, Payot, 1979.
[48] Raimbault, F., A. Driben, C. Eliacheff, C. Ouzilou, y V. Votadoro, "Les nourritures terrestres: à propos d'enfants en réanimation digestive", en *Psychiat. Enf.*, 1980, 23, I: 5-86.
[49] Robin, M. "Trois exemples d'interactions entre la mère et l'enfant de la naissance jusqu'à trois mois", en *Psychiat. Enf.*, 1981, 24, I: 101-150.
[50] Robin, M., D Josse, y D. Dubon, "L'observation psychologique du très jeune enfant: quelles questions?", en *Bull. Psychol.* 1984-1985, 38, 368: 81-88.
[51] Robin, M. y D. Josse, "Quelques aspects de la relation mère-enfant à la suite d'une naissance gémellaire", en *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1987, 35, 8-9: 369-377.
[52] Robin, M. y D. Josse, "L'espace maternité, les premières rencontres mère-nouveau né", película de 16 mm, sonido óptico, 23 min., coproducción SFRS-Fundación Mustela, 1987.
[53] Rondal, J.-M. y M. Hurtig, *Introduction à la psychologie de l'enfant*, vol. I, Bruselas, Mardaca, 1981, pp. 171-196 [*Introducción a la psicología del niño*, Barcelona, Heider, 1986].
[54] Spitz, R. "Implications metapsychologiques de mes recherches sur les données du developpement infantile", en *Rev. Fr. de Psychanalyse*, 1966, 30, 5-6: 535-568.
[55] Spitz, R., *De la naissance à la parole*, París, PUF, 1984.
[56] Stork, H., *Enfants indiennes*, París, Le Centurion, 1986.
[57] Weil-Halpern, F., D. Rapoport y G. Griscelli, "Les bebés-bulle", en *Psychiat. Enf.*, 1981, 24, I:41-100.
[58] Widmer-Robert Tissot, Ch., *Les modes de communication du bébé; postures, mouvements et vocalises*, Neuchâtel, París, Delachaux y Niestlé, 1981.
[59] Winnicott, D.W., *La consultation thérapeutique*, París, Gallimard, 1971.
[60] Winnicott, D.W., "L'observation des jeunes enfants dans une situation établie", (texto fechado en 1941), en *De la pédiatrie à la psychanalyse*, París, Payot, 1969, pp. 269-288 [*Escritos de pediatría y psicoanálisis*, Barcelona, Laia].
[61] Wolff, P.H., *Development of behavioural states and the expression of emotions in early infancy*, Chicago y Londres, The University of Chicago Press, 1987.
[62] Ziegob, L., S. Arnold, y R. Forehad, "An examination of observer's effects in parent-child interaction", en *Child. Dev.*, 1975, 46: 509-512.

TERCERA PARTE

LA PSICOPATOLOGÍA DEL BEBÉ

21. LA PSIQUIATRÍA DEL LACTANTE Y LA PATOLOGÍA DE LAS INTERACCIONES PRECOCES

SERGE LEBOVICI

En su trabajo cotidiano, el psiquiatra debería adoptar el punto de vista habitual de la clínica médica, que reagrupa síntomas y signos para clasificar al sujeto examinado, en relación con la semiología y la nosografía descritas en los disturbios mentales; debería hacer un diagnóstico. Este tipo de trabajo es difícil con los enfermos mentales, cuya biografía forma parte de los disturbios que sufren, y prácticamente imposible cuando se trata de niños cuyas dificultades obligan a sus padres a compadecerse.

En el terreno de la ansiedad, como lo veremos en el capítulo que trata de los trastornos neuróticos [cf. cap. 25], la tolerancia o la intolerancia de los padres desempeña un papel esencial en la aparición y la solidez de la organización patológica. El carácter de los padres, que se percibe en las reacciones de sus niños, se organiza a partir de manifestaciones de su propia neurosis infantil, y los trastornos neuróticos de la generación siguiente nacen inicialmente como una protesta contra los límites impuestos por el carácter neurótico de los padres.

Desde hace muchos años, la práctica de los centros de psiquiatría infantil tenía en cuenta estos hechos: se acostumbraba decir que los disturbios del niño o niña constituían el síntoma de la familia, que tenían el valor de una señal de alarma, etc. Se proponía a los padres el trabajo psicosocial como forma de ayuda que se daba también al niño.

Aquellos que se ocupaban de comprender las relaciones en el interior de la familia propusieron que ya no sólo se tuviera en cuenta la manera en que las relaciones familiares se inscribían en el funcionamiento mental del niño, sino que se estudiaran las relaciones interpersonales que ahí se desarrollaban, como en un sistema interactivo estable, donde la causalidad no se organizaba siguiendo únicamente un sistema lineal vinculado al paso del tiempo. Proponían que se tuvieran en cuenta también los efectos retroactivos de los hechos y las conductas de cada uno de los protagonistas: a partir de ese momento se empezó a considerar que el niño presentado al psiquiatra era el enfermo elegido, que hacía falta tratar a la familia a la que los trastornos del niño le permitían una cierta forma de equilibrio. Se empezaban a estudiar de esa manera las interacciones y las transacciones que ahí se desarrollaban, ya mediante la observación del medio familiar, ya en el transcurso de las curas propuestas por los partidarios de este enfoque sistémico. Algunos psicoanalistas pensaron que podían sacar partido de estas investigaciones y

propusieron otro tipo de enfoque familiar; la familia, considerada como una unidad funcional, les parecía el lugar de relaciones específicas: las relaciones interpersonales que ahí se desarrollan expresan no sólo el funcionamiento mental intrapersonal de cada uno de sus miembros, sino también el lugar que le es asignado, primero por su situación generacional, pero también por el "mandato transgeneracional" del que él es portador. Por supuesto, los especialistas del enfoque familiar se interesaron particularmente en las modalidades de comunicación que aquí se desarrollan.

Esta muy breve introducción, relativa a la evolución de nuestro modo de comprender los conflictos familiares y las relaciones que definen la familia, encontrará su aplicación inmediata en el enfoque psicopatológico del bebé.

PSICOPATOLOGÍA DEL BEBÉ E INTERACCIONES PRECOCES

Las relaciones entre el bebé y sus compañeros de crianza se definen por las interacciones, como hemos visto en la primera parte de esta obra. ¿Cómo imaginar que eso que los perturba pueda no tener consecuencias? Se puede ya afirmar que las perturbaciones funcionales del bebé tienen toda la probabilidad de ser una de las consecuencias de las dificultades maternas; cuando la madre sufre de depresión o ansiedad, estos estados repercuten en su comportamiento materno e implican problemas de sueño o apetito en su niño. Si ella presenta signos de la serie delirante o psicótica, no da a su bebé el lugar que debería tener y con ello corre el riesgo de descuidarlo gravemente e incluso de maltratarlo.

Por su parte, el bebé puede desarrollarse de modo inarmónico o presentar impedimentos congénitos que amenazan con alterar el programa de las conductas maternales y producir en la madre reacciones depresivas. Éstas no pueden más que agravar las dificultades iniciales del pequeño.

Por lo tanto es fácil darse cuenta del hecho de que estos desarreglos son los responsables de los problemas que se manifiestan en el bebé, y que no se pueden comprender sin tomar en cuenta su carácter interactivo. Al recordar estas evidencias sólo decimos que la patología del bebé es la expresión del estado de aquellos que lo crían, pero también –algo que tiende a olvidarse– que él mismo puede ayudar a estos últimos.

Veamos un ejemplo de esto: me fue traído un bebé de cinco meses porque comía mal. Estaba en brazos de su padre, replegado en sí mismo. La madre se sentía muy deprimida y siempre lo había estado; ponía en evidencia sus sentimientos de vergüenza y de incapacidad que aplicaba ahora al maternaje. Había regresado a vivir con su marido y Arnold (el pequeño) con los abuelos maternos, quienes le mostraban, no sin placer, sus capacidades (las de los propios abuelos). La veíamos desde la cámara de Gesell sin saber qué hacer o qué decirle a su bebé, con quien no tenía contacto corporal. Al regresar a la sala de observación, su marido, que había intentado interesarla en la mirada de Arnold, a quien tenía en brazos, le muestra cómo intercambia miradas con él y se lo pasa. Ella lo toma como lo tenía el marido y se inicia un diálogo de miradas. Luego el bebé se distiende, dirige la mano hacia el seno de la madre, que no lo ha alimentado, lo acaricia activamente y sale de su pasividad e hipertonía. Un momento después, toma el dedo de su madre y se lo lleva a la boca, lo chupa y luego lo muerde hasta que su madre se queja: "me muerdes, me devoras", protesta ella. Al decir esto se estremece por haber advertido una acción en su bebé: chupar y morder tiene una interpretación, si se utiliza la metáfora psicoanalítica: en su actividad oral, el bebé devora a su madre o al objeto materno. Este estremecimiento espontáneo de la madre muestra que estas interacciones implican más que un simple comportamiento interactivo. Volveremos a hablar después de la complejidad de estas transacciones. Pero lo que observamos ahora no es sólo la transformación del bebé, sino la de la madre que se encuentra en un estado muy diferente del que estaba a su llegada. Este bebé se encuentra bien y su madre se ha curado finalmente de su depresión; el hecho es que después de esta entrevista los medicamentos que tomaba empezaron a actuar y que ella asumió una conducta maternal. Conviene sin embargo señalar que Arnold no presenta, a los nueve meses, ninguna reacción de huida frente a un extraño: se quedó fácilmente con un médico mientras abandoné la sala de observación con su madre, y jugó con aquél, quien además hablaba mal su lengua materna. Apego demasiado fácil que traduce quizá las dificultades iniciales con su madre, quien dejaba que su padre y madre se jactaran del éxito que ellos tenían con los cuidados maternos.

Tal es la patología del "hacerse". Pero tenemos que ir más lejos y preguntarnos si nuestras consultas no deben implicar un estudio clínico de las interacciones.

LA CLÍNICA DE LAS INTERACCIONES

Primero un ejemplo: se trata de un niño de 18 meses que veo por problemas de sueño. Su madre me explica que durante su embarazo dos de sus amigas perdieron a su bebé de muerte súbita. Ella tenía mucho miedo por su hijo, decía mientras éste juega con un perro de peluche que, por casualidad, contenía en el vientre un cachorrito. Saca al cachorrito, manifiesta un interés lleno de temor, quiere encerrarse en una caja grande de juguetes y grita para que lo saquemos de ahí. Su madre no puede dejar de darse cuenta de que estos comportamientos lúdicos son una respuesta a la evocación de sus miedos, como si su niño comprendiera las amenazas que angustiaban a su madre y el peligro que él corría.

Este tipo de respuesta interactiva no es extraño si tomamos en cuenta el

gran registro de las interacciones precoces. Ya lo vimos: se puede hablar de interacciones en el plano del comportamiento, pero también de la vida imaginaria y fantasmática de ambos participantes en la interacción [cf. cap. 13]. La armonía interactiva se expresa también a través de la armonización de la inmersión afectiva de sus intercambios, en su sincronización modal o transmodal. Esto puede verificarse en el laboratorio o a domicilio, cuando uno observa a una madre y a su niño. Esta armonía se expresa con frecuencia con una palabra directamente tomada de las descripciones norteamericanas y de S. Greenspan [2]: Se trata de la "contingencia" en la sucesión de comportamientos de la madre y su bebé.

Pensamos que, con ciertas limitaciones, la observación de las interacciones en el marco de la consulta, enriquecida por la grabación de videos, permite trabajar con una madre que lleva a su bebé: mientras ésta puede hablar de sí misma, de su pasado y del lugar que tiene en él su bebé, uno ve al bebé y sus comportamientos, que varían con lo que la madre dice y evoca, y esos cambios afectivos hablan por él. Se observan cosas sorprendentes que nos han hecho pensar que los recién nacidos o los niños muy pequeños comprenden el lenguaje de la madre. He contado en otra parte el caso de una niñita de siete meses cuya madre había declarado que jamás se había entendido con ella; y la prueba de esto era que no la había podido amamantar porque sus pezones no salieron [3]. Unos minutos después le doy al bebé, que está en brazos de la madre, una tapadera de estaño, y ella exclama: "¡no me vayas a lastimar con eso!" En seguida, la pequeñita le pega en la cabeza con este objeto mientras que con la otra mano le pellizca violentamente un seno. Tales son, probablemente, los efectos de una comunicación interactiva y compleja que reposa sobre la base de una complicidad entre los dos participantes en la transacción [1].

El estudio de estas interacciones permite, pues, estudiar el complejo desarrollo de estos intercambios que no siempre son perceptibles. De ahí el interés clínico del estudio de documentos en video. Por ejemplo hemos tenido la ocasión de estudiar la tribulación aparente de jóvenes primerizas durante la primera mamada. Se podría pensar que las manipulaciones torpes de sus bebés podrían tener consecuencias lamentables en éstos. Pero uno se tranquiliza al ver desfilar el documento imagen por imagen y comprobar la intensidad del diálogo de miradas que se instaura durante esta experiencia; algo que es imperceptible en el examen de la cinta si se le examina a la velocidad de una proyección normal.

LAS DESARMONÍAS INTERACTIVAS GRAVES

Algunas investigaciones sobre el estudio microscópico de las interacciones precocísimas autorizan a preguntarse si los clínicos no podrían poner en evidencia algunas desarmonías relacionales, que podrían preceder el reconocimiento del autismo y de eso que acabará siendo una desarmonía evolutiva, cuya naturaleza psicótica no podrá tal vez reconocerse sino hasta cuando ya sea demasiado tarde. He aquí un sencillo ejemplo:

Un bebé que en ese momento tiene cuatro semanas nació después de que su hermano mayor fue víctima de un accidente dramático. Está pendiente de los ojos de su madre con una insistencia impresionante. Ésta, al mismo tiempo, no deja de interesarse en este pequeño de quien le han dicho que la hará olvidar sus constantes preocupaciones. Pero ella no puede evitar pensar en el hermano, gravemente impedido. Mientras habla con el bebé no le detiene la cabeza y uno percibe la hipertonía impresionante del recién nacido, hipertonía que se atenúa mucho cuando el padre lo toma en sus brazos. Este contraste entre la mirada insistente y el malestar tónico, muestra, pensamos, la gravedad de la desarmonía interactiva.

Admitiendo que se confirme este tipo de impresión y que las investigaciones ulteriores muestren la especificidad predictiva de desarmonías graves, cabría preguntarse si estas tipologías interactivas participan en la constelación etiológica, pues esta hipótesis permitiría esperar resultados interesantes en psicoterapias precoces de la interacción inarmónica. Pero otros pensarán sin duda que ésta es ya la expresión de un proceso inscrito desde hace mucho en el programa genético [cf. cap. 26].

Subrayemos, para concluir, que la revelación de estos desajustes interactivos permite hacer intervenciones que dan a la consulta un carácter eventualmente terapéutico [4]. Aun con las madres psicóticas cuyo comportamiento es fácilmente incoherente, la presencia de un terapeuta atento permite dar un sentido a las interacciones de los dos protagonistas y mantener un contacto importante entre la madre y su hijo. Debemos resaltar, sin embargo, que tal enfoque no debe restarle interés al desarrollo de este último. Y es que la actitud empática del terapeuta, su capacidad para identificarse flexiblemente con quienes efectúan la interacción, le permite comprenderlos mejor y eventualmente ayudarlos.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Bruner, J., *Savoir faire, savoir dire*, París, PUF, 1985.
[2] Greenspan, S.H., *Infants in multirisk families*, Madison, IUP, 1987.
[3] Lebovici, S., *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*, París, Le Centurion, 1983.
[4] Lebovici, S., "À propos de consultations thérapeutiques", en *Psychanalyse de l'Enfant*, 1987, I: 135-154.

22. SEMIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN EN PSIQUIATRÍA DEL BEBÉ

LÉON KREISLER

La elucidación de las bases clínicas y el establecimiento de una clasificación propias de la psiquiatría de la primera edad, son dirigidas por ciertos principios generales y permanentes, y por otros ligados a influencias actuales y prácticas, para resumir así las más decisivas.

El descubrimiento del lactante resulta de concepciones y metodologías todavía con frecuencia opuestas en enfrentamientos que uno querría superados. Por una parte el bebé construye –o reconstruye– de acuerdo con el modelo de "la predicción del pasado" en el psicoanálisis; por la otra, está la observación inmediata de su encuentro con el clínico. Las bases de su conocimiento directo son la psicología del desarrollo y la psicopatología.

Cientos de trabajos se han referido estos últimos años al desarrollo del lactante y a sus capacidades precoces. La originalidad fundamental de estos estudios ha sido la elección metodológica cuya evidencia escapaba hasta ahora: la interacción, elegida como objeto singular de la observación y de la investigación.

La psicología experimental y el estudio del bebé normal nos han proporcionado una cosecha abundante, y no lo sería tanto si no fuera gracias a la aportación de la psicopatología clínica. En forma paralela a los descubrimientos debidos a la observación "etológica" de las interacciones, la clínica psiquiátrica no cesa de afinar la descripción de las interacciones patológicas.

El funcionamiento psíquico del bebé es la otra vertiente que ha descubierto la psicopatología clínica para introducir en el conocimiento las presiones interactivas y mentales que operan más allá de la disección fenomenológica de los comportamientos. Sólo esta última permite plantear la gran pregunta de la psiquiatría del lactante, relativa a la relación entre los fenómenos observables y los mecanismos mentales que los determinan.

El destino de la psiquiatría del lactante es la repartición. Múltiples personas y disciplinas intervienen en la investigación, la prevención y los cuidados mentales del bebé: pediatras y neonatólogos, psiquiatras, psicólogos y psicoanalistas, sociólogos y trabajadores sociales, etólogos y otros. La psiquiatría del bebé se define tanto por sus observadores como por el objeto de su observación. La actual extensión de su campo acentúa esta pluralidad, y la atracción ejercida por el lactante es un fenómeno que señala la psiquiatría contemporánea. A la lista ya larga de las capacidades del bebé, podría hoy

añadirse, a manera de arranque, la capacidad de atraer hacia sí, como un imán, escrutadores cada vez más numerosos, variados y apasionados. Cada uno de ellos, orientado por sus propias ideas y provisto de hábitos intelectuales y técnicos de su especialidad, tiende a jalar la cuna hacia sí, no sin riesgo de desarmarla. El pretil de la división es la comunicación interdisciplinaria, la que supone un consenso, cuando menos clínico.

Así, un objetivo central es la descripción de una semiología psiquiátrica del niño, a la vez reconocida en su originalidad por las disciplinas psicológicas y abierta al gran abanico de los trabajadores de la primera infancia.

En psiquiatría, la nosología no siempre ha tenido mucha aceptación. A las críticas de sus detractores, la psicopatología del niño muy pequeño añade zonas particulares de vulnerabilidad.

¿No es paradójico intentar hacer la clasificación de un periodo en el que ninguna estructura mental sea definitiva, debido a la plasticidad evolutiva del psiquismo infantil, singularmente en una fase en la que el funcionamiento mental está sometido a las rápidas y radicales modificaciones del desarrollo primario? La riqueza individual de la clínica del lactante, constantemente renovada en sus variedades infinitas ¿no corre el riesgo de ser encerrada en la cuadrícula de una nosografía esterilizante? Sin desviarnos de nuestras intenciones, estos argumentos y otros parecidos nos invitan a reflexionar sobre los riesgos de toda clasificación, que no puede sino ser reductora, para ponderar sus efectos en la primera infancia.

LA SEMIOLOGÍA

El examen psiquiátrico del lactante

Sería artificial codificar el examen psiquiátrico en un modelo estándar. Cada caso posee sus singularidades de presentación y desarrollo, según las particularidades del síndrome, las condiciones de su revelación y las orientaciones propias del clínico, además de circunstancias tan diferentes como la aclaración de una patología comprobada, el sondeo de una población de riesgo o la supervisión de rutina en la consulta pediátrica o en la protección maternal e infantil [PMI]...

La investigación psiquiátrica del bebé es pluridimensional y en gran parte interactiva debido a la exploración de los fenómenos que circulan en todos sentidos entre el bebé, su pareja electiva y el observador. Lejos de revolver los datos de la interacción, la presencia del clínico induce situaciones significativas, incluidos los efectos terapéuticos de la consulta que cuentan entre los criterios del diagnóstico. La presencia viviente del bebé confiere a este procedimiento un poder inductor y asociativo en una situación que es única en psiquiatría y psicoanálisis. Una investigación que se desenvuelve

convenientemente da una impresión de unidad con un compromiso, un desarrollo dinámico, sus puntos fuertes y sus reanudaciones, más una conclusión. Espontánea, empática e inventiva, la exploración también está dirigida por el rigor de las intenciones diagnósticas, que una por una analizan: 1] al propio bebé, sus síntomas y su funcionamiento mental; 2] los fenómenos de la interacción que caracterizan la relación entre la madre o su sustituto y el bebé; 3] la personalidad del personaje clave de la relación; 4] al padre y a la familia en su conjunto, su estructura individual y social, la economía de su funcionamiento.

En esta evaluación se incluyen hechos desencadenantes, en su relación con la evolución del niño y su biografía.

El análisis semiológico del bebé se relaciona en particular con el desarrollo, la motricidad, el cuerpo y la expresión somática, los comportamientos espontáneos e interactivos y el funcionamiento psíquico.

El desarrollo y sus perturbaciones

Éstas tienen que ver con los fenómenos evolutivos de orden neuropsíquico que se desarrollan a partir del nacimiento y que se exteriorizan mediante adquisiciones en una forma y una cronología determinadas.

Los principales sectores, típicamente repartidos en el desarrollo (Gesell), son la motricidad, el lenguaje, la adaptabilidad (comportamiento frente a objetos inanimados) y la sociabilidad (comportamiento frente a personas humanas). En una perspectiva clínica se distinguen los problemas globales –retardo, aceleración, desarmonía– y los problemas específicos que corresponden electivamente a uno de los sectores nombrados. [cf. p. 215].

Desde una perspectiva estructural, los problemas están a veces aislados y otras incluidos en un sistema interactivo o mental definido (deficitario, neurótico, inarmónico o psicótico). Su etiología es plurifactorial. Habría considerables inconvenientes si se incluyeran los problemas del desarrollo en una nomenclatura de estados orgánicos, como a veces se ha hecho. Recordemos para nuestro interés que el desarrollo tiene una base neurobiológica cuyo alcance da cuenta de la patología lesional, y que toda función, cualquiera que ésta sea (posición, locomoción, prensión, control esfinteriano, lenguaje, etc.), pasa por tres fases evolutivas: 1] reflejo, 2] organización y 3] automatización, sometidas a las influencias del ambiente, particularmente durante el periodo de organización en el que interviene el aprendizaje, y en consecuencia los compañeros de la relación del niño y su implicación, de las que los defectos, las insuficiencias y las desviaciones pueden ser causa de organizaciones patológicas temporales o duraderas. Pues una función desviada en su origen puede organizarse en la desorganización [1].

Los problemas del desarrollo no son difíciles de localizar, su expresión es objetiva y a veces, incluso, cuantificable. Ocupan un lugar importante en la

clínica pediátrica cotidiana los balances periódicos de salud y los señalamientos de prevención. Sobre este tema disponemos de documentos que constantemente son enriquecidos por los nuevos conocimientos acerca de la interacción.

Explorado desde hace mucho, el desarrollo del lactante deja todavía muchas preguntas sin respuesta. Su profundización no cesa de atraer a los investigadores [1, 2, 8, 14, 15, 35, 38]. Muchos proyectos de exploración surgen para precisar la génesis de las interacciones lúdicas y afectivas [37], del lenguaje [9]... y de condiciones particulares tales como la precocidad y la falta de madurez [23, 26], para sólo citar publicaciones recientes.

La motricidad y la expresión psicomotora

La vía de la motricidad es, junto a la psicosomática, la otra gran modalidad de expresión corporal en la psiquiatría de la primera edad. Por definición, los disturbios psicomotores son organizaciones motrices desviacionistas significativas de una psicopatología actual o residual. Se distinguen, a la vez, de los problemas del desarrollo, tal como acaban de ser evocados, y de las anomalías motrices ligadas a una lesión del sistema nervioso central o neuromuscular periférico. "Los desórdenes psicomotores no responden a una lesión en el foco en el sentido neurológico del término. Son más o menos automáticos, más o menos queridos. Vinculados a los afectos, pero ligados al soma, a su fluidez a través de la vía final común... persistentes o lábiles en su forma, pero variables en su expresión, permanecen en un mismo individuo ligados a las correspondencias y a las situaciones" [1].

La evaluación de la motricidad reposa en modalidades de examen que a veces se oponen: el examen neurológico tradicional del recién nacido y del lactante en su originalidad, que es considerable en comparación con el del niño mayor (vigor, reflejos, motricidad y sensorialidad arcaicas, etc.); y la investigación psicomotriz basada en las técnicas de la neurología funcional.

En realidad se trata de una separación artificial: "Sería insuficiente y peligroso reducir el examen neurológico de un niño muy pequeño a comprobaciones sintomáticas sin tener en cuenta que la neurología de esta edad es inseparable del desarrollo global, de las incidencias psicológicas, de las incidencias mórbidas, de los azares generales del modo de existencia" (Aicardi).

La psicomotricidad revela el compromiso del cuerpo con relación a él mismo y con relación a los demás. Su investigación interroga la motricidad en sus capacidades adaptativas, expresivas y relacionales. Explora especialmente:

- el vigor, no sólo en sus cualidades y repartición, propias de la primera edad, sino en sus respuestas en el "diálogo tónico";
- las funciones posturo-motrices, apreciadas en relación con el nivel del

desarrollo y analizadas en su desenvolvimiento dinámico (las iniciativas, la movilización, la participación tónico-postural y cinética a los llamados, al acercamiento, al ser tomado, al alejamiento...);
- la motilidad espontánea e interaccional (su intensidad, el ritmo, la coherencia, la estabilidad, los movimientos anormales o parásitos posibles).

Como toda investigación relativa al niño, la de la psicomotricidad es en gran parte interaccional. El conocimiento de la expresión psicomotriz ganará mucho al ser explorada mediante los medios clínicos y audiovisuales, de acuerdo con protocolos estandarizados y ajustados a la patología involucrada.

Los problemas psicomotores del lactante se dividen en tres grandes categorías de síndromes: las actividades repetitivas, las desviaciones globales y las desarmonías motrices [cf. p. 216].

Las actividades motrices repetitivas. A veces denominadas "hábitos nerviosos" (los *nervous habits* de la bibliografía anglosajona), conjuntamente y, con más frecuencia electivamente, son: 1] los ritmos corporales y cefalógiros: balanceos globales en procúbito o decúbito, rotaciones repetidas de la cabeza, como el *spasmus nutans,* tiene un lugar individualizado [13]; 2] las actividades compulsivas llamadas de descarga (Bergès), de tipo autoerótico oral (succiones desenfrenadas, mordisqueos, masticaciones), manipulatorias (de una parte del cuerpo, de los órganos genitales) o autoagresivas: morderse, pellizcarse, pegarse en la cabeza, arrancarse el cabello. Tales actividades se desencadenan en accesos de duración e intensidad variable, muy frecuentemente ligadas al sueño, a las fases del dormir y del despertar, pero también a las situaciones de aislamiento en el transcurso del día.

Las condiciones etiológicas y estructurales son de una gran variedad y se caracterizan en su conjunto por la insuficiencia del apego y por la carencia, pasajeras o durables. Forman parte de la típica descripción del hospitalismo [36]. En el ya antiguo estudio de Bergès y colaboradores sobre los niños muy prematuros, las actividades de descarga y las ritmias aparecen en una proporción del 50%, en coincidencia con disturbios del sueño y del comportamiento, y pueden desembocar, según estos autores, en el "síndrome del ex prematuro", que tiene una expresión sobre todo psicomotriz: tics, estados tensionales, inestabilidad, dispraxias.

En *L'enfant et son corps* [17], en el capítulo acerca de los problemas del sueño, se menciona la observación de un niño de cuatro meses que sólo dormía tres o cuatro horas de cada 24, y que en el intervalo se entregaba a una actividad rítmica impresionante: golpearse la cabeza con ambos puños, con golpes cada vez más fuertes. Actividad singular, no sólo debido a su calidad, sino también a su precocidad. La situación tenía que ver con una madre gravemente depresiva. Fue a propósito de este caso y otros que M. Fain subrayó que la motricidad se halla implicada en la expresión clínica en la medida en que la posesión del bebé por parte de la madre es insuficiente [17].

Así, henos aquí comprometidos con lo más importante de la observación directa, sus relaciones con la compulsión de repetición. La tendencia repetitiva pertenece, como lo veremos, a la semiología del vacío depresiva [cf. cap. 23].

Estas severas condiciones no deben inducir, sin embargo, a generalizaciones peyorativas asociadas a estos síndromes. Son muy frecuentes y representan en resumidas cuentas la exacerbación patológica de hábitos presentes en muchos lactantes en un periodo de su desarrollo. No necesitan menos atención que las condiciones ambientales desfavorables.

Las desviaciones globales. Éstas afectan el estilo general de la expresión motora que puede ser insuficiente, excesiva o discordante.

La inercia psicomotora se refleja en lentitud gestual, falta de iniciativas motrices, debilidad de las respuestas a las solicitaciones e hipotonía, significativas de una pasividad posturo-motora. Trivializada con demasiada frecuencia bajo la rúbrica de un retardo psicomotor o de una hipotonía llamada idiopática, el comportamiento de inercia es revelador de condiciones psicológicas diversas: la indiferencia, el retraimiento, la atonía depresiva, el dolor psíquico, el repliegue psicótico, así como de circunstancias no menos variadas [cf. cap. 31]. Habría mucho que decir e investigar acerca de las hipotonías o hipertonías transitorias, la inhibición motriz y la pobreza cinética que no explica el estado orgánico.

La hiperactividad puede aparecer demasiado pronto, desde el segundo semestre o desencadenarse ulteriormente a la edad de caminar o en el tercer año, a veces después de una fase de tranquilidad o incluso de inercia. La excitación es su principal motor mental. En una proporción significativa de disturbios de sueño del bebé, se ha podido notar la asociación de una hiperactividad y de un progreso del desarrollo en condiciones interactivas de presión y de sobreexcitación [18]. Otras veces se producen incoherencias, como en la nena de seis meses cuya agitación revelaba una situación altamente patológica: la madre, muy desequilibrada, había comprometido a su bebé en un modo de vida caracterizado por la irregularidad, un rechazo en bloque y, sin duda, maltratos físicos. Los estados de hiperactividad expresan, en sus variantes semiológicas, mecanismos psicológicos tan diversos como la angustia, la defensa antidepresiva y el "comportamiento vacío". Éstas son las premisas de una inestabilidad psicomotriz duradera.

Las desarmonías motrices. Éstas pertenecen electivamente, pero no exclusivamente, a las perturbaciones de la personalidad (autismo y otras psicosis precoces). Lo son, en particular, el retardo de las adquisiciones posturales y sus discordancias, algunas reconocibles desde los primeros meses, como la ausencia de actitud anticipadora y de ajuste postural al ser tomado en brazos, o las reacciones paradójicas como echar la cabeza y el cuerpo hacia atrás.

La expresión motriz en la psiquiatría del lactante es un terreno todavía insuficientemente explorado. Limitémonos a unas breves afirmaciones: 1] su

comprensión sufre frecuentemente la consecuencia de oposiciones maniqueas: por una parte un organicismo incondicional que llega a invocar lesiones hipotéticas o disfunciones cerebrales mínimas; por la otra, psicogénesis exageradas, desligadas de la realidad biológica viviente; 2] si bien muchos trabajos y algunos muy recientes [4, 5, 6] han enriquecido nuestros conocimientos con relación a la génesis y al desarrollo psicomotor del bebé normal, siguen existiendo muchas incógnitas en la patología relativa a los vínculos entre el desarrollo tónico-cinético y postural por una parte, y a las interacciones, por la otra; 3] el nivel estructural, por su complejidad, nos remite al problema de la organización psicomotriz en tanto que entidad nosológica en el niño y niña [24].

Las descripciones de síndromes sugieren una gran diversidad psicopatológica, desde la inhibición neurótica hasta la psicosis, pasando por la depresión y las desorganizaciones, sin olvidar las variaciones de la normalidad. No menos variables son las condiciones etiológicas e interactivas, aunque dominan en el conjunto las insuficiencias de investidura.

El valor expresivo de los problemas psicomotores está sometido también a grandes diferencias. Algunos se relacionan con las fases primitivas de contactos y repudios, de pasividad o de agresividad [1], hasta adquirir un valor simbólico cercano al mecanismo de conversión. Pero muchas revelan fallas en la mentalización, como las que han sido aclaradas en las perspectivas psicosomáticas actuales. Un *spasmus nutans* no puede ser reducido a la expresión simbólica de una negación, ni a una convulsión de un equivalente orgástico.

El comportamiento

El análisis del comportamiento del lactante aporta a la psicopatología datos cuya riqueza no puede ser exagerada. Durante el examen, el clínico está al acecho de todos los matices: la excitación o, al contrario, la apatía; el niño que no se despega de su madre o, al contrario, se lanza prontamente a la autonomía de sus actividades; el interés por los objetos más que por las relaciones interpersonales, o viceversa; uno inventivo y variado, y otro encerrado en actividades repetitivas; éste indiferente al observador, aquel otro muy familiar con él...

El comportamiento expresa a la vez la adaptación a la realidad y las pulsiones que lo animan. Existen comportamientos que sugieren por sí solos la fobia, el desamparo, la angustia, la depresión, el retardo, la psicosis o la vacuidad afectiva. En una perspectiva clínica, las anomalías del comportamiento pueden clasificarse según su tonalidad global (excitación, apatía, irregularidad...) y por las orientaciones particulares de apego a las personas o a las cosas.

El cuerpo y la expresión somática

La psicosomática será objeto de una descripción en el capítulo siguiente, así que sólo destacaremos algunos puntos destinados a revertirla en el conjunto de la psicopatología precoz.

La patología psicosomática es el aspecto principal pero no exclusivo de la expresión somática, cuyas otras variedades son: 1] las consecuencias físicas de comportamientos anormales: del propio niño y de su entorno (accidentes iterativos, lesiones consecutivas a los hábitos nerviosos, a las aberraciones alimenticias, etc.; 2] los falsos problemas somáticos que representa la cohorte de esos niños llevados al pediatra por razones fútiles: falsos problemas somáticos del niño, pero problemas reales de la familia que pueden a la larga desembocar en una patología real en el niño; 3] los fenómenos de conversión precoz que suscitan controversias teóricas y para los que debemos rendirnos a la evidencia de su relativa frecuente aparición en la experiencia del pediatra (falsas impotencias de la locomoción, algias de los miembros, dolores abdominales...) y esto, desde finales del segundo año [17].

La patología psicosomática del niño obtiene su conocimiento de una triple orientación: pediátrica, psicodinámica y fisiopatológica [cf. cap. 27].

La diversidad de su expresión va desde los problemas más serios hasta los más anodinos, incluidas las variaciones de la normalidad. El niño más equilibrado puede "elegir" el registro somático para un día revelar un malestar o un conflicto. Muchos órganos pueden ser afectados con predilección por una función hípnica, digestiva o respiratoria. Las perturbaciones son funcionales o lesionales. En *L'enfant et son corps* [17], nos hemos apegado sobre todo a la patología funcional, representativa en su conjunto de una dinámica conflictual en condiciones caracterizadas por la sobrecarga de excitación. Nuestra atención se ha inclinado, después, por las formas severas, cuya gravedad se debe ya a la intensidad de problemas funcionales, ya a una organicidad lesional [18].

La investigación psicosomática de un niño, dada la singularidad de su objeto, exige una adaptación de los observadores somaticistas o psiquiatras que deben, tanto uno como otro, acondicionar su procedimiento habitual a las dimensiones corporales y psicológicas conjuntas.

El análisis clínico de la perturbación psicosomática procede de la precisión y de la sutileza de todo procedimiento médico. El mismo cuidado debe aportarse al análisis fisiopatológico, cuya comprensión aclara no sólo el mecanismo del problema sino también sus incidencias psicológicas y psicodinámicas.

Cabe subrayar la pluralidad de las formas estructurales incluidas bajo una misma denominación médica, como la de la anorexia mental de los lactantes ya citada, cuyas principales formas psicoclínicas son: la anorexia común del segundo semestre, con frecuencia denominada anorexia de oposición, para señalar lo esencial del proceso, que es una conducta de resistencia

activa frente a la alimentación; y las formas de estructura compleja, más raras pero muchas veces más severas. Las anorexias reconocen mecanismos mentales variados (la fobia, la depresión, la atonía afectiva, las personalidades inarmónicas...) Así, en grados sucesivos, se reúnen poco a poco los elementos de un análisis, a fin de organizar el diagnóstico en un triple procedimiento pediátrico, psiquiátrico y psicodinámico.

Las concepciones psicosomáticas actuales (IPSO) han permitido descubrir al lactante bajo una luz singular [18]. Una constitución psicoafectiva plena, equilibrada y estable, tiene a cualquier edad un lugar esencial entre las defensas que se oponen a la desorganización psicosomática. Para el lactante, cuya organización mental no es aún completa, la instancia defensiva está garantizada por la función materna: en este periodo, el funcionamiento interactivo refuerza el equilibrio psicosomático. La organización mental del bebé está estrechamente relacionada con la regulación cuantitativa de los intercambios entre los dos integrantes de la relación. Las condiciones económicas requeridas para que haya una buena homeóstasis psicosomática, interactiva y luego mental, son: 1] la plenitud de las aportaciones afectivas; 2] la flexibilidad de adaptación a las necesidades del niño; 3] la estabilidad de la relación. En ese orden, señalan las principales variedades de influencias patógenas: 1] la insuficiencia del apego; 2] la rigidez y el apremio; 3] las incoherencias y las discordancias cualitativas y temporales de la relación. También conviene evaluar las influencias del ambiente y las capacidades de comunicación propias del lactante. El ejemplo del niño prematuro es sugestivo a este respecto, afectado por la debilidad para abrirse hacia la comunicación, la resistencia a los contactos corporales y el desvío de la mirada, pero con una cierta receptividad en las situaciones alimentarias (Field). Desde el nacimiento, o casi, puede revelarse en algunos una extrema sensibilidad receptiva, una avidez de contacto y una intensidad particular en sus respuestas. El bebé denominado hipertónico es un ejemplo de esto [cf. cap. 30].

Desde la primera edad se afirman los principales mecanismos mentales de la somatización que son el excedente de excitación y la depresión. La sobrecarga de excitación desborda las capacidades funcionales mentales, inclinándose unas veces hacia los funcionamientos biológicos que ella misma desarregla (problemas de sueño, cólicos y colon irritable, vómitos, espasmo de sollozo...), tomando otras veces la forma de una lesión que puede afectar cualquier sistema.

La depresión del lactante, forma primaria de la depresión esencial [18], priva al psiquismo de sus apetencias relacionales y afectivas además del vacío de sus funciones fantasmáticas y representativas, abriendo el camino a las desorganizaciones somáticas más graves [18]: problemas funcionales captados de un automatismo de repetición de alto riesgo (mericismo, insomnio y anorexia graves y precoces) y patología orgánica lesional (infecciones de localización variable y diversa, retardo del crecimiento, asma severo, etcétera).

La patología psicosomática del lactante se inscribe en la clasificación según un reagrupamiento pluriaxial (cf. cap. 27).

La interacción y sus disfunciones

La inscripción de la interacción en una semiología y una nosografía de la psiquiatría del lactante –en donde no existía anteriormente– se basa en los siguientes principios. Sorprende la homogeneidad de los sistemas interactivos –regulares y patológicos– y la repetición de su contenido en secuencias episódicas durante una misma investigación y de un examen al otro. La permanencia de *patterns* (modelos) de interacción confiere a la observación directa una gran confiabilidad (M. David y G. Appel). Las anomalías están lo suficientemente aclaradas como para establecer una semiología de los disfuncionamientos interactivos y para proponer que se introduzca en una clasificación una categoría estructural fundada en la patología de la interacción. Las interacciones patológicas contienen una parte notable tanto de influencias organizantes como de desorganizantes, en una mutualidad donde el bebé no tiene menos influencia en su madre que su madre en él. La interacción testimonia a la vez fenómenos patológicos electivos e influencias patógenas que se producen en la relación.

Una de las singularidades de la psiquiatría del niño muy pequeño es la de apoyarse en el estudio simultáneo de los comportamientos interactivos observables y tangibles por una parte, e imaginarios y fantasmáticos por la otra, en una dualidad que analiza uno por uno a los integrantes para captarlos luego en una dinámica transaccional [20]. Esta aprehensión bifocal de la interacción exige observaciones y reservas antes de ser introducida en una clasificación. La rápida fortuna de la interacción fantasmática, descrita en 1981 [20], y luego ampliamente desarrollada, testimonia, a la vez, la fecundidad de este concepto y la seducción que ejerce. Pero su poder de atracción tiene límites, y su introducción en una nomenclatura con un fin nosográfico parece destinada al fracaso: la complejidad dinámica se presta mal a los artículos de un desglose. Los fenómenos comportamentales de la interacción, al contrario, son fácilmente accesibles a las nomenclaturas y a los esquemas, lo cual no deja de tener trampas y peligros. Uno de los más evidentes es la división descriptiva en una gran cantidad de interacciones entre las que amenaza perderse la elección del clínico. Otro escollo es la tentación de la influencia conductista, dispuesta siempre a aprehender las interacciones conductuales –regulares y patológicas– como objetos exclusivos para la observación y el tratamiento.

La clasificación de las disfunciones interactivas, como toda clasificación, no puede evitar ser reductora y de una cierta parcialidad. Hemos optado por una anotación basada en la economía del funcionamiento interactivo y sus desviaciones. Las cualidades esenciales ya citadas para un funcionamiento

interactivo eficiente y equilibrado son la plenitud de las aportaciones y la riqueza afectiva, la flexibilidad adaptativa mutua y la continuidad. Ellas orientan las principales categorías patológicas de la interacción: la insuficiencia; la sobrecarga y la rigidez; la discontinuidad y la incoherencia.

Los datos estructurales plantean, en el niño todavía desprovisto de lenguaje, un problema central de la psicopatología. En el bebé, puede decirse, cuya organización psíquica es incompleta, el funcionamiento interactivo precede al funcionamiento mental. La calidad de la interacción dual primitiva es un signo estructural confiable en las primeras fases del desarrollo.

Desde el fin del primer año es posible distinguir modalidades interactivas y conductas lo suficientemente elaboradas como para que uno pueda señalar estructuras mentales patológicas.

La estructura mental y las variedades psicopatológicas

Las descripciones del autismo (Kanner, 1943) y de la depresión anaclítica (Spitz, 1946) le abrieron el camino a un análisis psicopatológico de las estructuras mórbidas precoces. La idea de estructura plantea en el lactante problemas complejos y ampliamente discutidos [20]. Tanto o más que en edades ulteriores a la infancia, el término de estructura sólo puede ser aceptado a condición de entenderlo como una modalidad *actual* del funcionamiento psíquico, sometida a profundas modificaciones ulteriores en el transcurso del desarrollo. Aun en el psicótico no pueden prejuzgarse las formas patológicas evolutivas a largo plazo [29].

Cada uno de los párrafos siguientes abre un capítulo importante de la psiquiatría de la primera edad. Nos contentaremos con hacer breves anotaciones centradas en los problemas de clasificación.

Los estados deficitarios. El atraso y el retraso mental son considerados dentro de una categoría estructural y no etiológica. Rutter y colaboradores asignan en su clasificación un eje particular en el nivel intelectual, con una anotación cuantitativa del retraso mental [31]. Sin embargo, no debemos desconocer la complejidad de la organización deficitaria (Misès, Garone) y la diversidad etiológica en la que toman su lugar, al lado de los factores orgánicos, las influencias psicológicas y psicosociales.

La depresión y "el comportamiento vacío". Siempre actual en su magistral descripción clásica, la depresión del lactante ha sido rectificada en sus formas clínicas y etiológicas por numerosos estudios recientes. Verdadero anonadamiento mental que priva al bebé de sus apetencias afectivas, la depresión se revela como un mecanismo importante de la desorganización psicosomática (cf. cap 23). Todavía es poco frecuente contar entre los criterios para la evaluación psiquiátrica de un lactante los índices del vigor libidinal y los instintos de vida. La importancia de sus síntomas la atestiguan su debilitamiento en la atonía depresiva y su desvío en las otras variedades de la patología del humor, de la excitación, de la hipersensibilidad receptiva o de la vacuidad afectiva. Bajo el apelativo de "comportamiento vacío del niño pequeño", hemos propuesto la descripción de un síndrome de alto riesgo psicosomático que se desarrolla en las carencias crónicas [cf. cap. 27]. Éste se identifica por la vacuidad afectiva, la debilidad o la ausencia de actividades autoeróticas y transicionales, la ausencia de angustia ante un extraño y la indiferenciación de comportamientos de apego, lo que nos indica fallas inquietantes en la constitución de la relación de objeto.

Los problemas ansiofóbicos. La intensidad y la permanencia de miedo al extraño, la angustia de la separación y las fobias de alimentación o defecación... plantean el problema de las organizaciones neuróticas precoces. La expresión ansiosa o fóbica se cuenta entre las más comunes de la primera infancia.

Las psicosis precoces. Las dificultades en la clasificación de las psicosis infantiles están en la misma proporción que las diferencias de concepción que se oponen a propósito de ellas. "La descripción de una psicosis autista precoz en el lactante, de Leo Kanner, da lugar a una primera batalla; algunos no ven aquí más que una modalidad de daño orgánico cerebral; otros, por el contrario, insisten en el carácter relevante de las experiencias afectivas de esta edad. Una simple variedad clínica para unos, la afección deja de serlo para otros y se convierte en una manera de estar en el mundo", dice Misès, cuya propuesta nosográfica tiene la ventaja de optar por una referencia clínica, con miras a señalar la diversidad de condiciones en las que se encuentra asentado el problema de la psicosis precoz [27, 28]: las psicosis autistas; las psicosis de expresión deficitaria; las distorsiones psicóticas de la personalidad (desarmonías evolutivas de estructura psicótica) que cubren parcialmente las psicosis simbióticas (M. Mahler). Una presentación como la anterior inaugura un enfoque pluridisciplinario para la localización cada vez más temprana de la psicosis, especialmente en el campo de la pediatría en donde todavía es frecuentemente ignorada o trivializada bajo la rúbrica de retardo. Una de las preocupaciones más sensibles de la investigación actual es la detección de los síntomas precursores, mediante la observación de interacciones patológicas desde las fases primarias del desarrollo [32].

Los estados atípicos del lactante designan formas diversas en la bibliografía, a veces adjudicadas a la psicosis, otras consideradas como un grupo de espera. La expresión mental es variada y compuesta: espera global o parcial del desarrollo, problemas de comportamiento y de la comunicación, fallas cognoscitivas y de la organización tiempo-espacio, confusión en los procesos de individuación y de la identidad de género... Lo que domina en este mosaico psicopatológico es la falta de organización estructural. Los estados de de-

sorganización se asocian a severas coyunturas de privación afectiva, con frecuencia redobladas por maltratos morales y a veces físicos. Nuestra experiencia sobre estos estados ha surgido, sobre todo, de la patología psicosomática severa.

CLASIFICACIÓN

Recién llegada a la nosografía psiquiátrica, la clasificación de la patología del niño muy pequeño plantea algunos problemas que son comunes en la psiquiatría infantil y en la del adolescente, y otros específicos.

La nosografía de la psiquiatría infantil y del adolescente ha tenido una suerte paralela a la de la psiquiatría general por lo que toca a sus orígenes y a sus modelos. El primer ordenamiento lo hizo la Asociación para el Progreso de la Psiquiatría, The Group for Advancement of Psychiatry (GAP) en 1966 y su propuesta fue de tipo uniaxial [16]. Una clasificación pluriaxial fue elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) también en 1966, y ésta fue adoptada con algunas modificaciones por el Centre Alfred-Binet de París (Lebovici y Sadoun) y luego por otros organismos parisienses y de provincia [33, 34]. Más recientemente apareció una proposición para hacer "una clasificación francesa de las perturbaciones mentales del niño y el adolescente" a cargo de Misès y Jeammet [28]. El DSM III (1980) ha optado también por una separación multiaxial. Ésta incluye un cierto número de diagnósticos para el lactante, el niño y el adolescente, cuya aplicación ha sido objeto de vivas críticas, especialmente por parte de los autores franceses [24, 25, 28]. Una de las críticas más serias denuncia la reducción de la patología a una escala del comportamiento que deja de lado las perspectivas estructurales y psicopatológicas, impidiendo así la clasificación de un acceso a las predicciones evolutivas. Una puntualización de los problemas de clasificación de las perturbaciones mentales es el *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente,* que debemos a Lebovici [24].

La psicopatología del lactante ha estado dispersa durante mucho tiempo en una gran cantidad de escritos, algunos clínicos y otros con una perspectiva etiológica: la patología lesional cerebral, que ocupa un lugar prioritario en la bibliografía pediátrica; las consecuencias de condiciones tales como la prematuridad y la neonatología con riesgo; la hospitalización y los medios institucionales; los maltratos, etcétera.

El primer reagrupamiento es, según sabemos, el de Greenberg en 1970 [13]. Su lista incluye unos 50 comportamientos atípicos del niño pequeño que se correlacionan con actitudes y personalidades maternas inadecuadas. Este perfeccionado y metódico estudio es conducido con una perspectiva interactiva y psicodinámica que sigue la línea de Spitz.

La nomenclatura de Call es uniaxial y derivada del GAP, pero con muchas

adiciones, es especialmente interesante una categorización de la patología del apego [11]. Encontramos estos enlistados: 1] respuestas sanas; 2] problemas relacionales; 3] problemas del desarrollo (con y sin anomalía cerebral o general); 4] problemas psicofisiológicos; 5] desórdenes del apego; 6] perturbaciones de las relaciones entre padres e hijos; 7] problemas de comportamiento; 8] factores etiológicos del ambiente; 9] factores genéticos; 10] desórdenes de la comunicación (lenguaje). Esta categorización lineal introduce heterogeneidades. Así, el autismo se encuentra incluido en un subgrupo de problemas del desarrollo y la anorexia en los desórdenes del apego.

Clasificación pluriaxial

La intención de una clasificación de la psicopatología precoz es su empleo en la ordenación de las observaciones, en los documentos relativos a la prevención y a la protección materna e infantil, y en la investigación científica. En estos proyectos siempre están comprometidos conjuntamente diferentes especialistas de la primera infancia. El destino nosológico no sólo es intradisciplinario en la psiquiatría sino transdisciplinario. La expansión de este campo exige –junto a la coherencia y a la confiabilidad necesarias en cualquier clasificación– claridad en la formulación de los términos para un amplio espectro de clínicos.

La psicopatología del bebé se alimenta de conocimientos que no cesan de afinarse y transformarse, al mismo tiempo que se difunden entre los practicantes de diversas disciplinas. La apertura a los cambios, dentro de una flexibilidad evolutiva, es inherente a las clasificaciones. Así, los conocimientos actuales sobre la interacción, el funcionamiento psíquico del lactante y la idea de riesgo, me han llevado a modificar una nomenclatura anterior (1978) para hacer una proposición nosográfica nueva (1984) [23].

Los ejes de esta clasificación son cuatro: 1] la expresión clínica; 2] las estructuras interactivas y/o mentales; 3] las influencias etiológicas y/o asociadas; 4] la evaluación del riesgo.

Es necesario separar los ejes clínicos, etiológicos y estructurales porque, por una parte, un mismo síndrome puede deberse a causas diferentes (por ejemplo, un retardo en el desarrollo debido a etiologías tan diversas como un daño cerebral, la carencia afectiva o un problema de personalidad), y por la otra, una misma circunstancia etiológica puede dar lugar a numerosas variedades de expresión patológica (por ejemplo, un defecto relacional crónico del apego puede provocar manifestaciones tan distintas como un problema psicosomático, un retraso en el desarrollo, un desorden del humor o un disturbio de la personalidad); finalmente, un mismo síndrome puede deberse, según el caso, a estructuras variadas. Volvemos a encontrar esta confirmación a cada paso en la clínica psiquiátrica del lactante. Una anorexia puede ser de naturaleza oposicional, fóbica, depresiva o psicótica.

CLASIFICACIÓN DE LA PSICOPATOLOGÍA DE LA PRIMERA EDAD
(L. Kreisler)
(Propuesta de 1984, completada)

Eje núm. I. *Referencia clínica de base*
1. Problemas del desarrollo
   1*a*. Problemas globales
      Ej.: retardo, aceleración...
   1*b*. Problemas electivos que tocan, por ejemplo, el lenguaje, la adaptabilidad, la sociabilidad...
   1c. Desarmonías del desarrollo
2. Problemas de expresión psicomotriz y conductual
   2*a*. Actividades motrices repetitivas
      Ritmias (ej.: balanceos del cuerpo, movimientos cefalógiros, *spasmus nutans...)*
   2*b*. Desviaciones psicomotrices globales
      Inercia, hiperactividad, hiperquinesia
      Anomalías tónicas: hipertonía, hipotonicidad, paratonía...
      Retardos, debilidad motriz, dispraxia
   2*c*. Desarmonías psicomotrices
3. Problemas de expresión somática
   3*a*. Patología psicosomática
   3*b*. Problemas conversivos precoces
   3*c*. Consecuencias físicas de comportamientos anormales del propio niño (ej.: auto mutilaciones) o de su entorno (ej.: maltrato)
   3*d*. Falso problema somático

Eje núm II. *Referencia estructural*
2.1. Según los disfuncionamientos de las interacciones
   Insuficiencia
   Ej.: relación materna desprovista de aportes libidinales, carencia de estímulo...
   Sobrecarga
   Ej.: exceso de excitación, sobreestímulos, apremio...
   Discontinuidad
   Ej.: incoherencias cualitativas o cuantitativas de la investidura...
2.2. Según los disfuncionamientos psíquicos
   Ej.: Problema ansiofóbico
   Depresión, síndrome del comportamiento vacío, estado de excitación
   Psicosis
   Síndrome deficitario

Eje núm. III. *Referencia a los factores etiológicos o asociados*
3.1. Influencias orgánicas
   Ej.: mongolismo, mixedema, fenilcetonuria...
3.2. Influencias del ambiente, psicológicas y psicosociales
   a] Incidencias patógenas en la biografía del niño
      Ej.: guardias múltiples, hospitalizaciones, maltrato...
   b] Incidencias familiares
      Ej.: psicopatología parental, estructura familiar patógena...

   c] Influencias económicas y/o socioculturales
3.3. Según la cronología de la patología
   Ej.: Fase primaria
   Periodo anaclítico
   Fase terminal de la primera edad

Eje núm. IV. *Referencia al riesgo*
4.1. Grado de gravedad
   Ej.: variación normal, disturbio reactivo, alto riesgo, riesgo medio o bajo...
4.2. Naturaleza del riesgo
   a] Inherente a la forma clínica
      Ej.: somatización severa, retardo global del desarrollo, desarmonía psicomotriz...
   b] Inherente a la estructura interactiva o mental
      Ej.: problema psicótico, desorganización estructural, incoherencias de la relación...
   c] Debido a las influencias etiológicas propias del niño o de su ambiente
      Ej.: parálisis cerebral, neonatología de riesgo, toxicomanía materna, familia de riesgos múltiples...

Comentarios

1. El eje núm. I agrupa las modalidades de la expresión clínica que fueron detalladas precedentemente bajo la rúbrica de la semiología.
2. La referencia estructural reúne las variedades patológicas de los funcionamientos interactivos y mentales.
   2.1. En las fases más precoces del desarrollo, sólo las variedades patológicas de la interacción se prestan a ser inscritas en datos estructurales.
   2.2. Desde el fin del primer año es posible discernir los comportamientos y las modalidades interactivas suficientemente explícitas para indicar los comportamientos de tipo depresivo, neurótico, psicótico o deficitario.
3. La nomenclatura etiológica (eje núm. III) nos sugiere lo siguiente:
   3.1. Reaviva las controversias doctrinales, acentúa las divisiones entre los factores orgánicos, psicológicos y psicosociales, expone a los riesgos que ha señalado y señala aún la psiquiatría del niño:
   - una concepción lineal de la etiología;
   - la confusión de los niveles etiológicos y psicopatológicos;
   - la intención explicativa que dan a los fenómenos mentales los mecanismos fisiopatológicos, los neuromediadores, las acciones medicamentosas.

   3.2. La notación etiológica es pocas veces simple. Así, una condición que no deja de ser sorprendente –como la prematuridad– puede ser puramente contingente, y una misma condición puede introducir una gran diversidad patogénica. Así, la prematuridad hace invertir por separado y/o conjuntamente las características propias del bebé prematuro, las circunstancias (aislamiento, cuidados intensivos...), los desvíos de la implicación materna, las repercusiones psicológicas sobre los padres, etcétera.

   Esta complejidad nos ha llevado, con Soulé, a un intitulado alternativo de esta referencia "Factores etiológicos o asociados".

3.3. La precisión cronológica de la eclosión y del desarrollo de la patología es un dato etiológico de importancia. Una modalidad interactiva o mental, un problema somático o del desarrollo sólo adquieren sentido cuando son confrontados luego de un periodo evolutivo. La notación cronológica está sometida a grandes diferencias según las perspectivas del observador y el objeto de la investigación: los aspectos cognoscitivos, la evolución psicoafectiva, la génesis de la relación objetal, la separación-individuación, el apego... sin omitir las etapas de la maduración neurobiológica precoz.

Recordemos a título indicativo nuestra selección de los periodos divididos por los ejes de la fase neonatal, el tercer mes, el noveno mes y el decimoctavo mes para la patología psicosomática. El término de la primera edad se ha fijado convencionalmente a los 36 meses.

4. La evaluación del riesgo en el primer año tiene una influencia de un peso particular para la prevención. Al término de una investigación no es raro que nuestra convicción esté mejor afirmada acerca de la gravedad de un desorden o de una situación que en el diagnóstico. Estas y otras razones son determinantes para introducir en la clasificación una categoría de datos que incluyan la estimación del riesgo. Muchas reflexiones se han organizado estos últimos años alrededor del riesgo psiquiátrico en el niño, como dan fe de ello los múltiples encuentros en importantes publicaciones acerca de *L'enfant à haut risque psychiatrique* [3].

Las investigaciones más profundas acerca del riesgo psiquiátrico del niño pequeño provienen de documentos relacionados con la prevención médico-psicosocial precoz [34]. Así se han establecido las listas de "intermitencias" del riesgo: las mutilaciones, la prematuridad, la carencia, la edad de la madre, las situaciones familiares o sociales desfavorables... Una lista de datos como la anterior se expone a los inconvenientes ya enunciados acerca de la acumulación de informaciones heterogéneas. Por esto la precisión del riesgo gana si es analizada y clasificada según los ejes utilizados para el diagnóstico: 1] la forma de la expresión clínica; 2] las estructuras interactivas y mentales; 3] las influencias etiológicas patógenas y/o asociadas, propias del niño o inherentes a las condiciones externas.

Interviene, además, una apreciación cuantitativa, por ejemplo: variación normal; problema reactivo (con las precisiones que se añaden a la idea de "reacción" en psicopatología); riesgo débil o medio, alto riesgo. Anders y Emde [2], en su clasificación relativa a las relaciones precoces entre madre e hijo, introducen una noción cuantitativa ligada implícitamente al riesgo cuando distinguen: 1] los simples azares vinculados a los ajustes del desarrollo normal; 2] las vicisitudes de la relación con riesgo de una patología ulterior; 3] los desórdenes de la relación incluidos en una patología ya instalada.

Los problemas del niño vulnerable y del riesgo se desarrollarán más adelante (cf. cap. 34).

CONCLUSIÓN

Una visión nosológica no es un fin en sí mismo, sino un medio de comunicación. Sería falsa si desembocara en una división de la patología del lactante dentro de espacios confinados, y fuente de desviaciones si se erigiera en modelo clínico, comprometida en una confusión metodológica entre dos procedimientos muy diferentes tanto en sus fines como en sus medios técnicos. Estas reservas no son todas negativas: el esfuerzo de clasificación que se le impone al clínico en última instancia puede llevarlo a un análisis crítico de su proceder así como a una formulación más precisa de su pensamiento en la síntesis de la observación. Permiten una apertura a una gran ambición de la psiquiatría del lactante; llenar la fosa que separa interacción observable e interacción fantasmática: nivelar la separación entre comportamiento y elaboración mental del comportamiento.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Ajuriaguerra, J., de, *Manual de psiquiatría infantil,* Barcelona, Masson.

[2] Anders, T.F. y R. Emde "Classification of relationships. Problems and conceptos", XIe *Congrés international de l'Asocciation Internationale de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent,* 5-1-4. París, ESF, 1986.

[3] Anthony, E.J., C. Chiland y C. Koupernik, *L'enfant à haut risque psychiatrique,* PUF, 1980, 550 pp.

[4] Auzias, M. y J., de Ajuriaguerra, "Contributions à l'ontogenèse de l'equilibration", en *Neuropsychiatrie de l'enfance,* 1981, 30: 135-151.

[5] Auzias, M. y J. de Ajuriaguerra, "Le planeur, comportement posturo-cinétique au cours de la période prélocomotrice chez le nourrison", en *Psychiatrie de l' Enfant,* 1980, XXIII, 2.

[6] Auzias, M., I. Casati y J. de Ajuriaguerra, "Attennances posturo-cinétiqués en supination chez le nourrisson de quatre à sept mois", en *Neuropsychiatrie de l'Enfance,* 1986, 34, 8-9: 347-369.

[7] Brazelton, T.B., *Neo-natal behavioral assessment scale,* Londres, Heinemann, 1973.

[8] Brazelton, T. B., "Assessment techniques for enhancing infant development", en *Frontiers of Infant Psychiatry,* J.Call, E. Galenson y R. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1983, pp. 347-362.

[9] Bruner, J.S., "Early social interaction and languaje acquisition", en *Studies en infant-mother interaction,* Londres, Schaffer, Academic Press, 1977.

[10] Brusset, B., "De la pratique clinique à la statistique", en *Psychiatrie de l'Enfant,* 1979, 22, 2: 519-530.

[11] Call, J.D., "Toward a nosology of psychiatric disorders in infant", en *Frontiers of Infant Psychiatry,* J. Call, E. Galenson y R. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1983, pp. 117-128.

[12] Cosnier, J., "L' éthologie et l'épigenèse interactionelle du phénotype comportemental", en *Neuropsychiatrie de l'Enfance,* 1982, 30, 4-5: 277-278.

[13] Greenberg, N.A., "Comportement atypique de l'enfant en bas âge", en *L'enfant et sa famille,* E.J. Anthony y C. Doupernik (comps.), París, Masson, 1970, pp. 76-108.

[14] Greenspan, S.I. y A.F., Lieberman, "Infants, mothers and their interactions: a quantitative clinical approach to developmental assessment", en *The course of life,* S.L. Greenspan y G.H. Pollock (comps.), vol. I, US Adelphi, Institute of Mental Healt, 1980, pp. 271-310.

[15] Greenspan, S.I., "Psychopathology and

adaptation in infancy and early childhood", en *Principles of clinical diagnosis and preventive intervention,* Nueva York, International University Press, 1981.

[16] Group for the advancement of psychiatry, "Psychopathological disorders in chilhood, theoretical considerations and proposed classification", en GAP *Report* núm. 62, Nueva York, Group of the Advancement of Psychiatry, 1966.

[17] Kreisler, L., M. Fain y M. Soulé, *L'enfant et son corps. Études sur la clinique psychosomatique du première âge,* París, 4a. ed., PUF, 1987.

[18] Kreisler, L., *El niño psicosomático,* Buenos Aires, Abril.

[19] Kreisler, L., "Psychopathologie du premier âge. Bases cliniques. Regroupement nosographique", en *Rev. Neuropsychiat. Infant.,* 1978, 26, 5-6: 237-255.

[20] Kreisler, L. y B. Cramer, "Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson", en *Psychiatrie de l'Enfant,* 1981, 24, I: 233-263.

[21] Kreisler, L. y B. Cramer, "Infant psychopathology, Guidelines of examinations. Clinical groupings. Nosological propositions", en *Frontiers of Infant Psychiatry,* J.Call, E. Galenson, R. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1983, pp. 129-135.

[22] Kreisler, L., "Le comportement vide et le vide dépressif, deux conditions de vulnérabilité psychosomatique majeure", en *Neuropsychiatrie de l' Énfance,* 1982, 30, 4-5: 296-301.

[23] Kreisler, L., "Problèmes spécifiques de classification en psychiatrie dans le premier âge. Propositions nosographiques nouvelles", en *Confrontations Psychiatriques,* 1984, 24: 221-250.

[24] Lebovici, S., "La classification des troubles mentaux", en *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,* S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé (comps.), tomo III, París, PUF, 1985, pp. 563-589. [*Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente,* Madrid, Biblioteca Nueva, 1988].

[25] Lefèvre, J., S. Lebovici y Ph. Jeammet, "L'application de la nouvelle classification américaine dite DSM III à la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent", en *Psychiatrie de l'Enfant,* 1983.

[26] Massie, H.N. y B.K. Campbell, "The Massie-Campbell scale of mother-infant attachment indicators during stress (AIDS scale)", en *Frontiers of Infant Psychiatry,* J. Call, E. Galenson y R. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1983, pp. 294-412.

[27] Misès, R., "Problèmes nosologiques posés par la psychose de l'enfant", en *Psychiatrie de l'Enfant,* 1968, 11, 2: 493-512.

[28] Misès, R. y Ph. Jeammet, "La nosographie en psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent", en *Confrontations Psychiatriques,* 1984, 24: 251-272.

[29] OMS, S. Lebovici, R. Diatkine, M. Rutter, R. Misès, C. Doupernik y R. Sadoun, "La classification des troubles en psychiatrie de l'enfant", en *Psychiatrie de l'Enfant,* 1968, 11, 2: 468-570.

[30] Rosenfield, A.G., "Clinical use of the Bailey test of infant development for diagnostic of developmental dysfunction in very low birthweight infants", en *Frontiers of Infant Psychiatry,* J. Call, E. Galenson y R. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1983, 388-393.

[31] Rutter, J., D. Shaffer y M. Shepherd, *Classification multiaxial des troubles psychiatriques de l'enfant,* Ginebra, OMS, 1975.

[32] Sauvage, D., *Autisme du nourrisson et du jeune enfant (0-3 años). Signes précoces et diagnostic,* París, Masson, 1984.

[33] Sirol, F., "Etude statistique des diagnostics cliniques en psychiatrie de l'enfant", en *Psychiatrie de l'Enfant,* 1979, 22, 2: 585-593.

[34] Soulé, M., "Le recueil des données et des éléments du diagnostic en psychiatrie de l'enfant et du nourrisson. Sa systématisation en 1979", en *Psychiatrie de l'Enfant,* 1979, 22, 2: 585-593.

[35] Stanley, I. y S.I. Greenspan, Nover, R.A., "A developmental diagnostic approach for infants, young children and their families", en *Early Child Development and Care,* 1984, 16: 85-148.

[36] Spitz, R., "Anaclitic depression. An inquiry into the genesis of psychiatric condition in early childhood", en *The psychoanalytic Study of the Child,* Nueva York, International Press, 1946, 2, pp. 313-342.

[37] Stern, D.N. y R.K. Bernett, S. Spieker, "Early transmission of affect. Some research issues", en *Frontiers of Infant Psychiatry,* J.Call, E. Galenson y R. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1983, pp. 74-85.

[38] Thomas, A.D. y S. Chess, *The dynamic of psychological development,* Nueva York, Bruner/Mazel, 1980.

23. LA DEPRESIÓN DEL LACTANTE

LÉON KREISLER

La depresión del lactante no deja de provocar nuestro más vivo interés por un conjunto de razones de las que ninguna es determinante: su frecuencia, real y peligrosa; las condiciones contemporáneas de su acaecimiento; la diversidad de sus formas que incita a un afinamiento de la semiología; una mejor penetración de sus mecanismos, gracias a nuestros actuales conocimientos relativos a las interacciones precoces y a la psicopatología del lactante, a las que a su vez aporta enriquecimientos; las amenazas somáticas que implica, esclarecidas por las concepciones psicosomáticas modernas; y las discusiones teóricas que suscita y que dan al clínico de la primera infancia la oportunidad de asistir a la eclosión y al desenvolvimiento de un desorden, con frecuencia planteado como modelo del fenómeno depresivo.

LA DEPRESIÓN ANACLÍTICA [20]

La depresión del bebé fue revelada a la psiquiatría por la magistral descripción de Spitz, en los años 1945-1946. El término "anaclítico" que atribuye a este desorden hace referencia al apuntalamiento del primer desarrollo en la relación materna, y subraya su causa, que es una ruptura del vínculo objetal.

El estudio reposa en la observación continua, desde su nacimiento, de 123 niños de una guardería anexada a una institución penitenciaria para jóvenes delincuentes. En esta cohorte, 23 de ellos de entre seis y doce meses de edad, tenían una depresión severa y 26 sufrían formas depresivas menos acentuadas. La ruptura se había producido entre las edades de seis a ocho meses, luego de una relación muy constante con sus madres, quienes hasta ese entonces les habían otorgado cuidados exclusivos. A falta de una relación materna sustitutiva encontrada en la institución, sólo el regreso de la madre podía cortar el transcurso de la depresión, pero a condición de que el contacto fuera restablecido dentro de un plazo menor a los tres meses; sin lo cual, el riesgo evolutivo era el de los desórdenes mentales del hospitalismo, descritos en otra publicación [20]. No menos preciso era el desarrollo cronológico del síndrome. Al rompimiento del vínculo materno sucedía una exasperación dramática de la angustia en el octavo mes, gritos y llanto, rechazo del ambiente, perturbaciones del apetito y del sueño; y luego una fase de repliegue

en la tristeza, gemidos lastimeros, privados de las vocalizaciones habituales del bebé que protesta o se queja; y finalmente, el aislamiento en una indiferencia pasmada, la ausencia de respuestas a los estímulos, la caída del cociente de desarrollo y la multiplicación de las enfermedades físicas. Así, es posible distinguir en este desarrollo [1, 2, 17]: primero un periodo activo de protesta (consecuencia traumática inmediata a la ruptura), luego uno de desesperación y de hundimiento en el repliegue; y finalmente una entrada en la fase de indiferencia depresiva.

Este breve repaso no nos exime de leer en su integridad la descripción de Spitz, modelo de una metodología clínica. Ésta tiene un lugar histórico en la fundación de la psiquiatría del lactante, un poco después de la revelación del autismo precoz (Kanner, 1943). El conocimiento de la patología de la falta de los cuidados maternos [2] habría de dar un impulso singular a la psiquiatría infantil, y modificar mundialmente la política de ubicación y de cuidados institucionales de los niños pequeños. La obra de Spitz ha sido, para muchos, la que promovió la relación de objeto en el seno del psicoanálisis.

Hay que hacer una precisión previa para deshacer una "ambigüedad fundamental que pesa sobre el estudio de las depresiones infantiles" [16]. La depresión del lactante se presta a lecturas radicalmente distintas según se considere:

- la patología depresiva, basada en la observación clínica de la psiquiatría infantil;
- el desarrollo normal en el que la posición depresiva ha sido elevada por Melanie Klein a la altura de un suceso estructurante fundamental, en el transcurso del segundo semestre; la confusión entre estos dos niveles es perjudicial, y Spitz ha denunciado de entrada los riesgos de asimilación entre la posición depresiva de Klein y la depresión anaclítica, que lejos de ser constructiva es altamente desorganizante [19].
- la respuesta depresiva es una reacción humana de base frente a sucesos penosos, como la han desarrollado Sandler y Joffe [18].

Es en este último rubro en el que describimos fenómenos depresivos muy precoces y las respuestas depresivas del niño pequeño frente a las enfermedades y el dolor físico.

DEFINICIÓN Y ANÁLISIS SEMIOLÓGICO

Una descripción de la enfermedad depresiva del bebé, por muy imparcial que se proponga ser, no puede permanecer totalmente "inocente", ni al abrigo de influencias conceptuales que alcanzan a las mismas definiciones. La depresión del lactante es un desorden tímico de evolución aguda o subaguda,

cuyo determinismo electivo es una ruptura prolongada del vínculo materno y el componente mental esencial, y una atonía afectiva que priva al bebé de sus apetencias vitales. La edad electiva de su desarrollo es entre los seis y los dieciocho meses, en plena construcción de la relación de objeto.

Las descripciones clásicas, siempre actuales, pudieron completarse con las variantes psicoclínicas que incitan a afinar la semiología de la depresión precoz. Los ajustes han sido sobre todo obtenidos de la clínica psicosomática del lactante [11, 12].

La entrada en la depresión se hace tras un periodo preliminar de angustia de la separación exacerbada hasta lo patológico por la ruptura traumática, como se muestra en las descripciones históricas ya evocadas. En las circunstancias actuales, donde la separación es menos radical, la angustia no es siempre tan flagrante. Pero está siempre presente, modulada con base en las circunstancias presentes y anteriores. Todo sucede como si la depresión fuera la continuación de una angustia agotada por su desbordamiento.

La depresión del lactante no tiene una expresión unívoca. Sus variaciones dependen del grado de intensidad de la perturbación, de su duración, de la edad del niño(a) y de las condiciones etiológicas. Las formas más severas recurren a designaciones como el estupor, el embotamiento o el anonadamiento mental; el niño se sienta inmóvil o se acuesta con el cuerpo ovillado, está vuelto de espalda, el rostro fijo, con una rigidez glacial, la mirada vacía, como sordo y ciego a su entorno. Por otra parte, existen expresiones menos evidentes; la dificultad para reconocerlas puede tener que ver, simultánea o separadamente, con lo débil de los síntomas, con el camuflaje de una patología somática que la enmascara, o con circunstancias familiares o sociales que la ocultan. Subrayemos la posibilidad de que la depresión evolucione por accesos, largos o breves, evidentes o discretos; su severidad se hace patente por las desorganizaciones psicosomáticas que son con frecuencia las que la revelan [10].

La diversidad de estas formas no merma en nada la unidad de la enfermedad depresiva del lactante, cuyos elementos esenciales son: 1] atonía tímica; 2] inercia motora; 3] pobreza de la comunicación interactiva; 4] vulnerabilidad psicosomática.

La atonía tímica. Los síntomas más estrujantes se encuentran en las modificaciones del comportamiento que contrastan con el aspecto anterior del niño, quien muestra ahora indiferencia, una indiferencia triste, sin quejidos ni lágrimas, depresión fría, depresión blanca, podríamos decir. Las descripciones de la literatura están con frecuencia falseadas por la evocación de la depresión vivida por el adulto, cuando se habla de desolación, de angustia depresiva o de ansiedad, las cuales pertenecen a la fase prodrómica del síndrome y no a la depresión misma. La depresión del bebé es una atimia global, más próxima a la indiferencia que a la tristeza. Lo propio de la semiología depresiva del niño pequeño es ser negativa. Presenta "al revés", podríamos decir, la esencia misma de las apetencias vitales del niño saludable: el apetito no sólo para nutrirse, sino para ver, escuchar, sentir, ejercer sus sentidos en todos los terrenos, moverse, conocer, funcionar y progresar.

La inercia motriz. La lentitud depresiva es constante, aunque de grado variable, y sería preferible que fuera el objeto de evaluaciones codificadas, como se ha hecho con la disminución gradual de la depresión adulta [24]. La inercia depresiva infiltra el comportamiento mediante una monotonía que contrasta con la flexibilidad de las conductas del bebé normal en su infinita variedad de movimientos. La mímica es pobre, la movilidad corporal como gelatinosa, haciendo notar que la rigidez afecta sobre todo el tronco y la raíz de los miembros, más que las extremidades manuales y digitales relativamente más móviles. Disminuyen las iniciativas psicomotoras, y la respuesta motora a las solicitaciones se hace más débil. De esto puede resultar una declinación de las adquisiciones hasta hacer creer a veces en una regresión deficitaria. Spitz menciona una baja del cociente de desarrollo, y en apoyo de esto cita cifras catastróficas. Esta formulación es ambigua porque la pérdida de adquisiciones psicomotrices es sólo aparente, como lo demuestra la "dramática" rapidez de la reversibilidad cuando se sale de la depresión.

Las conductas alimentarias se contagian de esta inercia. La pérdida del apetito es un síntoma común en todos los niños, dice Spitz. La anorexia depresiva del lactante es del tipo de la anorexia de inercia marcada con el sello de la pasividad [10, 11]. Al hallarse privado de las manifestaciones de hambre, el bebé se defiende sin fuerza contra el alimento, en el transcurso de comidas tristes, impuestas, que muchas veces se terminan con un rechazo desbordado. Las reacciones frente a la coacción alimentaria son silenciosas o se reducen a gemidos quejumbrosos. La conducta anoréxica está duplicada por un desinterés en las actividades autoeróticas orales, incluida la succión de la mama y el pezón, de los que parece no saberse servir; a veces uno se ve obligado a recurrir a la alimentación con cuchara. Las dificultades alimentarias pueden llegar a constituir un problema psicosomático central [11].

A la uniformidad monocorde de los comportamientos se añade una tendencia repetitiva que está en el primer plano de la semiología depresiva del niño pequeño. Una niña de 18 meses se pasaba en el hospital largos ratos sin hacer nada o medio jugando. Los intentos de acercamiento producían un gesto con la mano que señalaba la puerta con una repetición mecánica. En otro tiempo cargado de llamado y de desamparo, este gesto se había extinguido y automatizado [10]. Estos niños pueden mostrar un verdadero interés por los juegos, pero sus actividades lúdicas son monótonas, repetidas en sus secuencias, desprovistas de materia imaginaria y fantasmática.

La repetición depresiva del bebé se distingue sin dificultad tanto de los estereotipos psicóticos como de los ritos de tipo obsesional.

La pobreza interactiva, el debilitamiento. La observación del niño en una si-

tuación de interacción muestra una merma de las iniciativas y las respuestas a las demandas. El análisis en video de los comportamientos revela uno por uno los fracasos de la comunicación. Su evidencia surge cuando se comparan los comportamientos interactivos notados durante y después de la descompensación depresiva. La ruptura de la comunicación se agrava dada la reacción de quienes están en el entorno, pues se sienten desamparados y fácilmente desanimados por la indiferencia del niño. Uno de los aspectos más sugerentes de la semiología interactiva lo proporciona la mirada del niño deprimido en sus variantes temporales: la fijeza impresionante sin parpadeos, el desvío fugitivo ante el acercamiento o la toma en brazos, la expresión penetrante de una vigilancia glacial y, un instante después, el regreso a la vacuidad depresiva, extraña e inquietante.

La desorganización psicosomática. La clínica psicosomática es, sin ninguna duda, el lugar de encuentro más frecuente del clínico con la depresión de la primera edad. Como esto se expone en los capítulos siguientes, aludiremos aquí sólo a las conclusiones: 1] en la lactancia, como en todo periodo de la vida, la depresión aparece como un proceso importante de la desorganización psicosomática; 2] las formas de la somatización presentan una gran variedad que va desde las más comunes (rinofaringitis, bronquitis, diarreas) hasta las más severas, y pueden atacar todos los sistemas; 3] las depresiones generadoras de la somatización son de intensidad variada: desde el gran anonadamiento depresivo hasta las formas borrosas y camufladas, incluyendo los pasajes depresivos que ritman la evolución de ciertos niños, con un riesgo de enfermedad no menos importante.

Los elementos semiológicos esenciales en los que se apoya el diagnóstico de las formas camufladas o poco acentuadas son las modificaciones del comportamiento que contrastan con el aspecto anterior del bebé. A este dato cronológico fundamental se añaden: la desaparición de la angustia ante el extraño; la conservación de un interés relativo por los objetos inanimados en detrimento del contacto con las personas; la monotonía de las actividades, inscritas en el circuito de la repetición. La atonía depresiva es a veces difícil de distinguir de la astenia. Esta discriminación es tanto más delicada cuanto que puede tratarse de una astenia depresiva presente en la lactancia como en otras edades.

LAS CONDICIONES ETIOLÓGICAS

La depresión del lactante casi no existe ya bajo la forma dramática en la que nos la han revelado las condiciones institucionales. Sin embargo, podría resurgir si la vigilancia se relaja. La atención se ha centrado más bien en las consecuencias de frustraciones precoces y graves en el medio familiar. Consecuencias que a veces son evidentes y que se inscriben en la patología del niño gravemente abandonado o víctima de maltratos, y a veces latentes y disimuladas. En un segundo plano de condiciones que parecen encontrar justificaciones materiales, se perfilan personalidades parentales patógenas y con graves fallas de la función materna.

La separación sigue siendo un factor importante en la depresión del lactante, pero no es la única forma de ruptura patógena. Muchas depresiones sobrevienen con el contacto de una madre físicamente presente pero mentalmente ausente. Las circunstancias de esto son diversas. Es especialmente sorprendente la frecuencia de la depresión infantil en ambientes donde hay un duelo o una descompensación depresiva de la madre. La muerte de alguien cercano durante el embarazo y la perinatalidad letal surgen con una frecuencia significativa; el deceso de un recién nacido, un niño muerto *in utero,* la interrupción de un embarazo... La detección de estas circunstancias es un punto crucial de la acción terapéutica. El hundimiento depresivo de la madre produce un cambio brutal y verdaderamente mutativo en la interacción. Una relación rica, feliz, activa, viva, es sustituida por intercambios pobres, átonos, muertos. A partir de ahí se entra en un ciclo de transacciones negativas entre dos participantes deprimidos. No debemos olvidar el papel que desempeña aquí el niño, cuya apatía desanimante sólo puede alimentar la depresión de esta mujer, herida en lo más vivo de sus culpabilidades depresivas y de sus capacidades maternas. Esta doble vertiente aparece claramente en el transcurso de las psicoterapias conjuntas madre-bebé cuando las madres atraviesan por una situación de duelo [12].

La interacción fantasmática de la madre depresiva introduce una insuficiencia relacional cualitativa y cuantitativa.

¿Existen condiciones predisponentes? Era clásico admitir que la depresión atacaba electivamente a los niños cuyos vínculos de compromiso eran antes muy fuertes, es decir aquellos que eran muy amados. Esta circunstancia dista mucho de ser constante si se observa con cuidado la calidad interactiva anterior. Así, frecuentemente se descubren intermitencias imprevisibles que han roto la continuidad de la relación, rupturas cualitativas del compromiso o insuficiencias de éste. Una observación de mericismo involucraba a una madre obsesiva que, imbuida de los principios rígidos de puericultura en ese entonces en boga, infligía a su bebé un modo de vida casi ritualizado y de cuidados perfectos en cuanto a la higiene y al equilibrio alimentario. Una separación breve y banal a la edad de nueve meses provocó en el niño una gran depresión anaclítica, al mismo tiempo que mericismo [9]. Contrariamente, las razones de vulnerabilidad pueden encontrarse en condiciones caracterizadas por un exceso de excitación, como lo hemos observado en bebés invadidos por comportamientos ansiofóbicos graves en la madre.

FENÓMENOS DEPRESIVOS MUY PRECOCES

En un estudio entre 20 bebés, cuya madre había atravesado por una depresión *post-partum*, T. Field descubre a la edad de cuatro meses "un comportamiento del estilo de la depresión" en espejo a la depresión materna [6].

¿Tiene uno derecho a hablar de enfermedad depresiva cuando se trata de lactantes de una edad muy inferior a los seis meses, afectados por un comportamiento que se puede calificar, con toda razón, de depresivo: el rostro inmóvil, ausencia de risa o sonrisa, lentitud de gestos, pobreza de vocalizaciones, desvío de la mirada, ausencia de respuesta postural de anticipación a la toma en brazos, desgaste de las conductas de competencia? Estas observaciones no ponen en tela de juicio las propuestas fundamentales de Spitz, referentes a la génesis de la depresión que ataca al niño que ha franqueado el estadio del segundo organizador, pero plantean el problema de los fenómenos depresivos primarios. Podrían ser del orden de la respuesta depresiva más que verdaderas depresiones.

Así, la respuesta depresiva aparece como un fenómeno de gran precocidad. La famosa situación interactiva artificial [21] en la que la madre ofrece una mímica impasible a las solicitaciones de su bebé, y que se descompone en seguida en una mímica depresiva, podría ser un esbozo extremadamente precoz de la respuesta depresiva.

A propósito de las consecuencias en los bebés de las depresiones en madres jóvenes

La depresión de la madre puede tener expresiones variables; puede tratarse de una depresión crónica muy anterior al embarazo. Si el bebé no llega a desencadenar en su madre la felicidad de la maternidad, esta depresión no puede tener más que consecuencias desfavorables para el niño.

Entre las depresiones posteriores al parto hay que describir la que aparece enseguida, la que aparece generalmente unos días después del parto, la que es muy frecuente sin ser constante; la llamada *blue depression* permitió decir a Winnicott que, felizmente, gracias a ella las madres estaban locas por sus hijos. Las depresiones pospuerperales se asocian con frecuencia a síntomas caóticos, y hacen difícil la prosecución de la crianza para la madre, sin que se tome ninguna precaución al respecto.

En cuanto a las depresiones existenciales, ya sea que éstas estén ligadas a sucesos recientes o a duelos no resueltos, o bien que sean provocadas por el estado no satisfactorio del bebé, sus consecuencias parecen ser variables:

- quizá el temperamento del bebé desempeñe un papel en la manera en que reacciona la madre depresiva; ¡más valdría que dicho papel no fuera demasiado fácil! (cf. caps. 4, 12, 18);
- T. Field ha mostrado que la reacción de desamparo del bebé, a quien su madre presenta una cara impasible, es menos clara en los niños de madres realmente deprimidas: quizá están más acostumbrados a la cara triste de su madre;
- A. Guedeney (comunicación oral) enumera los efectos posibles de la depresión materna de la siguiente manera: alteraciones posibles en la estabilidad de las actitudes maternas: el maternaje puede también ser sobreestimulante e incoherente; el embotamiento afectivo perjudica la empatía materna.

Una obra reciente resalta las consecuencias que tiene en el niño la depresión materna [21 *bis*].

La respuesta depresiva a la enfermedad orgánica y al dolor

En la lactancia, como en toda edad, la depresión es una respuesta frecuente ante la enfermedad física. Badoual, citado por Mazet, relató la gran frecuencia de los estados depresivos en los lactantes hospitalizados por una intolerancia al gluten, por una desnutrición proteocalórica o por una carencia importante de hierro [14]. El tratamiento específico implicaba una mejora evidente en el comportamiento general. Sin embargo, no es siempre fácil separar los determinismos físicos y psicológicos, pues una depresión es una circunstancia decisiva en el desencadenamiento de la desorganización psicosomática. El ejemplo del *kwashiorkor* descrito por Collomb en el niño africano es significativo a este respecto: la alianza de una desnutrición con un desinterés en el momento del destete originó una descompensación depresiva de alto riesgo.

Un aspecto muy diferente del problema es el que tiene que ver con los mecanismos neuropsicológicos de la enfermedad depresiva, incluidas las controversias suscitadas por el "modelo biológico de la depresión" [4].

El dolor físico intenso y prolongado puede ser generador de depresión. Un estudio reciente sobre el dolor en el niño canceroso reveló su frecuente desconocimiento, las dificultades que existen para evaluarlo cuantitativamente y para discriminar entre estados dolorosos, angustiosos o depresivos (cf. cap. 31).

Las formas evolutivas

La evolución es tan diversa como las circunstancias. Existen formas agudas y rápidas, que sorprenden al bebé con un desinvestimiento brusco, y cuya vuelta al estado habitual, gracias al reinvestimiento, nos sorprende. Otras, se arrastran en una evolución subaguda durante semanas o meses. Otras más transcurren intermitentemente, en accesos largos o breves como acabamos de subrayar.

La evolución está estrechamente relacionada con las posibilidades de reparar las condiciones patógenas. Su persistencia produce perturbaciones que constituyen el capítulo de la frustración crónica. El modelo histórico es el del hospitalismo de Spitz, pero los aspectos que se observan actualmente son muy diferentes. Una de las consecuencias más sugerentes de la insuficiencia

crónica del apego es "el comportamiento vacío" [10] (cf. cap. 34).

Sigue abierto el problema de saber si la experiencia de una depresión precoz deja o no huellas en la personalidad. No son muchos los estudios que le prestan atención a esto. T. Field describe los comportamientos depresivos de los lactantes que han sido víctimas de una patología neonatal (prematuridad, angustia respiratoria) [6].

De acuerdo con Widmayer [25], la investigadora emite la hipótesis de una vulnerabilidad que los expondría a depresiones ulteriores. En los niños deprimidos de edad escolar, encuentran una producción significativa de un pasado neonatal patológico. Algunos estudios retrospectivos, basados especialmente en el análisis de adultos [7] y en las psicoterapias de enfermos somáticos (Marty, comunicación verbal), apoyan la suposición de un riesgo ulterior.

LOS FENÓMENOS MENTALES DE LA DEPRESIÓN DEL BEBÉ: PROPOSICIONES TEÓRICAS

La depresión nos pone en el corazón del problema central y difícil de la psiquiatría del lactante cuando ésta se esfuerza en investigar, más allá de los fenómenos clínicos observables, las desviaciones mentales que la determinan. La depresión aparece como una ruptura desorganizante del funcionamiento mental anterior.

Contemporánea a la construcción de la relación de objeto, entre el sexto y el decimoctavo mes, sus características mentales más visibles son tributarias de los fenómenos psíquicos inherentes a esta construcción. Las particularidades interactivas del niño deprimido expresan una a una las fallas del "funcionamiento objetal", al mismo tiempo que la degradación de las capacidades fundamentales: la aptitud para reaccionar a las aferencias exteriores y a los estímulos, la respuesta a las solicitaciones, la comunicación, el ejercicio de las iniciativas, el reconocimiento afectivo (en el sentido de Stern)... A estas desapariciones responden las de los funcionamientos psicoafectivos fundamentales ligados al autoerotismo, la realización alucinatoria del deseo —que es la capacidad del bebé para encontrar, en ausencia de la madre, las satisfacciones experimentadas con su contacto— y la función de anticipación que está presente desde el tercer mes. El funcionamiento mental de la atonía depresiva se instala en un registro de extinción de los afectos, de disipación de las representaciones o de sus precursores genéticos, de la pérdida de la capacidad alucinatoria del objeto, incapacidad que podría influir en toda depresión, según Lebovici (comunicación oral).

Las reflexiones basadas en las correspondencias entre la depresión del lactante y el bagaje mental depresivo del adulto sólo han podido desembocar en callejones sin salida. Spitz fue el primero que expresó este fracaso tras una larga discusión comparativa entre la depresión anaclítica y la melancolía, y subrayó que las correspondencias no son estructurales sino únicamente de analogía clínica [19].

Existen las similitudes pero éstas no están en la elaboración mental depresiva. Los estudios contemporáneos suelen diferenciar, cada vez más claramente, dos aspectos antes yuxtapuestos en los estados depresivos del adulto, como sucede con la definición clásica de Nacht y Racamier, cuya formulación enuncia, por una parte, "un estado de sufrimiento psíquico acompañado de culpabilidad consciente, con una disminución del sentimiento de valor personal" y, por la otra, "un abatimiento no deficitario de la actividad mental, psicomotriz a incluso orgánica".

Widlöcher destaca el problema de la depresión del lactante en relación con aquello que él desarrolla en el adulto bajo el nombre de *disminución depresiva* [23, 24]. Da una atención particular al aspecto desvitalizado de las personalidades depresivas. "La depresión anaclítica, dice, nos obliga a reconsiderar el esquema que se construye habitualmente. La depresión ya no aparece como una tristeza patológica, sino como una respuesta innata a una situación catastrófica que viene a desorganizar todos los esquemas de actividad y de intercambios que se desarrollan normalmente a partir de las interacciones precoces entre la madre y el niño. Claro que se puede concluir en que la depresión anaclítica no es comparable a la del adulto, y también deducir que el núcleo de la depresión no es la construcción mental compleja observable en el adulto, pero la respuesta elemental que sería la depresión anaclítica constituiría el prototipo infantil." Así, el parentesco de la depresión del bebé con las de edades ulteriores no se limita al fenómeno primordial que es la pérdida del objeto (Freud, *Duelo y melancolía*). Ésta cuenta en la vertiente desvitalizada de toda depresión. "Uno de los efectos propios de la depresión reside en una baja del nivel de actividad pulsional y una inhibición de las funciones del Yo. Encontramos aquí, bajo una iluminación psicoanalítica, el importante problema planteado por la disminución general de las actividades en el transcurso de las depresiones" (Misès) [4].

La depresión esencial descrita por Marty ofrece similitudes, sin duda notables. El lactante entra en la depresión luego de una fase premonitoria de angustia, como el adulto penetra en la depresión esencial a través de un periodo de angustias difusas: "automáticas, estas angustias difusas reproducen un estado arcaico de desbordamiento. No puede hacerse ningún trabajo mental. El objeto fobígeno no está representado ni es representable" [13]. El calificativo de "esencial" atribuido por Marty a este tipo de depresión especifica "la reducción de la timia depresiva a su esencia misma, que es el derrumbe del vigor libidinal y de los instintos de vida". La depresión esencial del adulto al igual que la atonía depresiva del niño y del lactante [10] aparecen privadas de toda señal de elaboración mental.

Así hemos debido regresar a una idea clave de las concepciones del Instituto de Psicosomática; la correspondencia entre la desorganización somática y el fracaso de la elaboración mental, especialmente por la ausencia o el bloqueo de los afectos, de las representaciones y de la simbolización. En los dos

casos, la pérdida objetal tiene como primera consecuencia la angustia. Esta angustia es indicadora de la lucha entre las pulsiones de vida y las de muerte. La permanencia de la hemorragia libidinal agota las capacidades defensivas. La entrada en la depresión esencial indica el prevalecimiento de las pulsiones de aniquilamiento.

La depresión del lactante es, creemos, algo más que un modelo teórico de la depresión esencial, significativa de los movimientos individuales de vida y de muerte. Es la forma clínica más precoz, portadora, como ésta de un alto riesgo de somatización.

LOS MODELOS DE LA DEPRESIÓN DEL BEBÉ

La depresión del lactante ha sido propuesta una y otra vez como modelo etológico, modelo conductual, modelo biológico y modelo experimental de la teoría del apego [3, 4]. Cada uno de estos modelos de la enfermedad depresiva humana contiene sus verdades atractivas y ricas consecuencias que sería lamentable ocultar. Pero la mayor parte de ellos subestima el grave inconveniente de dejar fuera del circuito los fenómenos mentales. Seducido por las experiencias de Lorenz y de Harlow en los animales jóvenes privados de su madre, Spitz somete de entrada la depresión anaclítica a la hipótesis casual de la privación materna. Pero observa paralelamente que la depresión afecta a los bebés, cuya organización mental está lo suficientemente evolucionada como para plantear el problema de la pérdida del objeto, bajo la forma psicopatológica de la depresión.

Ninguno de estos modelos nos permite asir la totalidad de la enfermedad depresiva. Hagamos nuestras, para la depresión, estas palabras de Francis Pasche sobre la angustia [15]: "Estaremos contentos si, reconociendo sus orígenes ancestrales, sus raíces biológicas, su significado y su papel psicológicos, y finalmente su condicionamiento externo e interno, podemos evitar el duro reproche hecho por Freud a algunos de sus antiguos discípulos a quienes acusa del error lógico *pars pro toto*. Existen muchos peligros al destacar, de una generalidad una verdad parcial, y a partir de ahí proclamarla como verdad del conjunto."

La depresión se presta a numerosas lecturas y a otras tantas "lógicas" [23]. Cada una de ellas, erigida en exclusividad, corre el riesgo de ser no el modelo de la depresión sino un silogismo que puede desviarnos.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Aubry, J., *La carence des soins maternels,* París, Centro Internacional de la Infancia, 1955.

[2] Bowlby, J., *Cuidados maternos y salud mental,* Buenos Aires, Hvmanita.

[3] Bowlby, J., *Pérdida afectiva: tristeza y depresión,* Buenos Aires, Paidós, 1989.

[4] Dugas, M., "La dépression chez l'enfant. Véase 1. Ph. Mazet, "La dépression du nourrison, modèle théorique ou modèle expérimental", 23-33; 2. B. Cyrulnik, "La dépression du nourrisson, modèle éthologique", 35-41; 3. R. Misès y C. Guériot, "Contributions psychanalytiques", 43-47; 4. E. Zerifian, "Modèle biologique", 51-57; 5. V. Vera, "Modèle comportemental", 59-67, París, *Medicine et Enfance,* 1985.

[5] Fain, M. y L. Kreisler, "Genèse de la fonction répresentative", en *L'enfant e son corps,* París, PUF, 3a. ed., 1981, pp. 304-333.

[6] Field, T., "Perinatal risk factors for infant depression", en *Frontiers of Infant Psychiatry,* J.D. Call, E. Galenson y R.L. Tyson (comps.), vol. II, Nueva York, Basic Books, 1984, pp. 152-159.

[7] Green, A., "La mère morte", en *Narcissisme de vie, narcissisme de mort,* París, Minuit, 1983.

[8] Haka-Ikse, K., "Child development as an index of maternal mental illness", en *Pediatrics,* 1975, 55: 310-312.

[9] Kreisler, L., M. Fain y M. Soulé, *L'énfant et son corps,* París, PUF, 1974, 3a. ed., 1981.

[10] Kreisler, L., "La dépression, processus majeur de désorganisation psychosomatique", en *L'enfant du désordre psychosomatique,* Toulouse, Privat, 1981.

[11] Kreisler, L., "Le bébé du désordre. À propos des conduites alimentaires à haut risque du nourrisson", en *La dynamique du nourrisson,* obra colectiva, M. Soulé (comp.), París, ESF, 1982.

[12] Kreisler, L., "Bébés de mères endeuillées", en *Les textes du Centre Alfred Binet,* París, Association de Santé Mentale du XIIIe, 1984.

[13] Marty, P., "La dépression essentielle", en *L'ordre psychosomatique,* París, Payot, 1980, pp. 59-92.

[14] Mazet, Ph., "La dépression du nourrisson: modèle théorique ou expérimental?", en *La dépression chez l'enfant,* obra colectiva, M. Dugas (comp.), París, Médecine et Enfance, 1985, pp. 23-33.

[15] Pasche, F., *À partir de Freud,* París Payot, 1969.

[16] Penot, B., "La dépression chez l'enfant", en *Traité de psychiatrie de l'enfante et de l'adolescent,* S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé (comps.), t. 2, París, PUF, 1985, pp. 291-304.

[17] Robertson, J. Bowlby y J., "Responses of young child to separation from their mother", en *Courier CIE,* 1952, 2: 131-142.

[18] Sandler, J. y W.G. Joffe, "Notes on childhood depression", en J. *Psychoanal.,* 1965: 46-88; "Remarques sur la souffrance, la dépression et l'individuation", en *Psychiatrie de l'Enfant,* 1967, 10, 1: 123-156.

[19] Spitz, R.A. y C.M. Wolf, "Anaclitic depression", en *Psychoanal. Study Child.,* 1946, II, 313-342.

[20] Spitz R.A., "Hospitalism, An inquiry into the genesis of psychiatric conditions in early childhood", en *Psychoan. St. Child,* I, 1945.

[21] Tronick, E., L. Adamson, S. Wise, H. Als y T.B. Brazelton, "The infant's response to entrapment between contradictory messages in face to face interaction", *Rapport présenté à la Societé pour la Recherche du Développement de l'Enfant,* Denvers, marzo de 1975, [21 *bis*] Tronick, E.Z. y T. Field, *Maternal depression and infant disturbance,* San Francisco, Londres, Jossey-Bass, 1986.

[22] Weissman, M. y E. Paykel, *The depressed woman,* Chicago, University of Chicago Press, 1974.

[23] Widlöcher, D., *Les logiques de la dépression,* París, Fayard, 1983.

[24] Widlöcher, D., *Le ralentissement dépressif,* París, PUF, 1983.

[25] Widmayer, S. *et al.,* "Emotional dysfunction among children born prematurely", presentación oral en el *Annual Meeting of the Southern Perinatal Association,* Nueva Orleáns, 1983.

24. LA DESORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL EN LA PRIMERA INFANCIA, CONSECUENCIAS DE LAS CARENCIAS AFECTIVAS CRÓNICAS

LÉON KREISLER

Paralelamente al modelo inaugural de la depresión anaclítica, Spitz nos dio a conocer el hospitalismo, modelo histórico de la carencia afectiva prolongada en el medio institucional.

En el capítulo anterior intentamos situar la depresión del bebé en su contexto contemporáneo, y al mismo tiempo precisar sus mecanismos psíquicos. Se justifica hacer un esfuerzo semejante por lo que toca a las consecuencias de las insuficiencias crónicas del apego, con base en las condiciones etiológicas actuales y sus determinaciones psicopatológicas. Éstas son de una gran diversidad. Las más severas han sido reunidas en el grupo de las desorganizaciones estructurales [6, 7]; reproducimos aquí su descripción.

Estos síndromes pertenecen a la patología del vacío racional. Hemos tenido la ocasión de reconocerlos y describirlos en relación con los fenómenos de somatización que son de gravedad variable y de una gran variedad: conductas alimentarias aberrantes (anorexia, mericismo, vómitos psicógenos), problemas severos del sueño, complicaciones infecciosas que se repiten, diarreas que se prolongan, retardo o detención del crecimiento.

Las desorganizaciones estructurales severas contienen muchos elementos del comportamiento vacío, especialmente los graves defectos de la relación y del funcionamiento objetal, que se añaden a otras carencias fundamentales de la personalidad. Al vacío relacional se añade la discontinuidad o la incoherencia. Las variantes clínicas están ligadas a las circunstancias y sobre todo a la edad. En el primer semestre aparece, más que nada, la indiferencia, la escasez de sonrisas y de vocalizaciones, debilidad de la comunicación, apatía, atonía, un embotamiento o distorsión de los comportamientos de capacidad, el desvío de la mirada, el malestar del bebé al contacto corporal... en resumen, los índices semiológicos de la insuficiencia primaria del apego.

En el segundo semestre y el segundo año, el cuadro incluye daños en la mayoría de los sectores de desarrollo y de la personalidad:

- la expresión psicomotriz y comportamental: retardo del desarrollo en su totalidad o en una de sus partes: retardo en la motricidad, en el lenguaje... apatía o, al contrario, excitación, inestabilidad y conductas vacías, deambulaciones, dispersión en el caos;

- defectos de la organización espacio-tiempo y del esquema corporal;
- retardo o ausencia de procesos de individuación;
- fallas globales de la identidad, incluida la de identidad sexual, notablemente afectada en frecuencia y en duración.

Lo que predomina en este mosaico psicopatológico es la inmadurez, así como la ausencia de vinculación entre los diferentes sectores de la personalidad.

Desde el fin del segundo año, se precisan características comportamentales. El hacer y el actuar invaden la escena de la expresión clínica con el señalamiento de un pasaje al acto inmediato de las emergencias pulsionales, sin control ni elaboración por la mentalización. Un ejemplo de los aspectos conductuales de la patología ha sido detallado en el enanismo por sufrimiento psicológico, en forma de conductas alimentarias aberrantes y de problemas particulares del sueño [7]. Powell ha descrito las curiosas bulimias y polidipsias no diferenciadas de estos niños, que absorben cantidades extraordinarias de alimento sin discernimiento alguno [8].

Las características interactivas de las inorganizaciones estructurales severas son las de una insuficiencia crónica del apego redobladas por una discontinuidad. Las interacciones están signadas por la irregularidad, la anarquía de los ritmos de vida y frecuentemente la violencia. Desde el punto de vista económico, la interacción puede describirse en términos cuantitativos de somaciones desorganizantes, de alternancia de vacío y de exceso de excitación desordenada. Myriam David y colaboradores han aportado a este tema importantes precisiones que podemos resumir así [2].

Existen dos modelos predominantes: o bien una muy escasa cantidad de interacciones o bien alternancias imprevisibles entre los momentos de interacción prolongada y los periodos de separación total. El niño es a veces abandonado, a veces acarreado en un aflujo de interacciones, que se caracterizan por ser cercanas, ruidosas, con mucha frecuencia bruscas cuando no violentas, y que sobrevienen en cualquier momento. Las discontinuidades que invaden la vida del niño pueden adoptar dos formas. Una, la más evidente, está hecha de una sucesión de hospitalizaciones o alojamientos. La otra se sitúa en el plano de la vida cotidiana, que el niño experimenta como una serie de miniabandonos. Estos niños oscilan entre el rechazo y la sumisión a conductas que pasan del maltrato a contactos corporales de estímulo desbordante y de una gran crudeza erótica. Estas discontinuidades que se infiltran en el interior mismo de las secuencias de la interacción son la fuente de una agitación mutuamente desorganizante. La personalidad de los padres está afectada por graves fallas narcisistas; con frecuencia ellos mismos han sido víctimas en su infancia de rechazos y frustraciones que reproducen en su niño, en una repetición transgeneracional. La función materna está profundamente perturbada. La ambigüedad de sentimientos maternos alterna entre una necesidad de captación en un acercamiento fusional y una incapacidad para el contacto.

Con mucha frecuencia se perfilan en un segundo plano condiciones etiopatogénicas particulares, como la gran prematuridad, la falta de cuidados maternos, y las familias de riesgos múltiples, también denominadas familias con carencias, "atípicas", "a la deriva" o "sin calidad" [4]. Hemos podido darnos cuenta de la medida en que la patología de estos bebés sigue siendo imprecisa en estas descripciones, "el lactante desaparece de algún modo detrás de la gravedad de los problemas y de la solicitud de los padres de la que apenas hemos hablado". [2].

Las desorganizaciones precoces severas han justificado su lugar en la nosografía del lactante que ya hemos propuesto (cf. cap. 23). Estos estados se prestan a designaciones diversas: falla en la organización narcisista o de integración primaria [1] y estados atípicos o inarmónicos e incluso prepsicóticos. Estas tres últimas denominaciones son reveladoras de una tendencia a incluir estos casos en el marco de la psicosis, cuando en realidad podría oponérseles punto por punto. El drama de la psicosis precoz es un funcionamiento desviado organizado. Las fallas afectivas de las desorganizaciones severas revelan en filigrana un fondo depresivo, siempre importante y sin duda vivido por el adulto que está cercano. "Es aquello a lo que probablemente somos más sensibles desde el principio en las descripciones del autismo. El autismo no nos hace vivir el sentimiento de falta, de vacío, de sufrimiento, de llamada que experimentan estos niños" (Misès). El potencial de reversibilidad del comportamiento vacío y de los estados de desorganización contrasta con la tenacidad desesperante de la psicosis.

El devenir alejado de estos niños suscita el problema, muchas veces entrevisto en lo que se ha escrito, del pronóstico sobre las carencias afectivas precoces. Muchos piensan que el futuro está gravemente comprometido y que muchos de ellos quedarán seriamente afectados en sus capacidades de adaptación familiar y social, al grado de que reproducirán sobre sus hijos los traumatismos anteriormente vividos. Otros autores, basados en investigaciones prospectivas, ponen en duda la fatalidad lineal de estas condiciones precoces [5].

En esta controversia sólo podemos aportar la experiencia limitada de observaciones aisladas. Su ventaja, sin embargo, es la de haber entrevisto conjuntamente las condiciones etiológicas, interactivas y estructurales. Tales estudios nos han llevado a la convicción de que estas circunstancias y estas estructuras inquietantes, se trate ya del comportamiento vacío o ya de la falta de organización estructural severa, pueden retroceder, pero con la condición de que se haga lo esencial y de que se haga a tiempo. Es evidente que esta acción es más eficaz en la medida en que se dirige a los niños más pequeños, y que es necesario hacer un largo seguimiento terapéutico incluso para los niños muy pequeños. Uno que fue objeto de una publicación anterior llegó a nuestro servicio a la edad de 14 meses por un mericismo, con la etiqueta de un estado de retraso considerado por la familia como irremediable [7]. Ahora de una edad de seis años, su adaptación familiar y social es satisfactoria, aunque al precio de una psicoterapia que se mantiene todavía. He aquí una relación nueva.

Guillermo había sido enviado de urgencia a la Unidad Infantil del IPSO, a los 14 meses, inmediatamente después de salir de un servicio de pediatría parisiense donde acababan de detectarle un mericismo que evolucionaba desde hacía ya siete meses. Impresionantemente pálido y flaco, llegó con una toalla húmeda y agria de vómitos amarrada al cuello, desplomado en los brazos de su madre, cargado a distancia como un costal. Había sufrido una primera hospitalización a la edad de dos meses por vómitos considerables que fueron trivializados por los médicos al no encontrar una causa orgánica.

Guillermo es el tercero de cuatro hijos, los tres últimos nacidos uno tras otro con diferencia de un año. Los rechazos alimentarios se iniciaron y evolucionaron con el embarazo y tras el nacimiento de una pequeña que tenía seis semanas en el momento en el que se hizo la consulta. El comportamiento de Guillermo asombraba por la pasividad, por la debilidad de las iniciativas para la comunicación y una indiferencia morosa que casi evocaba una atonía depresiva. La indiferencia era entrecortada por penosos pasajes de gimoteos, seguidos de regurgitaciones en las que el niño parecía ausente; tenía la mirada vaga y, en ciertos momentos, mostraba un interés pasajero por el ambiente. Sentado en el suelo, respondía blandamente a las solicitaciones, tomaba precavidamente con la punta de los dedos el juguete que se le tendía y lo manipulaba en secuencias pobres y repetitivas. Las interacciones entre la madre y el niño eran pobres y mal coordinadas. Ésta se mostraba incapaz de percibir sus necesidades, las ignoraba o respondía con comportamientos inapropiados; indiferente a sus gemidos, sin hacer ni un gesto por socorrerlo, un instante después irrumpía en sus juegos para corregir sus gestos, atropellándolo. Se nos informó que el biberón de la mañana estaba colgado en su cama y que él debía arreglárselas solo, como en las guarderías de mala calidad. Harta y decepcionada, la madre decía que él nunca estaba contento con su presencia, que no la solicitaba nunca, ni tampoco a su padre. Parecía temer la contigüidad ruidosa de sus hermanos y hermanas, y se refugiaba en sus rumiaciones o en balanceos interminables del cuerpo.

La evaluación de la motricidad revelaba una vertiente importante de la patología. Estaba globalmente retardada, se había sentado después de los diez meses, se mantenía de pie con dificultad y no mostraba ganas de caminar. Este retardo tenía que ver con una pasividad próxima a la inercia psicomotriz. A esto se añadían inadecuaciones posturomotrices: miembros inferiores en escuadra si uno intentaba ponerlo vertical, prensión de rastrillo que no utilizaba la oposición del pulgar, ausencia o desarmonía de las respuestas motrices a solicitaciones posturales... Estas carencias globales eran interrumpidas por actividades rítmicas compulsivas, balanceamientos vespertinos o nocturnos y golpes repetidos contra el larguero de la cama, cuya marca uno podía ver en su frente. La psicóloga del hospital le había practicado unos tests que nos enviaba. La adaptabilidad y la sociabilidad eran comparables a las de un niño de diez meses. Aunque este déficit era sensible, no explicaba las particularidades motrices. Numerosos detalles semiológicos ponían en duda el diagnóstico supuesto de un problema de personalidad de tipo psicótico o prepsicótico.

La madre estaba en un estado de gran desconcierto. Sólo recientemente, con el peligro vital y la hospitalización, ella había percibido una correspondencia entre su

comportamiento y la enfermedad de su hijo; se sentía directamente acusada por los médicos del servicio. Con sollozos, se culpaba no sólo por Guillermo sino por los dos primeros: el mayor, de seis años y medio, había sufrido desde el nacimiento, durante tres años, graves afecciones pulmonares repetitivas: el segundo, de dos años y medio, era muy inestable y tenía impulsos agresivos con frecuencia dirigidos hacia Guillermo. Se acusaba de haberlo abandonado como ella misma había sido abandonada. Su propia historia iba surgiendo por fragmentos, una infancia dramática: la mayor de cuatro niñas, mal querida, sobrecargada de responsabilidades, abandonada por el padre y un padrastro que la maltrataba. Con la agudeza repetitiva de una neurosis traumática, las escenas de su pasado la atormentaban, insoportables, sobre todo en los momentos en los que tenía dificultades con sus niños. Desde hacía mucho, pero sobre todo desde el último embarazo, caía en periodos de descompensación depresiva, del tipo de la depresión esencial, en los que agotada, con la cabeza vacía, actuaba como un robot. En ocasiones lo abandonaba todo, y se iba, a cualquier lado, lejos de su casa, a veces todo un día.

Quería ser ayudada, se la confiamos a Rosine Debray en cuyo libro podemos encontrar su relación [3] con el nombre de Gilles. Fue un largo trabajo que abarcó conjuntamente a la madre y al niño, y que continuó todavía cinco años después. Al principio, podría decirse, fue un trabajo de reanimación de este bebé, amenazado por las consecuencias de una conducta alimenticia aberrante de alto riesgo, en un contexto próximo a la atonía depresiva. Luego vino una larga reconstrucción a partir de un estado mental señalado por una desorganización fundamental, con riesgos de una evolución inarmónica y probablemente deficitaria.

A través de la descripción de la psicoterapia es posible observar la larga y difícil evolución de la relación de objeto hacia un apego finalmente individualizado, al mismo tiempo que se implantaban los procesos de la identidad, de la autonomía y de la individuación. Fue hacia los dos años y medio cuando Guillermo finalmente caminó y su prensión se hizo normal. A los tres años, se había vuelto un muchacho activo y risueño, tenía un buen manejo de su cuerpo y hablaba convenientemente. Pero los hábitos de balanceamiento persistieron mucho tiempo, así como una oposición pasiva, signo de su carácter, que debía ser un problema en la escuela. Entró a la preprimaria a los tres años y medio y a los seis y medio al curso preparatorio, donde se revelaron dificultades léxicas y gráficas considerables. Estas dificultades de expresión instrumental, además de los bloqueos, evocan las inhibiciones de aprendizaje descritas por R. Cahn posteriores a las fallas de organización primaria [1]. Pese a su actual apariencia de un niño con una buena salud mental y física, no se puede dejar de tener reservas en cuanto a su futuro. Un pasado tan dramático ¿puede no haber dejado fallas profundas inscritas en la personalidad?

BIBLIOGRAFÍA

[1] Cahn, R., "Défauts d'intégration primaire et inhibitoire des apprentissages instrumentaux et cognitifs", en *Revue Française de Psychanalyse,* 1972, 36, 5-6: 955.

[2] David, M., R. Lamour, L. Kreisler y R. Harnisch, "Recherche sur les nourrissons de familles carencées", en *Psychiatrie de l'Enfant,* 1984, XXVII, I: 175-222.

[3] Debray, R., *Bébés/mères en révolte,* París, Le Centurion, 1987, pp. 94-109.

[4] Diatkine, G., "Familles sans qualité: les troubles du langage et de la pensée dans les familles à problèmes multiples", en *Psychiatrie de l'Enfant,* 1979, XXII, I: 237-273.

[5] Gauthier, Y., "Traumatismes précoces et leur avenir. Prematurité et carence affective", en *Neuropsychiatrie de l'Enfant,* 1982, 30: 4-5.

[6] Kreisler, L., "Les équipes soignantes face à une pathologie à haut risque psychosomatique et mental du jeune enfant ou des bébés qui nous font délirer", en *Les soignants à risque,* obra colectiva, M. Soulé (comp.), París, ESF, 1986, pp. 33-41.

[7] Kreisler, L., *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique. Étude 3. Les inorganisations à haut risque. Retard de la croissance par soufrance psychologique,* Toulouse, Privat, 1987, pp. 169-189.

[8] Powell, G.F., J.A. Braze y R.M. Blizzard, "Emotional deprivation and growth retardation simulating idiopatic hypopituitarism", en *The New England Journal of Medicine,* 1967, 276, 23: 1271-1283.

25. LOS DISTURBIOS NEURÓTICOS

SERGE LEBOVICI

Alguien, quizá, se sorprenda de que se pueda hablar de disturbios neuróticos desde este periodo de la vida, cuando por una parte, en la concepción común de este tipo de patología se responzabiliza de manera esencial en la génesis de los problemas al fracaso de la represión –que se organiza de hecho mucho más tarde en la vida– y, cuando, por la otra, la noción de neurosis tiende a desaparecer de las clasificaciones psiquiátricas de moda. Sin embargo, la ansiedad se manifiesta en el bebé en forma de síntomas. Por lo tanto, no es para proseguir la oposición clásica entre las psicosis que serán descritas en el siguiente capítulo y el campo neurótico, por lo que describiremos aquí las diferentes formas que puede adoptar la angustia en el niño muy pequeño. Esta angustia puede surgir también debido a problemas funcionales o psicosomáticos, como los que se describirán más adelante (cf. cap. 27).

¿QUÉ SON LOS SÍNTOMAS NEURÓTICOS?

La realización de deseos que organizan las pulsiones es contrarrestada en el transcurso del desarrollo por la contrainversión de la pulsión. Esta organización defensiva comienza desde que el niño pequeño intenta satisfacer las exigencias maternas, y lo lleva a renunciar a sus deseos para obtener el amor de aquellos que lo educan y le exigen sacrificios. La represión es uno de estos mecanismos de defensa, y sin duda el más poderoso. Sólo manifiesta sus efectos plenos más tarde, durante el periodo del estado latente. La aparición de los síntomas neuróticos señala el fracaso, por otra parte inevitable, de estos formidables esfuerzos de contrainvestidura: el deseo contrainvestido reaparece entonces, ya sea en forma directa, o, más frecuentemente, en forma desplazada o sustitutiva: un síntoma neurótico.

Tomemos el ejemplo más clásico, el de Juanito, un niño de cinco años atacado de agorafobia; no salía y no se acercaba más a la ventana de su recámara por miedo de ver cómo caían los caballos sobre la barandilla de la estación de comerciantes de Viena, como había sucedido una vez. Veamos cómo puede comprenderse esta fobia. Juanito tiene ganas de alejar a su padre quien le impide estar cerca de su madre. Este deseo desata su culpabilidad y lo angustia; el caballo representa la parte de su padre gracias a la cual él se

castiga, y mientras está angustiado puede pedir ayuda a este mismo padre bajo su apariencia humana. Dicho de otro modo, son sus deseos sexuales reprobados, porque son homicidas, los que originan la angustia que le permite también acercarse a su padre.

Juanito no ha podido reprimir totalmente su deseo y los fantasmas agresivos que lo acompañan; este fracaso hace reaparecer la imago paterna, el caballo. Finalmente esta fobia le permite, al mismo tiempo, recuperar a un padre admirado y protector.

La fobia busca pues evitar el objeto fobígeno, el caballo en este caso, entendiéndose que lo que le da a este objeto fobígeno su carácter es el desplazamiento del que él es objeto: aquí, el caballo está en el lugar del padre.

Ya se ve despuntar en este análisis la idea de que el síntoma neurótico no es solamente la expresión simbólica y desplazada de la libido, cuyos derivados inconscientes fuerzan el blindaje ejercido por la represión; es necesario también que el síntoma aproxime a aquel que lo padece a los objetos que lo protegen: la separación es entonces el verdadero motor de la angustia. En una segunda fase de la teoría de la angustia, Freud demuestra efectivamente cómo los fantasmas agresivos determinan el miedo de perder el amor del objeto y la forma en que la angustia es una verdadera señal que puede advertir acerca de la posibilidad de esta pérdida (S. Freud, 1926).

La angustia de separación será entonces considerada como el ingrediente esencial de la neurosis a partir del momento en el que el niño sabe que él no es su madre, que ya no está unido a los cuidados maternos, que conoce y reconoce la especificidad del personaje materno y que lo diferencia en su constancia y en su ausencia de las demás personas. Se comprende que el bebé pueda o deba presentar entonces síntomas fóbicas. Volveremos a esto.

LAS NUEVAS VERSIONES DE LA ANGUSTIA Y DE SUS SÍNTOMAS

Se sabe que las nuevas clasificaciones de las enfermedades mentales que se pretenden ateóricas y puramente discriminativas prefieren eliminar el término neurosis; en todo caso, respecto del hecho de evitar el objeto fobígeno, generalmente distinguen los ataques de pánico y las fobias sociales.

En la clasificación norteamericana denominada DSM III, se describen las categorías siguientes:

- problemas fóbicos:
- agorafobia con ataque de pánico,
- agorafobia sin ataque de pánico,
- fobia social;
- fobia simple;
- ataque de pánico;

- ansiedad generalizada;
- problemas obsesivo-compulsivos;
- estado de estrés postraumático.

Sólo hemos recordado este listado para mostrar que este tipo de clasificación evita todo recurso a explicaciones psicológicas, y se conforma con indicar que estas modalidades neuróticas de la organización de la angustia tienden a hacerse crónicas, y a acompañarse de depresión. Deben ser tratadas entonces como manifestaciones que pueden agravarse con concomitantes somáticas que determinan su aprensión, por ejemplo la hiperventilación pulmonar. La prevención fóbica puede ser la consecuencia de esto. Tales consideraciones justifican también las investigaciones psicofarmacológicas y la prescripción de benzodiazepinas o de antidepresivos que uno no puede utilizar sin reservas en el niño muy pequeño.

EL MODELO DE LA NEUROSIS INFANTIL

No hace mucho intentamos sistematizar el estudio de la evolución de estos síntomas neuróticos infantiles: los síntomas "normales" [5], que forman parte de una neurosis infantil necesaria, hecha de síntomas transitorios que se deben distinguir de la neurosis verdadera y apremiante; pero los síntomas de la neurosis infantil son también más tardíos y emergen en el movimiento de represión que inaugura el periodo de latencia. En este trabajo evoqué los aspectos conflictuales de las interacciones precoces, como los que pueden manifestarse en eso que denominé entonces el "hacerse", hacia el tercer año. Podemos ahora observar las formas ya elaboradas de la angustia.

J. Mallet ha mostrado su evolución a partir de la necesidad, en la que se encuentra el niño de pocos meses, de rellenar el espacio oscuro, ese mundo desconocido que no ve [9]: de donde surgen las pesadillas y las fobias nocturnas, la llegada de los grandes animales que son objeto de las historias que se cuentan (los lobos, los leones, los osos, etc.). Estas pesadillas son pues habituales y, podemos decir, normales. Son muchos quienes piensan, como yo, que un niñito que no se despierta angustiado en la noche para llamar alguna vez a sus padres, no organiza los conflictos de la neurosis infantil de la que hemos hablado. Éste es uno de los aspectos de la evolución inarmónica de niños que corren el riesgo de entrar en el registro del funcionamiento mental mal protegido del niño denominado prepsicótico.

Así, parecería menos paradójico que se pensara de entrada en hablar de neurosis en el niño pequeño. Igualmente vamos a detenernos en el modelo de la fobia a una cara extraña.

LA FOBIA A UNA CARA EXTRAÑA

Al describir René Spitz los puntos de organización cuya observación permitía hacerse una idea sobre el desarrollo del bebé, subrayó la existencia habitual de un comportamiento de angustia en el transcurso del tercer trimestre de la vida [10]. El niño en los brazos de su madre vuelve temerosamente la cabeza cuando otra persona se acerca a ellos. Este "segundo organizador" testimonia, según él, el establecimiento de la percepción de la madre. Junto con otros autores, nos hemos acostumbrado a designar la angustia del octavo mes con el nombre de fobia a una cara extraña. Esta angustia revela que la madre ya no es sólo un objeto funcional y tranquilizador, sino una persona percibida en su especificidad y su continuidad. Es ésta la primera fobia que elabora la angustia de separación.

Esta manera de ver las cosas parece muy aceptable; podríamos decir que este modelo permite establecer algunos datos del desarrollo:

- en la mente del bebé, la separación de la madre quiere decir pérdida y separación; el extraño es de algún modo el autor de esto y se vuelve un objeto fobígeno que hace posible que el niño no se sienta responsable de la pérdida de la madre;
- la llegada del extraño quiere decir desaparición o peligro de desaparición de la madre;
- la existencia de un extraño tiene también el mérito de separar al bebé de su madre. La existencia de un tercer personaje lo obliga a tomar distancia y a fantasmatizar las relaciones de dos adultos. Con Diatkine hemos ejemplificado esta situación con el nombre de edipificación [7]. Le Guen lo describió como el "Edipo originario" [8].

Este comportamiento de aspecto fóbico se observa muy comúnmente, pero no siempre. Puede ser el caso en el momento de un examen clínico cuando es muy fácil acercarse al bebé. L. Kreisler y sus colaboradores han notado que los padres de niños alérgicos y en particular asmáticos aceptan la idea de que la fobia no se manifestó en su infancia [14]. Por otra parte, esta ausencia de la fobia se reconoce en la entrevista con los padres. En ambos casos es la ausencia de las primeras manifestaciones de la angustia de separación lo que se señala, o bien su carencia es retrospectivamente reconstituida.

El desplazamiento hacia el objeto fobígeno puede entonces considerarse como el apoyo de la primera elaboración fóbica y como un núcleo organizador, según sostenía René Spitz. Preferimos proponerlo como un modelo más que como una realidad clínica que no confirma forzosamente la observación directa, aunque generalmente se reconoce un comportamiento de este tipo. Esto no significa que de algún modo el padre sea el objeto habitual de este tipo de desplazamiento fóbico, al menos mientras forma parte de los personajes familiares al niño. Que esta fobia pueda ser sin embargo reconstruida como indicadora de que el paraíso diádico habrá de terminar, y de que el

niño ha debido incluir estructuralmente en su ambiente al padre como el extraño separador de la madre, forma parte de esta situación modelizada: el padre habla ahora por "el tercero silencioso".

Debemos distinguir aquí entre comportamiento, sentido que debe darse al comportamiento y organización que se puede inferir de este comportamiento modelizado. En estas condiciones, hablar de problemas neuróticos en el niño muy pequeño adquiere todo su sentido: la psicopatología propone problemas diagnósticos y terapéuticos, pero también predictivos. El estudio del bebé ofrece igualmente a los clínicos del niño y del adulto la posibilidad de unir el presente a un pasado que vale por su historia, pero también por las organizaciones que lo han o no caracterizado.

Finalmente es claro que en el niño, pero también en el bebé, la existencia de la angustia de separación de sus formas más o menos elaboradas predice la organización en una neurosis infantil cuya ausencia o carencia es inquietante. Recordemos sin embargo que, para los psicoanalistas de la escuela kleiniana que describen una continuidad genética, este modelo del núcleo precoz está precedido por una posición depresiva central, verdadera organizadora de las relaciones con el objeto.

LOS PROBLEMAS NEURÓTICOS HASTA LOS TRES AÑOS

La angustia de separación es muy precoz, podríamos contentarnos con hablar de la pérdida o de la alteración de los vínculos de apego, pero es necesario observar que los problemas funcionales que sobrevienen entonces, los del sueño, y sobre todo los del apetito, no pueden dejar de conducir a la evocación de la angustia y de la depresión. Ahora bien, algunas observaciones privilegiadas permiten a algunos padres dar informaciones confiables y de una gran precisión acerca de la manera en la que se instalaron en la primera infancia los disturbios neuróticos que justifican una consulta y un tratamiento.

Tal era el caso del pequeñito a quien se impidió a los nueve meses chuparse el pulgar, y que de una noche a la otra se volvió un insomne permanente y luego tenía pesadillas y fobias al dormir. Uno podría pensar que estos problemas precoces de sueño, que en el bebé pueden estar incluidos en el marco de las interacciones precoces y de aquello que organiza su disfuncionamiento en los dos participantes, pueden ser también el primer síntoma de la angustia y de la neurosis que va a revelar más tarde. La progresión de estas manifestaciones prodrómicas es bastante regular: problemas para dormir, despertares nocturnos, llamados a la madre, etc. Cuando el niño se expresa, habla de sus malos sueños, les teme y evita dormirse.

Es, como lo mostramos más arriba, difícil diferenciar estas manifestaciones frecuentes y aun normales de una angustia grave. No es la gravedad de

los sueños angustiantes lo que permite contribuir a la distinción clínica entre los pródromos de lo que acabamos de describir como modelo de la neurosis infantil de desarrollo, y aquello que serán los síntomas apremiantes de una verdadera neurosis con angustia inhibitoria y paralizante. Es posible distinguir entre los sueños de angustia, las pesadillas y los terrores nocturnos verdaderos con confusión mental; este último caso plantea el problema de la naturaleza de estos estados críticos, lo que puede llevar a la prescripción paradójica, pero eficaz, de medicamentos analépticos.

Pero la gravedad de estos signos de angustia, a medida que el niño crece, hace posible que éste ejerza una presión creciente sobre sus padres; los "beneficios secundarios" de su sufrimiento lo autorizan a deslizarse en la cama de los padres, a expulsar de ahí al padre que debe descansar y, de este modo, impedir su unión, su intimidad, cuya naturaleza sexual presiente.

Su evolución depende también de la relativa tolerancia de los padres: si éstos aceptan ir a la recámara del niño cada vez que éste encuentra un pretexto más o menos válido para llamarlos, si le cuentan historias al acostarse, si aceptan que la puerta de la recámara permanezca abierta y la luz prendida, pueden contribuir a la disminución de la angustia. Naturalmente, la evolución dependerá del sentido común que los lleve a imponer frustraciones razonables, a fin de que el niño construya mecanismos de defensa suficientemente sólidos contra la angustia.

Durante estas manifestaciones de angustia, los niños pueden contraer hábitos nerviosos cuyo potencial futuro es difícil de imaginar. Se sabe que Winnicott ha demostrado que el niño se organiza contra sus dificultades relacionales por medio de un objeto transicional, que en nuestra civilización es muchas veces un juguete de peluche con el que el niño pide irse a la cama, con frecuencia muy tarde [11]. Pero este objeto puede ser un trapo, una vieja colcha, el pulgar que sigue chupándose. Todos estos hábitos son inocuos y protegen al niño contra la angustia. ¿Hasta qué edad son aceptables? ¿A partir de qué momento deben hacernos prever una organización neurótica con un retardo afectivo? La respuesta es difícil, sobre todo porque el valor organizador de estos hábitos depende también de las reacciones de los padres que los soportan más o menos bien. Desde luego, tales "manías" tienen al mismo tiempo un valor de provocación; los padres reaccionan ante la onicofagia como si fuera una verdadera masturbación, y en el plano del sentido de este comportamiento no se equivocan. ¿Qué decir a propósito de esas quinesias que suceden al dormirse o al despertar?

La lucha demasiado enérgica que se exige al niño le permite suprimir algunos de sus hábitos, como el obtener un propio control esfinteriano prematuro. S. Freud pensó que esta conducta parental exige demasiado del yo y de sus mecanismos de defensa mal consolidados, en un momento en el que la organización de la sexualidad infantil da lugar a fantasmas demasiado crudos, y juzgó que pueden verse en estos casos las primicias de la neurosis obsesiva [1].

Hemos opuesto este mecanismo a aquel en el que, al contrario, sólo exis-

ten restricciones educativas muy pobres; podría decirse que el yo está retardado respecto de la organización de la libido, y que tal modelo es el que predispone a la organización de la histeria. ¿Se podrían describir en este marco preestructural ciertas manifestaciones de la ansiedad del bebé que se exteriorizan en forma muy ruidosa, con agitaciones, gritos incomprensibles y no justificados? No es imposible. Algunos autores también han descrito verdaderas manifestaciones de conversión en el niño(a) muy pequeño [3].

CONCLUSIONES

Ya vimos que la neurosis del niño puede empezar desde los primeros años de vida. Su lentitud en abrirse paso plantea el problema de cómo detectarla precozmente así como de las circunstancias en el transcurso de las cuales parecen haberse manifestado sus primeros signos. Esta observación nos lleva, mucho años atrás, cuando se pensaba que la tolerancia de los padres podía evitar su aparición. Eso es quizá más cierto de lo que uno cree, aunque los sucesos que pudieron haber desempeñado una función desencadenante parezcan con frecuencia mínimos y poco significativos.

La evaluación del peso de estos sucesos es muy delicada, porque se habla aquí a la vez de neurosis infantil de desarrollo y de neurosis clínicas y apremiantes. Ya vimos que estas dos formas corresponden una y otra a la elaboración de la angustia de separación. La fobia de la cara extraña es un buen modelo de síntoma normal necesario, pero los síntomas que se observan cada vez más frecuentemente, a medida que el niño muy pequeño crece, pueden ser cada vez más consistentes y significativos, por ejemplo en el momento de entrar a la escuela preprimaria, cuando la simple ansiedad de separación se vuelve una verdadera fobia escolar.

Habría que considerar también, entre todos estos casos impresionantes, el de una depresión asociada. Sin embargo, fobias persistentes e inhibiciones graves parecen anunciar una neurosis clínica. Pero también la organización de una neurosis verdadera exige que la inhibición haya ejercido sus plenos efectos y sufrido fracasos. Esta regla justifica igualmente la inquietud que suscita la aparición de comportamientos fóbicos u obsesivos de contenido muy extraño, que en el fondo expresan preocupaciones psicóticas muy crudas.

Finalmente, se puede decir que la elaboración de la angustia de separación se hace con base en síntomas cuyas modalidades dependen también de las condiciones familiares y de las presiones de maduración que ejercen. Ya vimos que la hipermadurez convoca a la obsesión y que la violencia pulsional pertenece más bien a la histeria.

Las diversas formas de la angustia de separación que son la base de los estados neuróticos deberían, por lo tanto, llamar la atención desde la primera edad, pero esto sólo es posible cuando dan lugar a problemas funcionales ruidosos en el bebé. Tales formas se instalan en el centro de las desarmonías interactivas y pueden, se sabe, producir intervenciones muy fructuosas que, con otros autores, he propuesto describir como consultas terapéuticas [6].

BIBLIOGRAFÍA

[1] Freud, S., "La predisposición a la neurosis obsesiva", en *Obras completas,* vol. XII, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.

[2] Freud, S., "Inhibición, síntoma y angustia" (1926), en *Obras completas,* vol. XX, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.

[3] Kreisler, L., *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, Toulouse, Privat, 1986.

[4] Kreisler, L., M. Fain y M. Soulé, *L'enfant et son corps*, París, PUF, 1971.

[5] Lebovici, S., "L'expérience du psychanaliste chez l'enfant et chez l'adulte devant le modèle de la névrose infantile et de la névrose de transfert", en *Revue française de Psychanalyse,* 1980, 5-6: 732-854.

[6] Lebovici, S., "Les consultations thérapeutiques", en *Journal de la Psychanalyse de l'Enfant,* 1986, I: 135-152.

[7] Lebovici, S. y R. Diatkine, "Étude des fantasmes chez l'enfant", en *Revue Française de Psychanalyse,* 1954, 18, I: 104-158.

[8] Le Guen, J.L., *Œdipe originaire*, París, Payot, 1974.

[9] Mallet, J., "Contribution à l'étude des phobies", *Revue Française de Psychanalyse,* 1956, 20, 1-2: 256-282.

[10] Spitz, R., *De la naissance à la parole* (1965), París, PUF, 1968.

[11] Winnicott, D., *Escritos de pediatría y psicoanálisis,* Barcelona, Laia.

26. SIGNOS PREMONITORIOS DEL AUTISMO

DOMINIQUE SAUVAGE, LAURENCE HAMEURY,
PASCAL LENOIR, JEAN-LOUIS ADRIEN,
ANNE PERROT-BEAUGERIE, CATHERINE BARTHÉLÉMY

El autismo del niño ha sido individualizado por Kanner [17] y descrito como una dificultad para establecer relaciones normales con las personas, un aislamiento que hace desatender, rechazar, ignorar todo eso que el niño puede recibir del exterior; un deseo, en fin, de que todo quede sin cambio. Kanner consideraba inicialmente el autismo como una incapacidad innata para establecer un contacto afectivo. Ulteriormente, numerosos trabajos, entre los cuales también están otros de Kanner mismo, atribuyen el autismo a un rechazo materno. Es evidente que existen en el autismo anomalías entre la relación madre-hijo, pero esto es una evidencia que sin embargo no debe confundirse con una explicación de esta patología. En cambio, la profundización del examen clínico y la utilización de exámenes complementarios permiten insistir hoy en los aspectos neurofisiológicos del autismo infantil, y especialmente en la existencia de problemas que preceden y modifican el establecimiento de las relaciones entre el niño y su ambiente.

El nuevo enfoque de esta patología permite una modificación muy sensible de las relaciones entre los equipos médicos y las familias. Una colaboración confiada remplaza las viejas actitudes en las que los padres eran con frecuencia cruelmente acusados. Tenían que sufrir sucesivamente los retardos del diagnóstico, una pobre cooperación y una falta de información, una desconfianza o un rechazo de los exámenes complementarios, una reticencia o una oposición ante el desarrollo de métodos terapéuticos necesarios para el progreso de sus niños.

Hoy es posible mejorar el reconocimiento de los signos más precoces de autismo para precisar su diagnóstico e instaurar rápidamente, para estos niños, programas médicos y educativos adaptados. Las técnicas exclusivamente clínicas empiezan a completarse con la instrumentación de exámenes complementarios. Por último, la comprensión de los mecanismos de estos disturbios supone que se hagan esfuerzos para determinar y analizar las múltiples afecciones que suelen estar intrincadas en esta sintomatología.

DEFINICIONES

El autismo no es una entidad homogénea y bien definida (con un marco clínico unívoco, una evolución, una etiología y una terapéutica comunes...) sino un síndrome comportamental observado en numerosos casos patológicos. Se caracteriza por: el inicio precoz; la carencia de interés y de relaciones frente a las personas (anomalías del contacto, "repliegue autista); la utilización particular, no habitual e inadecuada de los objetos; problemas globales de desarrollo y de utilización del lenguaje; respuestas extrañas ante variados aspectos del ambiente; anomalías psicosensoriales con frecuentes manifestaciones de autoestimulación (visuales, quinestésicas...).

Es frecuente que se observen otros problemas en estos mismos niños. Por eso es que hoy se distinguen: 1] los autismos puros (o "típicos"), que corresponden a la descripción inicial de Kanner [17], en los que la motricidad y la inteligencia, en especial, parecen bien desarrollados (sin ser normales) y en los que no hay ninguna otra afección médica reconocible (alrededor de una tercera parte de los casos); 2] los autismos asociados a otros síntomas o afecciones (alrededor de las dos terceras partes). Además, comportamientos autistas menos completos pueden estar asociados a otras afecciones (retardo mental, encefalopatías), que agravan la inadaptación de aquellos niños que podrían beneficiarse de los progresos realizados en este campo.

El diagnóstico de un síndrome autista y de su forma clínica sólo puede afirmarse excepcionalmente antes de los 18 meses o los dos años (cf. cap. 21). Sin embargo, la mayoría de los casos empiezan desde el nacimiento y en el transcurso de los primeros meses. El diagnóstico precoz es todavía difícil y debe discutirse en un medio especializado; así, para que tal parecer sea solicitado, hace falta que otro profesionista –y muy particularmente el médico de la familia o el pediatra– reconozca los primeros signos. Por esa razón insistimos en los signos precoces antes de describir los diferentes problemas clínicos y terapéuticos que se plantean después de su reconocimiento.

LOS SIGNOS PRECOCES

Hasta hace poco, la descripción de los primeros disturbios reposaba en el descubrimiento de una constelación de síntomas denominados "signos precoces" [11, 16, 24, 28, 29, 31]. Paralelamente, se precisó el interés por identificar las formas iniciales, y el examen más precoz permitió que la primera observación fuera, en parte, prospectiva. Finalmente, el reconocimiento de los disturbios asociados tomó un lugar cada vez más importante, y por esto se hizo patente la diversidad de síndromes explorados en el marco del autismo, así como la variabilidad de los síndromes clínicos que hay entre un niño y otro, y también en un mismo niño(a).

Métodos clínicos

Las investigaciones apuntan hacia dos áreas: la historia de los disturbios y la observación actual.

La historia de los disturbios. Se establece con la ayuda de entrevistas, cuyo valor informativo se enriquece en función del nivel de conocimientos del clínico; con informes de los padres, establecidos por ellos anteriormente o durante las consultas; con informes de personas cercanas y de otros profesionistas involucrados; con cuestionarios y, algunas veces, películas o videos efectuados por las familias antes de que se hubieran reconocido dificultades en el niño.

La observación actual. Reposa en la observación psiquiátrica, el examen neurológico, el examen psicológico y el examen de lenguaje.

La observación psiquiátrica se realiza con ayuda de entrevistas con los padres; con el examen del niño, que implica varias etapas, como la observación "libre", actividades "estructuradas" que se proponen al niño a fin de que ejerza su atención, su participación y su capacidad de intercambio; y con el examen en presencia de otros niños y de otras personas (familiares, profesionales del ramo) para estudiar las actitudes recíprocas y las interacciones.

El examen neurológico implica dos tiempos: un examen neuropediátrico clásico que incluye los antecedentes pre y perinatales, los aspectos genéticos, etc., y un examen orientado a la neurología del desarrollo y del comportamiento. En este nuevo campo no existe todavía un formulario preciso pero se exploraron muchas funciones: anomalías de la mirada, del vigor, de las actitudes, de la postura, del movimiento, de la reactividad, variaciones vegetativas, etc. [14]. El examen psicomotor explora terrenos vecinos, pero los métodos específicos de investigación en este sector todavía no se han elaborado.

El examen psicológico es indispensable para describir y comprender los disturbios así como las indicaciones terapéuticas [1, 3]. Incluye la evaluación del desarrollo (cociente de desarrollo global y resultados); la observación minuciosa de los comportamientos e interacciones, con una semiología cuantificada a partir de escalas y cuestionarios; el estudio cualitativo de las estrategias cognoscitivas y comunicativas, el de las emociones expresadas y el de la empatía, etcétera.

El examen del lenguaje (muy poco presente a esta edad), del prelenguaje y de la comunicación no verbal tiene también un gran interés diagnóstico y probablemente pronóstico [28].

En el transcurso de estos exámenes es posible hacer: 1] registros de magnetoscopio para la observación repetida y fraccionable (en secuencias significativas), análisis colectivos y, sobre todo, un estudio retrospectivo. En efecto, tienen un valor inestimable de archivos y permiten hacer exámenes comparativos ulteriores. Estas observaciones filmadas pueden también hacerse

en el lugar de vida habitual (la casa, la guardería, etc.) o durante las terapias; 2] la evaluación con ayuda de escalas: hemos perfeccionado una escala adaptada a los niños menores de tres años [11, 29], para permitir la sistematización y la evaluación cuantitativa de los signos de autismo. Esta escala es llenada por varios calificadores al término de una sesión de síntesis durante la cual se presentan todas las informaciones reunidas sobre el niño.

Modos de inicio

Las condiciones en las que el médico es llevado a mencionar el diagnóstico son muy diferentes en función de la forma clínica y del modo en que se dio el inicio, cuando se trata, como es lo más frecuente, de un autismo *asociado* a otras manifestaciones (retardo, epilepsia, signos neurológicos o morfológicos...), los signos de estas patologías son los que en general se reconocen primero, muchas veces muy pronto, y justifican los balances especializados a partir de los cuales se realizará la evaluación del síndrome de autismo. Cuando se trata de un autismo "puro", el problema es diferente. Existen dos tipos de inicio, uno precoz y progresivo (el más frecuente) y otro cuyo inicio parece más tardío al situarse entre uno y dos años. Sin embargo, un examen suficientemente preciso pone habitualmente en evidencia la existencia previa de algunas señales más discretas. Un inicio realmente secundario es una eventualidad más rara e incluso discutida.

Sintomatología

Los signos son variados y, cada uno tomado aisladamente, no patognomónicos. Es por tanto su reagrupamiento, su persistencia y, para algunos, su carácter particular, aunque no específico, lo que tiene algún sentido. De entre los numerosos signos posibles presentaremos aquellos que son los más frecuentes y los más significativos. Mostraremos en forma de cuadros los signos que aparecen en los dos primeros años, y sólo los principales.

Entre cero y seis meses (cuadro I, anexo): indiferencia al mundo sonoro; anomalías de la mirada, estrabismo; anomalías del comportamiento (demasiado tranquilo o demasiado excitado); formas atípicas y/o severas de problemas de sueño y de alimentación; ausencia de actitud anticipatoria* y globalmente anomalías de la motricidad y del vigor: hipotonía, hipoactividad, actitudes no habituales.

* Un niño normal adopta, a partir de los cuatro meses, una actitud visible por lo que toca a la cara y a la postura, cuando comprende que va a ser tomado en brazos o se lo va a poner sobre la mesa, etcétera.

Entre los seis y los doce meses (cuadro II, anexo): desarrollo de hábitos extraños; actividades solitarias: juegos de dedos y manos delante de los ojos, balanceos...; utilización no habitual de objetos (raspar, frotar...); ausencia de interés por las personas (carencia de contacto); pocas emisiones vocales o ausencia de ellas; confirmación de particularidades motrices: hipotonía (a veces hipertonía); hipoactividad (a veces excitación).

Entre uno y dos años (cuadro III, anexo): el no desarrollo del lenguaje se convierte en la mayor preocupación. Sus juegos son pobres, aparecen o se desarrollan estereotipos. La indiferencia habitual contrasta con ciertas fascinaciones muy vivas (por movimientos, luces, música...). Algunos signos son evocadores pero inconstantes (automutilación).

Tales son los signos principales de esta patología precoz. Pero se estudian también ahora de manera más minuciosa las anomalías posturales; las anomalías perceptivas, especialmente la audición y la visión; las anomalías de las primeras emisiones vocales; los disturbios de la comunicación (mímica, gestos, actitudes) para la comprensión y la expresión de las emociones.

Estos niños tienen capacidades expresivas muy pobres y una dificultad para comprender las expresiones faciales de los demás. Por esto, todo sucede como si el niño no tuviera los medios para saber lo que debe hacer en una situación dada, puesto que no percibe los índices que le informan acerca de los sentimientos y las intenciones de otras personas.

Validez de los signos precoces

Aunque los signos sean hoy mejor conocidos, se trata de un campo de la semiología en el que el ojo del practicante no está todavía muy ejercitado. Por tanto, es preferible solicitar en un primer momento la opinión de un especialista antes de alertar a la familia. Este servicio podrá aportar consejos rápidamente sin verse necesariamente obligado a dar un diagnóstico, cuyo establecimiento puede necesitar varios meses, ni a entorpecer el pronóstico que, en parte, puede verse desmentido por la precocidad de las intervenciones.

LOS PROBLEMAS DIAGNÓSTICOS

Diagnóstico positivo

Sigue siendo difícil debido a que se trata de una patología variable y heterogénea.

Patología variable: los primeros signos puede ser discretos; la mayoría de ellos no tiene especificidad y son inconstantes (nunca están todos presentes).

Finalmente, ciertas manifestaciones pueden ser observadas en formas opuestas; insomnio o hipersomnia, hipotonía o hipertonía, niño(a) muy tranquilo o muy excitable, etc. La variabilidad misma de los comportamientos entre los niños normales contribuye a confundir a los médicos.

Patología heterogénea: por el grado de severidad, por el grado de retardo, por los disturbios asociados (pediátricos y neurológicos).

Diagnóstico diferencial

Son en principio los diagnósticos clásicos, la sordera y las carencias afectivas severas, pero pese al progreso de la observación clínica y de los exámenes complementarios, algunos casos siguen siendo complejos [23] y los problemas afectivos y/o sociales pueden discutirse entre los factores etiológicos del autismo. Igualmente, el examen cada vez más precoz de los niños hace más difícil la discusión, a esta altura, de los estados depresivos o de las manifestaciones iniciales de problemas específicos de desarrollo del lenguaje (disfasias).

El problema del retardo es diferente: autismo y retardo no son diagnósticos que se excluyan recíprocamente; al contrario, se asocian fácilmente y, según su importancia respectiva, se hablará de "autismo con retardo" o bien de "retardo con signos de autismo". Pero el funcionamiento intelectual de los niños autistas y retardados del mismo nivel es diferente: los disturbios de la inteligencia en el autista no tienen que ver de manera equivalente con las diferentes funciones, como sucede en el retardo "simple" (por ejemplo, la memorización, el reconocimiento de aires de música, la ejecución de rompecabezas... pueden ser mejores, y hasta excelentes, en comparación con capacidades pobres en otros campos).

De hecho, la evaluación más precoz y más completa de los problemas del desarrollo nos lleva a la confirmación de que estas diferentes patologías pueden estar separadas, pero también asociadas y/o intrincadas (por ejemplo: autismo y retardo, autismo y problemas de audición, autismo y problemas de lenguaje, etcétera).

MEDIDAS PRÁCTICAS

La observación

Cuando el médico y/o su entorno reconocen problemas, una consulta especializada permitirá la realización de un balance que asocie los métodos clínicos ya descritos y los exámenes complementarios. Sus indicaciones son función de las necesidades del niño, de la familia y de la investigación. Lo más frecuente es que todo se reduzca a algunos exámenes neurofisiológicos (potenciales cor-

ticales evocados o del tronco cerebral, electroencefalograma) y bioquímicos (muestra urinaria para averiguar las dosis de ácido homovanílico y de serotonina). Sólo a partir de los datos clínicos de cada caso pueden añadirse exámenes neuropediátricos. Cabe subrayar en la hora actual el interés que puede tener un estudio genético clínico. Todos estos exámenes deben orientarse por los signos observados e invariablemente practicados dentro de investigaciones bien coordinadas. Estos exámenes no se organizan necesariamente en la fase inicial del diagnóstico sino que se programan en función de las necesidades y de la evolución del grado de aceptación de la familia.

Dentro del marco de la investigación, se sitúan los estudios controlados, en los que se establecen correlaciones entre los datos de los exámenes biológicos y los de la evaluación clínica.

Para las familias, los exámenes complementarios efectuados en estas condiciones pueden ser de una gran ayuda, aun cuando habitualmente no aporten información positiva. Porque tratándose de niños que deben ser objeto de cuidados intensivos y prolongados, dichos exámenes contribuyen a que se establezca una relación de confianza entre la familia y el equipo médico, en la que la información circula regularmente, lo que permite que se comprenda el interés y el sentido de estas investigaciones, así como sus límites.

Los programas educativos y terapéuticos para el niño y su familia se ejecutan de forma paralela. A esto se integran cuidados, exámenes complementarios y consejos a los padres. Lo que aquí sucede debe ser comparable a lo que pasa con otras enfermedades graves y durables que afectan al niño(a).

Identificación de las formas clínicas

El examen regular de estos niños no puede sino ponernos frente a la diversidad de las situaciones observadas. Sin embargo, tanto el clínico como el investigador tienen necesidad de referencias de diagnóstico, de pronóstico y etiológicas. Esto lleva a intentar definir las formas clínicas en función de los principales parámetros que hoy son observables [28].

Según el modo de inicio: precoz progresivo o secundario (antes de los dos años) con o sin signos anteriormente observables.

Según los aspectos clínicos del síndrome comportamental, pueden seleccionarse muchos caracteres: especificidad y/o intensidad de los síntomas (escala de evaluación); aspecto clínico dominante (hiporreactividad; hiperreactividad, hipo e hiperactividad para un mismo niño según los estímulos).

Según el nivel de desarrollo: cognoscitivo (desempeños de su cociente de desarrollo); capacidades de comunicación; etapas del desarrollo emocional.

Según los problemas asociados: ninguna anomalía somática visible; presencia de signos físicos indiscutibles pero no específicos; patología específica asociada (neurológica, genética...).

Según el contexto familiar y psicosocial, campo que ha sido hasta ahora el más estudiado. Sin embargo, todavía no es posible sistematizar la extrema variedad de situaciones observadas; en efecto, también se ha visto: ninguna particularidad en el medio familiar; presencia de uno o varios casos psiquiátricos (o neurológicos); presencia de otro caso de autismo (raro) o de otras formas (habitualmente menos severas) de problemas del desarrollo (retardo escolar, retardo de lenguaje, epilepsia...), factores psicosociales.

El perfil clínico individual (clasificación multiaxial)

Sólo una presentación multiaxial parece poder dar cuenta de la complejidad del síndrome estudiado. Los sistemas que existen se adaptan mal al niño pequeño [12]. En particular, es necesario incluir referencias al desarrollo [18, 27]. A título provisional empleamos un perfil clínico [28], concebido para recapitular todos los rubros de una evaluación global. Es útil para establecer el "retrato" de cada niño, que servirá de base para la evaluación longitudinal y/o los agrupamientos sindrómicos dentro del marco de la investigación.

Los cuidados

El establecimiento y la organización de los cuidados sólo pueden hacerse, en la mayoría de los casos, en una institución especializada y con la participación de un equipo pluridisciplinario. En estas condiciones es posible proponer al niño y a su familia un programa terapéutico personalizado.

Según lo amerite el caso, se prevén diversas orientaciones terapéuticas simultáneas o sucesivamente: médicas, psicológicas, comportamentales, educativas, familiares, sociales o farmacológicas.

Aspectos psicológicos, comportamentales y educativos. Después de hacer evaluaciones precisas [5] (exámenes psicológicos, evaluación del prelenguaje, evaluación de los problemas del comportamiento con ayuda de escalas) [2, 5], se puede proponer un proyecto personalizado en función de las capacidades del niño, y de los déficit y problemas de comportamiento observados [30]. Este programa educativo especializado implica sesiones educativas en pequeños grupos, sesiones individuales: terapias de intercambio y de desarrollo [8, 20], reeducación psicomotriz, reeducación ortofónica, psicoterapias, etcétera.

Aspectos familiares y sociales. El proyecto terapéutico es elaborado y efectuado en colaboración con la familia [25, 30]. El "programa terapéutico familiar" toma en cuenta las necesidades y capacidades de la familia para participar en los cuidados del niño(a). Para los niños más pequeños, los cuidados programados y coordinados por el equipo médico-educativo y los servicios sociales pueden ser en parte efectuados a domicilio.

Aspectos médicos y farmacológicos. Ningún aspecto debe descuidarse, incluida la necesidad eventual de una prótesis auditiva, de lentes correctores (para reeducación de un estrabismo, por ejemplo) y las ventajas de un tratamiento anticonvulsivo adaptado. Entre las terapias farmacológicas preconizadas, citamos los neurolépticos, en particular el haloperidol [9]; la vitamina B 6, asociada al magnesio [7, 22]; el ácido fólico en los niños portadores de un cromosoma X-frágil [6, 19, 21]; la fenfluramina [4, 6, 10, 26]. Cada una de ellas puede tener resultados favorables para algunos niños; se trata de mejorías parciales que tienen que ver con la calidad del contacto y/o la reducción de los problemas que dificultan el comportamiento. Estos efectos pueden también facilitar el progreso. Sin embargo, se aplican más a los niños que a los bebés.

CONCLUSIÓN

El estudio a la vez precoz y multidisciplinario del autismo (psiquiátrico, pediátrico, neurológico, psicológico) ha modificado completamente los conocimientos sobre la clínica del autismo, pero también las concepciones sobre este tipo de perturbaciones del desarrollo [28]. En efecto, los exámenes efectuados en el autismo del niño con métodos de los que no disponía Kanner, evidencian, muy frecuentemente, cuando no constantemente, anomalías variadas.

Algunas reflejan un disfuncionamiento cerebral: epilepsia, signos neurológicos, dismetabolias importantes y anomalías morfológicas. A veces los exámenes complementarios revelan tales anomalías (epilepsia o anomalías morfológicas cerebrales) en casos de autismo "puro" como los descritos por Kanner. Otros reflejan problemas de comportamiento eléctrico cerebral (anomalías de la reactividad de los potenciales evocados), de comportamiento metabólico (anomalías de los derivados de las monoaminas) e incluso del comportamiento cromosómico (síndrome del cromosoma X-frágil). En ciertos casos, por último, parece dominar una etiología: sufrimiento cerebral grave ante o perinatal, encefalitis, síndrome metabólico caracterizado, afección genética mayor.

Progresar en el estudio del diagnóstico del autismo supone hacer muy tempranamente una observación lo más completa posible para evaluar todos los parámetros que permitan validar ulteriormente las formas clínicas. La

importancia de esta evaluación es obvia también para el pronóstico, debido a que numerosos índices precoces tienen probablemente un valor significativo tanto para la evolución como para las indicaciones terapéuticas.

Las buenas relaciones establecidas con los servicios infantiles y con las familias permiten ver a niños cada vez más pequeños. Estos muy precoces exámenes influyen en nuestra práctica y en nuestra reflexión: nos llevan a desarrollar una semiología más sutil y específica (comportamiento emocional); hacen posible la distinción progresiva entre los disturbios primarios y los disturbios secundarios (comportamiento difícil); hacen que los disturbios primarios parezcan estar verdaderamente relacionados con un disfuncionamiento neuropsicológico y/o perceptivo y con ciertos signos "clásicos" de autismo (como el retraimiento, la ausencia de tentativas de comunicación en un registro habitual, el deseo de que nada cambie) más como un efecto condicionado por las situaciones de fracaso provocadas por las anomalías descritas más arriba (disturbios primarios que éstas agravan por un mecanismo de "círculo vicioso"), que como la expresión de un disfuncionamiento neurológico importante. Gesell y Amatruda ya habían notado que las terapias muy precoces de despertar sensorio-motor (enseñarle al niño a ver, a escuchar, a adaptar su postura y sus movimientos a los estímulos del ambiente), asociadas a los consejos y al apoyo dados a la familia, evitaban, probablemente en muchos casos, la aparición del retraimiento [15]. Esta evolución parece confirmarse en ciertas observaciones publicadas recientemente [29].
Especialistas de numerosas disciplinas se han visto llevados a intervenir en el transcurso de una evaluación como la anterior; el psiquiatra infantil tiene la posibilidad de coordinar el conjunto de este balance en razón del terreno explorado (el desarrollo y el comportamiento) así como numerosas obligaciones por lo que toca a la familia, que tiene una necesidad constante de información, sostén y apoyo educativo. Es claro que este psiquiatra infantil debe ser traído a la clínica del pequeño para colaborar con los diferentes servicios y disciplinas involucrados. Esta nueva orientación corresponde a la noción de "psiquiatría del desarrollo".

ANEXOS

Cuadros de los signos más característicos que pueden observarse en el curso de los dos primeros años de evolución de un síndrome autista

Tal repertorio es cómodo porque reúne la totalidad de las manifestaciones posibles, pero artificial porque no responde al perfil de cada niño. Así, estos cuadros se establecen a título de indicadores y sólo pueden utilizarse teniendo en cuenta esta reserva.

CUADRO I-*Primer semestre*

Primeras semanas

Bebé "flácido" (o a veces "rígido") cuando se lo carga.
Parece "diferente".
Mira mal: no mira directamente, no persigue el movimiento.
Es indiferente a los cuidados, o grita cuando se ocupan de él. No reacciona a la voz.
Disturbios precoces del sueño.
Disturbios alimentarios: defecto de succión, mamadas lentas, "rechazo" del seno o del biberón, regurgitaciones...
Eventualmente: anomalías físicas menores.

Hasta los tres meses

Bebé hipotónico, no sostiene su cabeza.
Docilidad particular.
Anomalías de la mirada.
Indiferencia del rostro: "bebé serio".
Falta de atención a las personas.
No sonríe o sonríe muy poco: no es sensible a la voz.
Disturbios alimentarios: anorexia, vómitos, indiferencia durante el amamantamiento.
Disturbios del sueño: insomnio "silencioso" o agitado (gritos noche y día). A veces, hipersomnia.

Hasta los seis meses

Bebé "demasiado tranquilo" o a veces "demasiado nervioso" (excitado, irritable).
Hipotonía (a veces hipertonía).
Retardo en sostener la cabeza, y después retardo en mantener sentado.
Ausencia o retardo de actitud anticipatoria.
Ausencia o falla de ajuste postural; aspecto "muñeco de trapo"; ausencia de presión.
Ausencia o rareza en la sonrisa.
Pocas expresiones faciales, cara triste, indiferente.
Anomalías de la mirada (falta de contacto visual, "mirada vacía", estrabismo).
Indiferencia al mundo sonoro y/o hipersensibilidad a ciertos sonidos.
Ausencia o retardo de balbuceo.
Pobreza del apego afectivo.
Humor sombrío, irritable; gritos, cóleras.
Sin expresiones de júbilo (por ejemplo, no hay excitación jocosa con gorgoritos y movimiento de piernas).
Interés particular por las manos; a veces ritmias en la cuna.
Ignora los juguetes.
Disturbios del sueño; insomnio agitado o apacible.
Dificultades de alimentación.
Disturbios digestivos; constipación precoz.
Anomalías de la curva térmica.

CUADRO II-*Segundo semestre*

Hipotonía.
Retraso en la posición sedente, y luego en la de pie.
Falta de ajuste postural: tenido en brazos, se mantiene a distancia, se inclina hacia atrás.
Falla de contacto visual, no mira a las personas, no fija los objetos; a veces, impresión de ceguera (pero puede interesarse en los detalles: coger un cabello, una migaja...; fijar su mirada en las luces o en objetos que giran.
Pocas expresiones faciales.
Ausencia de gestos simbólicos.
Ausencia de imitación.
Indiferencia al mundo sonoro y/o reacciones paradójicas a los sonidos: impresión de sordera, pero interés por la música, o miedo a ciertos ruidos.
Balbuceo pobre e idiosincrático (no comunicativo).
Aislamiento, "retraimiento" afectivo.
Docilidad extrema (o cóleras).
No se interesa por las personas.
Ignora los juguetes o los utiliza de modo no habitual (se los lleva a la boca, los golpea).
Balanceos, juego de manos y de dedos ante los ojos.
No tiene angustia de separación.
No tiene reacción de angustia en presencia de un extraño.
Miedos no habituales (a situaciones nuevas, a ciertos ruidos...)
Disturbios del sueño: insomnio (o hipersomnia).
Dificultades de alimentación: rechaza la cuchara, los pedazos, los alimentos nuevos. Anorexia, vómitos, mericismo.
Falta de interés por la preparación de la comida. Gustos particulares.

CUADRO III-*Segundo año*

Retardo (o detenimiento) del andar.
Marcha o motricidad particulares: sobre la punta de los pies, moviendo los brazos, haciendo balanceos o como "en torbellino"...
Defecto en el ajuste postural.
Prensión arcaica, mala coordinación óculo-manual.
Hipoactividad con falta de exploración del ambiente (o hiperactividad sin objetivo).
Estereotipos (balanceos).
Anomalías de la mirada: falta de atención visual, mirada particular (periférica, breve), se fija prolongadamente en los detalles.
Anomalías de percepción auditiva; interés por la música.
Poca expresión facial y de gestos simbólicos.
Ausencia o perturbación del lenguaje: palabras-sonidos desprovistos de sentido, ecolalia.
Disturbios de la compresión verbal y no verbal.
Falta de contacto con las personas (retraimiento, ausencia de interés, prefiere estar solo).
Reacciones afectivas pobres o extremas: algunas exigencias muy fuertes contrastan con la gran indiferencia visible.
Cóleras, ansiedad, miedos muy vivos (ruidos mecánicos).
Juegos pobres o estereotipados: ignora los objetos o los utiliza de manera no habitual (los huele, los lame, los rasca, los hace girar...).

No hace juegos de imitación.
Intereses particulares (fuente luminosa, juego de sombras, reflejos, objetos que giran...).
Evita ciertas sensaciones: ruido del viento, contacto con la arena...).
Disturbios del sueño (sueño agitado, ritmias, se pega en la cabeza...).
Disturbios alimentarios (rechazo de ciertas consistencias, de ciertos sabores).
Falta de interés (u oposición) a los intentos de adquisición de la propiedad; juegos fecales.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Adrien, J.-L., "Examen psychologique", en *Autismme du nourrison et du jeune enfant,* D. Sauvage (comp.), París, Masson, 1988, pp. 72-79.

[2] Adrien, J.-L., C. Barthélémy, D. Sauvage y G. Lelord, "The behavior observation scale for autism (adapted from Bos-B.J. Freeman, 1978). Description and comparative analysis of behaviors among autistic retarded and normal children", en *J. Autism Dev. Disord.* (en prensa).

[3] Adrien, J.-L., D. Barthélémy, D. Sauvage y G. Lelorg, "Troubles de la communication des enfants autistiques sans langage. Aspects descriptifs et évaluatifs", en *Neuropsychiat. Enfance Adolesc.,* 1986, 34: 93-98.

[4] August, G.J., N. Raz, A.D. Papanicolaou, T.D. Baird, S.L. Hirsh y L.L. Hsu, "Fenfluramine treatment in infantile autism: Neurochemical, electrophysiological and behavioral effects", en *J. Nerv. Ment. Disord.,* 1984, 172: 604-612.

[5] Barthélémy, C., "Evaluations cliniques quantitatives en pédopsychiatrie", informe del Coloque Annuel de la Societé Française de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, Tours, 18 de mayo de 1985, en *Neuropsychiat. Enfance. Adolesc.,* 1986, 34: 63-91.

[6] Barthélémy, C., J. Martineau, J. Jouve, C. Moraine, J.-P. Muh y J. Lejeune, "Méthodologie d'etudes thérapeutiques contrôlées (vitamine B_6-mangésium halopéridol, folates, fenfluramine) chez l'enfant autistique, en *Autisme infantile,* F. Gremy, S. Tomkiewicz, P. Ferrari y G. Lelord (comps.), Coloquio ARAPI-INSERM, vol. 146, París, INSERM, 1987, pp. 265-272.

[7] Barthélémy, C., B. Garreau, Leddet, I., D. Ernouf, J.-P. Muh y G. Lelord, "Behavioral and biological effects of oral magnésium vitamine B_6 and combined magnésium-vitamine B_6 administration in autistic children", en *Magnésium Bulletin,* 1981, 3: 150-153.

[8] Barthélémy, C. y C., Larmande, "Les psychothérapies par modification du comportement chez l'enfant autistique", *Acta Psychiat. Belg.,* 1977, 77: 549-586.

[9] Campbell, M., L.T. Anderson, A.M. Small, R. Perry y H. Green, "The effects of haloperidol on learning and behavior in autistic children", en *J. Autism Dev. Disord.,* 1982, 12: 161-175.

[10] De Villard, R., J. Daléry, J. Maillet, C. Quincy, B. Renaud, E. Flachaire, C. Lapras, J.-D. Patet y J.-M. Thoulon, "Anomalies de la sérotonine dans les psychoses infantiles précoces. Essai thérapeutique du fenfluramine", en *La Presse Médicale,* 1984, 13: 15.

[11] De Villard, R., *Psychoses et autisme de l'enfant,* París, Masson, 1984.

[12] DSM III, "Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders", 3a. ed., Washington, DC, American Psychiatric Association, 1980.

[13] Garreau, B., C. Barthélémy, J. Martineau, N. Bruneau y G. Lelord, "Aspects electrophysiologiques de l'autisme de l'enfant", en *L'Encéphale,* 1985, II: 145-155.

[14] Garreau, B., L. Hameury, A. Beaugerie, D. Sauvage, C. Barthélémy y G. Lelord, "Les modèles neurologiques de l'autisme", en *Neuro-Psy.,* 1985, 1, 3:17-26.

[15] Gesell, A. y C.S. Amatruda, *Developmental diagnosis normal and abnormal child development: clinical methods and pediatric applications,* Nueva York, Harper y Row, 1974 (3a. ed.).

[16] Houzel, D., P. Mazet, P. Dardenne, G. Haag y V. Beufet, "Dépistage et traitement des psychoses précoces", en *Neuropsychiat. Enfance, Adolesc.,* 1980, 28: 133-140.

[17] Kanner, L., "Autistic disturbances of affective contact", en *Nerv. Child.,* 1943, 2: 271-250.

[18] Kreisler, L., "Problèmes spécifiques de classification en psychiatrie dans le premier âge. Propositions nosographiques nouvelles", en *Confrontations Psyquiatriques,* 1984, 24: 221-250.

[19] Lejeune, J., "Métabolisme des monocarbones et syndrome de l'X fragile", en *Bull, Acad. Nat.,* 1981, 165: 1197-1206.

[20] Lelord, G., C. Barthélémy, D. Sauvage y J-C. Arlot, "Les thérapeutiques d'échange et de développement dans l'autisme grave chez l'enfant", en *Concours Médical,* 1978, 100: 4659-4662.

[21] Lelord, G., "L'avenir de la recherche bioclinique dans l'autisme de l'enfant", *Coloque ARAPI-INSERM,* vol. 146, París, INSERM, 1987, pp. 325-328.

[22] Lelord, G., J.-P. Muh, C. Barthélémy, J. Martineau, B. Garreau y E. Callaway, "Effects of pyridoxine and magnésium on autistic symptoms. Initial observations", en *J. Autism Dev. Disord.,* 1981, II: 219-230.

[23] Mazet, P., "Discussion du Rapport de psychiatrie sur l'autisme du nourrison et du jeune enfant (29)", en *Comptes Rendus du Congrès de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française,* Luxemburgo, 2-6, julio de 1984, J.-M. Léger (comp.), París, Masson, pp. 75-81.

[24] Ornitz, E.M., D. Guthrie y A.H. Farley, "The early symptoms of childhood autism", en *Cognitive Defects in the Development of Mental Illness.,* G. Serban (comp.), Nueva York, Brunet/Mazel, 1978, pp. 24-42.

[25] Ricks, D.M., "Medical management of psychotic children", en *Handbook of Psychiatry,* vol. III, *Psychoses of uncertain ætiology,* J.K. Wing y L. Wing (comps.), Cambridge, University Press, 1982, pp. 240-245.

[26] Ritvo, E.R., B.J. Freeman, E. Geller y A. Yuwiller, "Effects of fenfluramine on 14 outpatients with the syndrome of autisme", en *J. Am. Acad. Child. Psychiat.,* 1983, 22: 549-558.

[27] Sauvage, D., L. Hameury y A. Beaugerie, "Développement et comportement. L'évaluation clinique en psychiatrie du nourrisson et du trés jeune enfant", en *Neuropsychiat. Enfance, Adolesc.,* 1986, 34: 143-147.

[28] Sauvage, D., L. Hemeury, J.-L. Adrien, A. Beaugerie, C. Larmande y I. Leddet, "Diagnostic de l'autisme avant deux ans. Méthodes d'observation et formes cliniques", en *Autisme infantile,* F. Gramy, S. Tomkiewicz, P. Ferrari y G. Lelord (comps.), Coloquio del INSERM, vol- 146, París, INSERM, 1987, pp. 47-54.

[29] Sauvage, D., *Autisme du nourrisson et du jeune enfant,* París, Masson, 1988.

[30] Schopler, E., R.J. Reichler y M. Lansing, *Individualized assessment and treatment for autistic and developmentally disabled children,* Baltimore (Maryland), University Park Press, 1983.

[31] Tanguay, P.E., "A pediatrician's guide to recognition and initial management of early infantile autism", en *Pediatrics.* 1973, 51: 903-910.

CUARTA PARTE

LA PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA Y LAS CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS DE LAS AFECCIONES SOMÁTICAS

27. LA EXPRESIÓN SOMÁTICA EN LA PSICOPATOLOGÍA DEL LACTANTE

LÉON KREISLER

Vía de expresión tanto más utilizada cuanto más joven es el niño(a), la psicosomática es sin ninguna duda la más difundida de las formas clínicas de la psiquiatría de la primera edad. Pasan pocas semanas sin que un pediatra sea interrogado a propósito de un problema de sueño o de apetito, de problemas digestivos o de infecciones que se repiten y se relacionan con condiciones exteriores mal toleradas. La expresión somática ha entrado en la evaluación prospectiva del riesgo mental: en un estudio epidemiológico del INSERM, que incluyó a 415 niños de tres meses a tres años, fueron seleccionadas como bases seguras del pronóstico somático y psíquico el asma, la otitis y las bronquitis que se repiten, más los problemas alimentarios, del sueño y del comportamiento [1].

En los capítulos que siguen se detallarán algunos síndromes elegidos por su frecuencia y su propia originalidad. Pueden también darse como representativos del sentido y del enfoque psicosomático general, que retomaremos a grandes rasgos a partir de estudios anteriores [7, 8, 9].

BASES DEL ESTUDIO PSICOSOMÁTICO DEL LACTANTE

La clínica psicosomática del lactante extrae su conocimiento de dos principales orientaciones, unas pediátricas, las otras psicológicas y psicoanalíticas.

Los trabajos de los pediatras han abordado de entrada la anorexia y los problemas del sueño [2, 3, 11]. Estos síndromes han contribuido mucho al conocimiento psicológico del niño pequeño en los medios médicos.

En el psicoanálisis, la psicosomática infantil ha sido abordada inicialmente a partir de pacientes adultos mediante la reconstrucción de su pasado en el transcurso del tratamiento. Los estudios contemporáneos se centraron, sobre todo, en la observación directa de los desórdenes psicosomáticos de la primera edad *in statu nascendi,* en el "hacerse del desarrollo". El iniciador de la observación directa de la patología somática del lactante desde una perspectiva psicoanalítica fue René Spitz [20]. Nuestros primeros trabajos, a partir de 1965, estuvieron orientados por Spitz y Winnicott, pero con otra metodología. Ésta resultó de la observación conjunta de los desórdenes en una colaboración transdiciplinaria, pediátrica, psicosomática y psicoanalítica (Kreisler,

Fain y Soulé), para estudiar sucesivamente: cólicos, insomnio, mericismo, vómitos, anorexia (1966); los disturbios de expresión anal, encopresis y megacolon psicógeno (1967); los disturbios de expresión respiratoria: espasmos del sollozo (1972) y asma (1973). Estos trabajos, reunidos en *L'enfant et son corps* (1974-1987) consideran principalmente la patología funcional. Más tarde tuve que apegarme más concretamente a la patología de alto riesgo (funcional y lesional) y reestudiarla dentro de las concepciones del Institut de Psychosomatique de París (IPSO) [7, 8, 9, 10].

DEFINICIÓN. LUGAR EN LA NOSOLOGÍA PSIQUIÁTRICA DEL LACTANTE

La patología psicosomática designa los desórdenes orgánicos cuya génesis y evolución reconocen una participación psicológica prevaleciente. Esta definición excluye los daños corporales accidentales y autoagresivos, así como las consecuencias de la violencia ejercida sobre los niños. Junto a la nosología del lactante figuran: los disturbios del desarrollo, la expresión motriz y del comportamiento y, a partir del segundo semestre, disturbios de expresión mentalizada, neuróticos, depresivos, psicóticos y deficitarios (cf. caps. 23 al 26). El estudio de los desórdenes revela un gran abanico de formas y de gravedad, va desde los más serios hasta los más comunes e incluye las variaciones de la normalidad, pues el niño más equilibrado puede "elegir" un día el registro somático para expresar su malestar en el abandono o en el conflicto. Los disturbios pueden afectar todos los sistemas corporales. En la nomenclatura pediátrica, se clasifican según la importancia de la función electivamente atacada (cuadro I).

La nosografía médica reúne los síntomas para codificarlos en síndromes y enfermedades. El conocimiento psicosomático los integra en la economía relacional y mental del niño. En esta diversidad, la cronología determina una primera orientación. La patología lleva la impronta de la edad del niño en la diacronía del desarrollo, a la vez biológico y mental. De esto resulta que es insuficiente catalogar un problema según la función orgánica afectada. Hay más diferencias que similitudes en una anorexia o un insomnio del periodo neonatal, del segundo semestre, o de algún otro periodo más tardío del desarrollo.

Por convención, la edad del lactante llega hasta los 30 primeros meses. Es posible distinguir tres periodos significativos de la cronología de los desórdenes psicosomáticos: 1] la fase primaria en la que aparecen los disturbios, ya desde el nacimiento o, casi, ya desde el primer trimestre; 2] el segundo semestre a la edad de 15 a 18 meses es el periodo constitutivo del apego, llamado a veces fase anaclítica para subrayar la función del apuntalamiento en la construcción de la relación objetal; 3] la fase terminal de la primera edad, que se extiende desde la mitad del segundo año hasta la mitad del tercero.

CUADRO I-*Patología psicosomática precoz. Nomenclatura médica*

Disturbios de expresión nerviosa
Desórdenes del sueño. Convulsiones
Conductas alimentarias desorganizantes
Anorexia. Vómitos. Mericismo
Geofagia. Coprofagia, Tricofagia. Pica
Bulimia. Potomanía
Desórdenes digestivos
Cólicos del primer trimestre. Dolores abdominales
Estreñimiento. Diarrea
Colitis. Colon irritable. Rectocolitis
Úlceras digestivas
Síndromes y enfermedades respiratorias
Espasmos del sollozo
Asma
Afecciones rinofaríngeas, otitis iterativas
Bronquitis. Neumopatías reincidentes
Enfermedades cutáneas
Eczema. Urticaria. Alopecia. Psoriasis
Síndromes generales
Enfermedades alérgicas
Desnutrición. Retardo en el crecimiento
Obesidad
Infecciones repetitivas

Cada fase tiene sus problemas específicos. El cólico idiopático aparece hacia el doceavo o quinceavo día, en el momento en que se traman las primeras relaciones. Éste cesa de modo "dramático" en el tercer mes, en el momento en el que se establecen las estructuras mentales del primer organizador de Spitz. La aparición del insomnio es o bien precoz durante el primer trimestre, o más tardía en el segundo o tercer año. El segundo semestre es un periodo electivo de los disturbios de conducta alimentaria. El espasmo del sollozo es una enfermedad del segundo y del tercer año [6].

IMPORTANCIA DE LA SEMIOLOGÍA

Es necesario hacer un análisis semiológico minucioso del disturbio. El *espasmo del sollozo* es una crisis que tiene características sintomáticas precisas. Se caracteriza por una pérdida de conciencia que corta en seco un sollozo. Reconoce siempre una causa que provoca y genera un afecto brusco, intenso y desagradable. El marco familiar forma parte integrante del síndrome, el cual se produce en presencia de la persona más impresionable y más débil: la madre o la abuela. Retrocede y desaparece cuando se puede modificar la actitud de

la persona involucrada en esta relación. La distinción entre la forma pálida y la azul, responde a diferencias estructurales importantes. La forma azul afecta a niños activos que reaccionan según la modalidad de comportamiento. La forma pálida es característica de los niños pasivos.

La *anorexia mental* del lactante contiene, junto a la forma común, trivial, denominada de oposición, formas complejas por la diversidad de los mecanismos involucrados. Entre los *vómitos psicógenos,* el mericismo, causado por la elaboración extraordinaria –si se toma en cuenta la edad– de una práctica alimentaria aberrante, pone en relieve la necesidad de una teorización que tendría repercusiones múltiples.

La calidad del *insomnio* ofrece una multitud de matices. Hemos llamado desde hace mucho la atención acerca de la gravedad del gran insomnio silencioso de esos bebés que permanecen horas, día y noche con los ojos abiertos sin tener ninguna otra manifestación. Lo mismo puede decirse del insomnio de esos pequeños en un grito constante. No menos sugerente es el raro pero dramático insomnio que se acompaña de actividades motrices, también éstas extrañamente elaboradas para esa edad [6].

LA INVESTIGACIÓN PSICOSOMÁTICA

La evaluación de los desórdenes se basa en la investigación clínica, cuyas metas son:

- reconocer y discriminar el síndrome físico, a la vez en sus bases médicas y en el sentido que tienen en la economía psicosomática;
- entender la calidad de la interacción entre la madre y el niño(a);
- precisar las características psicológicas del niño en su perfil general y más concretamente las modalidades de su funcionamiento mental;
- evaluar la personalidad del personaje clave de la relación, habitualmente la madre, su estructura, sus posibilidades de movilización y más electivamente su funcionamiento en su papel materno; situar los elementos precedentes en la relación con el padre y con el contexto familiar y social;
- descubrir los sucesos desencadenantes en su relación con la evolución del niño y su biografía, después de haber interpretado todas estas circunstancias en la dinámica de la interacción. Hay que subrayar la importancia de la duración del examen que aborda los sucesos que señalaron el embarazo, el parto y sus consecuencias. En la patología psicocomática del recién nacido, parecería que muchos disturbios precoces están en relación con los azares del compromiso materno primario.

LA ECONOMÍA PSICOSOMÁTICA DEL LACTANTE

El conocimiento psicosomático del bebé proviene de dos fuentes cuyos caudales confluyen: por una parte, está la patología psicosomática de la edad adulta, en una marcha regresiva que va de lo mejor organizado a lo menos bien constituido; por la otra, está la observación directa del lactante con enfermedad psicosomática, porque es necesario que la reconstitución del pasado, resultado del análisis del paciente adulto, se ajuste al presente del lactante tal como se ofrece a nuestra mirada en su realidad corporal y mental, captada en el momento preciso del estadio evolutivo por el que atraviesa en la génesis de su construcción psicosomática.

Principios de base

Un funcionamiento psíquico sin falla, en una constitución afectiva plena, equilibrada y estable, tiene, en toda edad, un lugar esencial entre las defensas que se oponen a la desorganización psicosomática.

Esta proposición fundamental resulta de la identificación clínica de estructuras mentales vulnerables frente a la desorganización somática. Ésta proviene igualmente de la elucidación de los mecanismos psíquicos de la desorganización psicosomática, en particular ciertas formas de depresión.

Los psicoanalistas que se han dedicado, en Francia, a la psicosomática del adulto (Marty, Fain, de M'Uzan y David) han descrito en sus pacientes estructuras que, según su parecer, predisponen a la somatización. A consecuencia de graves fallas en el manejo del simbolismo inconsciente, estos sujetos son no aptos para integrar un traumatismo psíquico por la vía de la mentalización. Las pulsiones inconscientes, privadas de su posible metabolización en la expresión mental, emprenden la vía subterránea de los órganos. El cuerpo es el punto de impacto directo de los fenómenos pulsionales mal controlados. Históricamente, fue el pensamiento operatorio lo que llamó primero la atención [14]. Después, en estos últimos 20 años se desarrollaron perfeccionamientos clínicos y teóricos. La nosografía psicosomática se ocupa de las estructuras de personalidades que se separan de las organizaciones mentalizadas bien constituidas, del tipo de las neurosis clásicas o de la psicosis, por ejemplo. Se trata en particular de las neurosis de comportamiento, ciertas neurosis de carácter y de la estructura alérgica esencial [13]. El punto de vista doctrinario rechaza la interpretación de los desórdenes según el modelo simbólico de la neurosis y de la conversión histérica. Para el histérico, el cuerpo es un instrumento de expresión simbólica; en clínica psicosomática el cuerpo es la víctima de afectos y pulsiones reprimidas. El primero habla con su carne, el segundo sufre en su carne.

La desorganización somática se produce bajo la influencia de hechos traumáticos cuya consecuencia es una ruptura de la economía psicosomática habi-

tual. La expresión mental de esta ruptura es la depresión esencial [16]. Ésta representa un verdadero anonadamiento afectivo del que resulta un funcionamiento mental de tipo "operatorio", privado de afectos y de representaciones fantasmáticas. Es significativa de movimientos individuales de muerte.

La economía del funcionamiento psíquico domina esta teoría. Reposa, según Marty, en el funcionamiento del preconsciente (PCS), la instancia psíquica que, de acuerdo con Freud, asegura la regulación y la circulación entre el inconsciente y el consciente. De la calidad del preconsciente depende la organización de las defensas psíquicas frente a situaciones traumáticas. Las cualidades de un buen funcionamiento del preconsciente son la riqueza de su contenido en afectos y en representaciones, la flexibilidad y la regularidad.

Del adulto al niño y al lactante

Es evidente que estas descripciones a propósito de lo que le sucede al adulto no pueden aplicarse al niño. Sin embargo, en el niño como en el adulto, la comprensión de la somatización descansa en el conocimiento económico del funcionamiento afectivo y de sus fallas.

Es sobre estas bases que he propuesto individualizar en el niño *las personalidades vulnerables,* por lo que se refiere a la desorganización psicosomática. Las principales estructuras infantiles con riesgo psicosomático hasta ahora reconocidas son las siguientes [7, 10]:

- la estructura del comportamiento, emparentada con la neurosis del comportamiento en la edad adulta, toda proporción guardada; la actividad de estos niños(as) es monótona, pobre y vacía, privada de impulsos imaginarios; esta estructura se identifica fácilmente mediante la observación del comportamiento, la ausencia de libertad fantasmática y la pobreza de representaciones que aparecen en la entrevista, los dibujos, las pruebas proyectivas y la carencia de sueños; sería lamentable confundir la neurosis del comportamiento con los disturbios del comportamiento de causa neurótica; a la sequedad simbólica de la primera se opone la riqueza pulsional de los segundos;
- los disfuncionamientos neuróticos mal organizados, inestables, irregulares o rígidos; dominan en frecuencia las estructuras de riesgo psicosomático en el niño [9], al igual que las neurosis de carácter son mayoritarias en el adulto; se oponen a las neurosis infantiles clásicas en las que la estabilidad del funcionamiento tiene valor defensivo frente a la somatización;
- la estructura denominada alérgica esencial [13] que casi no es perceptible antes del periodo latente, pero cuyas premisas son observables desde la primera infancia [6];
- las faltas severas de estructuración.

Queda claro que en el niño se entiende por estructura no un estado definitivo sino una modalidad funcional reconocida en la actualidad y sometida a variaciones evolutivas.

Los procesos de la somatización definen los mecanismos mentales y/o interactivos, por medio de los cuales se opera una ruptura de la homeóstasis psicoafectiva y, consecuentemente, las fallas biológicas. En cualquier edad, del adulto al lactante, la depresión es una condición de alto riesgo de desorganización somática. El exceso de excitación es, en el niño y el lactante, otro mecanismo considerable de descompensación somática, como lo muestra un estudio reciente [8].

El suceso traumático generador de la desorganización aparece con frecuencia claramente ante el observador en la clínica psicosomática, pero no puede ser reducido a fenómenos de tipo acción-reacción, según los modelos de agresión elementales de la psicofisiología. El traumatismo encuentra un impacto en función de la vulnerabilidad del psiquismo o del sistema interactivo que lo recibe.

Un objetivo central de los estudios es la descripción de una semiología psicosomática abierta al mismo tiempo a la pediatría y reconocida en su especificidad por la psiquiatría del niño. Esta anotación desea subrayar la importancia crucial de una colaboración transdisciplinaria entre los practicantes de la primera infancia.

La homeóstasis psicosomática del bebé

Para el lactante, cuya organización mental no se ha completado, la instancia defensiva está asegurada por la función materna durante ese periodo en el que el funcionamiento interactivo garantiza la gestión del equilibrio psicosomático. Las cualidades requeridas para una homeóstasis psicosomática de buena calidad son la plenitud, la flexibilidad y la estabilidad.

La plenitud es toda la riqueza contenida en la interacción imaginaria y fantasmática. Fecunda las funciones biológicas con su infiltración libidinal, apuntala el apego con su carga afectiva e impulsa a desarrollar la anticipación de los proyectos de la madre construidos por su bebé, contenido a la vez en su presencia actual y en su porvenir.

La flexibilidad designa la permeabilidad de la mutua adaptación a estas dependencias temporales y espaciales que son infinitas, armonía rítmica, balanceo del niño en los brazos de la madre mientras ésta camina, cantos y modulaciones vocales.

La estabilidad se funda, antes que nada, en la permanencia de la relación con el objeto comprometido –la madre o su sustituto– y, dentro de esta relación, en la coherencia de los cuidados maternos.

La coherencia y la flexibilidad son inseparables para comprender las necesidades de índole fisiológica e instintiva; captar e interpretar los comporta-

mientos de capacidad y responder a ellos mediante contactos, emisiones vocales y gestos a los que el niño va a reaccionar, a su vez para establecer y mantener la cadena de interacciones, y para proteger al niño no sólo contra los riesgos exteriores sino frente a las excitaciones nocivas producidas por el ambiente. Este papel de paraexcitación es ejercido por la madre antes de que el psiquismo haya adquirido su funcionamiento protector autónomo.

La continuidad y la flexibilidad subrayan la importancia de la interacción en sus cualidades temporales.

La construcción del psiquismo y su equilibrio económico están sometidos a una alternancia rítmica: la división temporal entre el sueño y la vigilia, y en el bebé despierto, el regreso periódico de fases de aislamiento en la quietud y de consecuencias interactivas que en su mayor parte son de orden lúdico. Cualquier interacción lúdica, independientemente de que dure unos segundos o minutos enteros, reconoce una fase de compromiso, un desenvolvimiento y una fracción terminal. Cada una de estas fases está sometida a un *tempo,* que ciertamente varía según el tema de la interacción, pero que es de una gran regularidad.

Una de las sorpresas del microanálisis por medio de videos fue la sincronía de los comportamientos de los dos participantes en la interacción, en particular bajo la influencia de la concordancia afectiva (Stern). El bebé y su madre evolucionan en la interacción como un dúo coreográfico con un tema, estructuras rítmicas, repeticiones y variaciones. La repetición entra en juego como un dato esencial, pero cada una de las secuencias repetidas está condimentada con sutiles variaciones bajo una apariencia de monotonía. Las variantes no son menos indispensables para la construcción psíquica que su marco espacio-tiempo.

Esta evocación de una coreografía dual y de su estructura musical estaría incompleta si no se precisara su tonalidad. Ésta es en tono mayor y de gozo [21].

Es la primera experiencia de felicidad. "De modo constante" dice Catherine Parat, "los estados de felicidad considerados desde el ángulo del primer tópico instauran una comunicación particular, más fluida y más rápida, entre los diferentes niveles. Las percepciones electivas se filtran a través de estratos preconscientes, que experimentan una especie de sobreactivación y se asocian a recuerdos, a fantasmas conscientes o preconscientes, a huellas mnémicas, a estados corporales, a la cenestesia" ("Essai sur le bonheur") [19]. Cuando las cosas van bien, la inscripción de las representaciones se efectúa bajo el signo de los instintos de vida.

Los descubrimientos contemporáneos han revelado las singulares capacidades del bebé pequeño. Pero por más elaboradas que éstas sean, no son sino parciales y están contenidas dentro de ciertos límites: 1] la labilidad y la relativa asinergia de las actividades ligadas a la capacidad; 2] la coincidencia de actividades automáticas sometidas a los ritmos neurológicos y al funcionamiento de los diferentes aparatos orgánicos, y 3] la heterogeneidad

de las percepciones que están, por así decirlo, parceladas en espacios separados: orificiales, táctiles, visuales, acústicos, olfativos. "Se trata de una serie de cuadros que se mueven sin sustancialidad, una serie de espacios egocéntricos y descoordinados entre ellos" (Piaget).

Resulta interesante evocar a este respecto las hipótesis de Pierre Marty, elaboradas para la primera edad a partir de la vida operatoria del adulto [16]. Éste designa, con el nombre de programación, la aptitud y la apetencia para conocer y para implicar el objeto en el marco de los programas innatos. Utiliza para describir el estado inicial la metáfora del mosaico primero: esta comparación sugiere la yuxtaposición de funciones orgánicas que operan lado a lado, en una independencia relativa y en la automatización.

Dotado de una sensibilidad receptiva aguda, pero sometida a desigualdades temporales y a la heterogeneidad espacial de las percepciones, el recién nacido vive, además las primeras semanas, en el universo indiferenciado de una vivencia corporal en la que está englobada la madre. La coordinación interfuncional está garantizada por la gerencia de los cuidados maternos, de los que depende, pero si no existe una implicación conveniente, los funcionamientos corren el riesgo de perturbarse en la independencia anárquica primera. Si las grandes funciones orgánicas no arraigan en la implicación objetal, si no están enmarcadas por una gestión adecuada, y si no tienen apuntalamiento, podrían caer en el circuito repetitivo de alto riesgo del automatismo, como son el insomnio y la anorexia primarios graves, o como en el caso del prematuro, cuyas funciones deben ser apuntaladas una por una por medio de prótesis.

LAS INFLUENCIAS INTERACTIVAS DE RIESGO PSICOSOMÁTICO

Las líneas directrices precedentes pueden esclarecer orientaciones patógenas y separarlas, en aras de la visibilidad, en ciertas categorías que, desde luego, no son exclusivas una de la otra.

La insuficiencia crónica del apego por carencia libidinal y falta de aportaciones y estímulos, determina la patología psicosomática más severa, la de la miseria afectiva. La gravedad se debe o bien a la intensidad de los disturbios funcionales sometidos a un automatismo de repetición con potencial peligroso (anorexia severa, rumiadura, vómitos psicógenos...), o una organicidad lesional: enfermedad asmática complicada con una infección o una insuficiencia respiratoria, rectocolitis ulcerosa, retardo del crecimiento por sufrimiento psicológico, infecciones repetidas de localizaciones viscerales diversas... Esta patología remite a los orígenes mismos de la psiquiatría del lactante fundados por R. Spitz, relacionados con la carencia y la frustración graves descritas en el hospitalismo, donde se nombró a los desórdenes somáticos. Actualmente esto casi no se da en las instituciones de lactantes como sucedía en los tiem-

pos de Spitz. Las condiciones contemporáneas más frecuentes de la carencia de apego son la discontinuidad de la relación, las separaciones iterativas, la inestabilidad de la guarda, las hospitalizaciones injustificadas o incluso el "hospitalismo intrafamiliar" y una relación blanca con una madre incapaz de implicar a su bebé. He aquí un ejemplo:

Se trataba de un bebé de tres meses afectado de anorexia primaria severa; las condiciones eran una implicación materna muy deficiente, una madre gravemente deprimida. Durante la entrevista, la madre tenía al bebé sobre sus rodillas pero al revés, el dorso hacia ella, desplomado, apenas sostenido con el brazo para que no se cayera. No tenía ninguna actividad de succión, y sólo tomaba con cuchara los pocos alimentos que aceptaba. Era impresionante la agudeza penetrante de su mirada que seguía con avidez y con una igualdad anónima a las personas presentes o a los objetos, pero que esquivaba a la madre. El bebé, a quien su madre no miraba, había fijado, por decirlo así, una reacción de desvío respecto de ella.

A la patología somática de la carencia, se opone la del *exceso de excitación* y del sobrestímulo. La sobrecarga de excitación aparece en particular en la patología funcional común, los cólicos, los problemas de sueño, el espasmo del sollozo... El exceso de excitación contiene un potencial inmediato de descarga funcional. Así, llegamos a la noción de paraexcitación de Freud, función con la cual el organismo se protege de las excitaciones provenientes de ambiente y cuya intensidad excesiva amenaza con perjudicarlo. El exceso de excitación y la restricción se revela como generador de una buena parte de la patología psicosomática. En *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique* [8], hemos tomado como ejemplo un caso de lupus eritematoso localizado en una pequeña de dos años sometida a presiones exteriores intensas y discontinuas, al mismo tiempo que desarrollaba una patología neurótica ultraprecoz.

El insomnio primario y el cólico del primer trimestre son los ejemplos más precoces de una respuesta somática ante una situación conflictiva. En la lactancia, como en todas las edades de la infancia, los disturbios de sueño preceden a la patología del exceso de excitación. He aquí un tipo de insomnio ciertamente severo, pero no raro en una consulta especializada:

Viviana tenía entonces un año. Dormía casi sólo cuatro horas de las 24 desde su regreso de la clínica de maternidad. Las noches eran cortadas por largas fases de gritos y de agitación. Sorprendía su excitación y el avance de su desarrollo: era experta en rompecabezas que efectuaba desde los diez meses y su madre le pedía que hiciera todo tipo de hazañas. El menor intento de separación, incluso para ir con el padre, desencadenaba el drama. Esta mujer había perdido, durante su embarazo, un empleo que era de alta responsabilidad, y se había sentido tanto más herida cuanto que su profesión respondía a un "ideal del yo" de dominio y éxito. Cayó en una descompensación del orden de la depresión esencial y se entregó, desde el nacimiento de su hija, a un sistema de cuidados maternos operatorios y perfeccionistas.

El exceso de excitación es a veces general y otras selectivo. Un examen más afinado permite reconocer numerosas situaciones que uno puede agrupar bajo el término distorsiones. Algunas de ellas son lo suficientemente precisas como para orientar la patología psicosomática. He aquí algunas, a título de ejemplo: 1] la excitación continua dirigida hacia una esfera funcional electiva (la alimentación o la evacuación intestinal, por ejemplo), que contribuye a la génesis y al desarrollo de problemas tales como la anorexia y el estreñimiento o el megacolon psicógeno; 2] los comportamientos de sobreprotección materna que excluyen al padre y entablan una relación simbiótica a expensas del progreso de la separación-individuación, como pude observarse en los niños afectados de asma o eczema.

Las *incoherencias* y las discordancias cualitativas y temporales de la relación merecen ser subrayadas en las condiciones de vida contemporáneas. Estas últimas están generalmente reguladas más de acuerdo con las exigencias materiales del entorno que según las necesidades del niño –quien a partir de entonces se encierra en el conformismo–, con mucha frecuencia caracterizadas por la discontinuidad.

Las irregularidades cualitativas y cuantitativas del apego influyen globalmente en la organización de los afectos e impiden la construcción de defensas psicosomáticas para el presente y a veces, sin duda, para el futuro. Las circunstancias que amenazan al niño pequeño, en civilizaciones como la nuestra, no son ajenas a las formas actuales de la psicopatología del adolescente y de la edad adulta. Estas formas son cada vez más atípicas y están aquejadas por una característica común que es la enfermedad de las capacidades de comunicación. Dentro de estas estructuras inciertas ocupan un lugar importante las neurosis de comportamiento y las neurosis de carácter de alto riesgo psicosomático.

Las influencias mentales de riesgo psicosomático

En los periodos iniciales, las defensas psicosomáticas son garantizadas por los cuidados maternos; el funcionamiento interactivo es el regulador del equilibrio psicosomático. Desde la fase anaclítica, los disfuncionamientos psíquicos comienzan a intervenir en la patología, aunque el sistema interactivo sea todavía prevaleciente. El último periodo es fundador de las defensas mentales autónomas frente a la desorganización somática, antes de las etapas cruciales ulteriores en las que toman forma y culminan, y que son el periodo edípico y la adolescencia.

Así, la génesis de la economía psicosomática, en el transcurso del desarrollo, puede considerarse como el paso que va del funcionamiento interactivo primitivo a la elaboración de defensas psicosomáticas autónomas que se construyen a partir del segundo año.

Los disfuncionamientos de riesgo psicosomático nos han sido revelados,

sucesivamente, primero por la depresión del lactante (cf. cap. 23), y luego por el síndrome denominado del comportamiento vacío y las desorganizaciones estructurales severas. Las formas más frecuentes tienen que ver con los funcionamientos neuróticos descritos más recientemente [8].

El comportamiento vacío del niño pequeño

La posibilidad de llegar a reconocer una estructura caracterizada por un funcionamiento de tipo comportamental dentro de las condiciones de una insuficiencia relacional crónica del apego, nos fue dada por una serie de pacientes de menos de tres años de edad, afectados sin excepción por desórdenes psicosomáticos severos [7, 8]. Estos disturbios eran de naturaleza muy diferente: insomnios graves, infecciones repetitivas, retardo en el crecimiento, caída de pelo en un niño de 20 meses y poliartritis crónica evolutiva. Los elementos esenciales del comportamiento vacío parecen provenir de un embotamiento afectivo próximo a la atonía depresiva.

El encadenamiento comportamental es coherente en el plano cognoscitivo, pero carece de infiltración fantasmática. Está enganchado a lo factual, pero vacío de representaciones. Las actividades se inician y continúan bajo el efecto inmediato de las incitaciones perceptivo-motrices y de las situaciones concretas conforme se desarrollan. La impresión que causan es la de un funcionamiento mecánico de una inquietante extrañeza, "la impresión que producen las figuras de cera, los muñecos y los autómatas" (Freud, citado por J. Loriod [12] a propósito de la neurosis de comportamiento).

La pobreza de los afectos no es menos notable. Puede llegar hasta una inexpresión casi total. Dos de estos niños jamás habían llorado y llegó incluso a sospecharse, en uno de ellos, una anomalía lacrimal. Muchos parecían indiferentes al dolor e inaccesibles a la inquietud; su pasado estaba privado de la fase de angustia del extraño. La indistinción relacional oculta una indiferenciación de la relación objetal. Se dirigen hacia el que sea, las personas están englobadas en el anonimato de las cosas; se irían con cualquiera. Hay que añadir la pobreza e incluso la ausencia de actividades autoeróticas orales y transicionales. En muchos niños, los disturbios de sueño ocupaban el primer plano. Se trataba de insomnios intensos y de una calidad particular. La duración del sueño era muy breve, y el dormirse muy tardío: llevados por su torbellino, se negaban a irse a la cama hasta caer como regla, vencidos por el agotamiento, sin pasar por "el área transicional del adormecimiento". Los despertares se caracterizaban no tanto por la angustia como por una entrada inmediata en la actividad.

El índice estructural más significativo del comportamiento vacío, el más inquietante también, es la ausencia de relación de objeto, la quiebra del "funcionamiento objetal", podríamos decir.

Las circunstancias que rodean a estos niños son de una gran diversidad, aunque están relacionadas por la constancia del vacío relacional: una vida en el aislamiento afectivo o acompasado por separaciones repetitivas. Otro rasgo notable surge de las propiedades evolutivas del síndrome: su posible reversibilidad debido a las intervenciones que modifican las condiciones relacionales y, eventualmente, a la psicoterapia. Esta reversibilidad es una prueba del poder de los instintos de vida del niño, que sólo están sofocados en apariencia, prestos a ser reanimados siempre y cuando permitan avivarlos condiciones nuevas. Este último elemento, entre muchos otros, lo opone a la psicosis. No es la psicosis lo que amenaza a estos sujetos, si uno no interviene, sino la neurosis infantil de comportamiento, estructurada y constituida sin que se pueda inferir una continuidad con la neurosis de comportamiento de la edad adulta.

El síndrome del comportamiento vacío podría ser una forma previa al funcionamiento comportamental.

Una pequeña de nueve meses fue examinada poco antes de que saliera del hospital donde había sido admitida por un mericismo que la había llevado al borde de la catástrofe. Apenas puesta sobre las rodillas de su madre, provocó instantáneamente la mirada, uno por uno, de los observadores presentes, quiso ir con su padre, luego regresar e irse y volver repetidas veces; pronto estaba en el suelo, pasando a toda velocidad y con una agilidad sorprendente de un juguete a otro o de un objeto a una persona, en un comportamiento que la asociaba, instantánea y fugitivamente, a las cosas y a las personas, todos ellos intercambiables y englobados en una relación anónima, incluidos el padre y la madre. Esta pequeña había tenido cinco niñeras entre el tercero y el noveno mes.

Esta breve secuencia de una larga investigación sugiere algunas deducciones: 1] un comportamiento indiferenciado que confirma lo que ya sabíamos en el mericismo, es decir la no constitución de la relación objetal; 2] un desequilibrio económico fundamental en la repartición de los compromisos autoeróticos de una parte, y objetales de la otra, una tendencia general hacia una actividad autoerótica; pero ¿se puede hablar realmente de autoerotismo frente a una tal actividad ejercida, podríamos decir, de puro placer de órgano, vacía de compromiso relacional, mortífera?; 3] un enganche equivalente al ambiente material y a las personas. Considerado hasta ahora en el mericismo como la búsqueda desesperada de un vínculo relacional, este comportamiento ¿no es más bien el índice de un vacío afectivo que el de una avidez afectiva? Este vacío resulta de la ausencia de introyección durable de la imago materna. En última instancia, la necesidad de aferrarse a las cosas y al universo perceptivo-motor sugiere deducciones próximas a aquellas que se han hecho a propósito de la neurosis de comportamiento del niño [7, 8].

Los cuadros siguientes tiene un tono muy distinto.

LOS PROBLEMAS DE TIPO NEURÓTICO

Se trata de una vertiente de una gran variedad y de una gran frecuencia en la práctica. Para evocarla, he aquí una observación muy resumida.

Un pequeño de dos años nos había sido enviado por bronquitis repetitivas que se alternaban con manifestaciones alérgicas cutáneas (urticaria, edema de Quincke). Los accesos estaban claramente inducidos por las circunstancias emocionales. La angustia de separación era de una gran intensidad; reaccionaba con pánico a los ruidos, sobre todo del vecindario, así como a la vista y al contacto de objetos domésticos que había sido necesario eliminar de la casa. La madre había organizado alrededor de él, desde las primeras semanas, un sistema de protección cada vez más complicado, por miedo a los accidentes y a las enfermedades. Esta mujer, que se creía serena hasta ese momento, desde la aparición de su bebé sintió emerger en ella una angustia indecible, al mismo tiempo que resurgía todo el pasado traumático de su infancia, simbolizado por pesadillas repetitivas: la muerte por accidente de un hermano joven, una depresión muy importante de la madre.

Este caso añade una condición que no es rara y que hemos tenido la ocasión de profundizar; la reviviscencia, durante el embarazo y el nacimiento, de una antigua problemática materna cuyo resultado es una seria amputación de las capacidades maternas primarias. Aparece también la importancia de un luto no asimilado por la madre, circunstancia que ha sorprendido a muchos observadores de la patología del niño muy pequeño [8].

Poco a poco, se afirma en nuestra experiencia la importancia que tiene toda una franja neurótica en la patología psicosomática del niño y del lactante. Seleccionemos algunos puntos esenciales.

La vulnerabilidad de estas estructuras se relaciona menos con la calidad del contenido fantasmático que con las fallas económicas del funcionamiento psíquico, es decir, conjuntamente o en proporción variable: la inestabilidad e irregularidad de este funcionamiento; la debilidad de las capacidades de representación; la intensidad de los afectos que sumergen las capacidades defensivas, en particular la función representativa; la sensibilidad receptiva de estos sujetos cuya reactividad es un punto de vulnerabilidad psicosomática esencial.

Los disturbios neuróticos registrados son variados, con un predominio de perturbaciones angustiantes y fóbicas, con esta precisión: son vagas y están mal elaboradas, teniendo en cuenta la poca edad. No debemos caer en la tentación de interpretar los fenómenos corporales según el modelo simbólico de la conversión o de las neurosis clásicas.

La influencia traumática de los sucesos y de las interacciones patógenas se concentra sobre todo en la sobrecarga, la restricción y la irregularidad de la excitación.

En la observación que tomamos como ejemplo, el comportamiento de la madre podría haber sido concebido como una sobreprotección ansiosa, un excedente de excitación y una inadecuación de las respuestas frente a las necesidades del niño. Un aspecto original del caso es la doble expresión, a la vez somática y mental. Desde los primeros meses había sido notada una sensibilidad receptiva aguda debido a la intensidad de las reacciones emocionales. El mecanismo de descompensación somática correspondía a un exceso de excitación y no de depresión.

OTRAS ESTRUCTURAS VULNERABLES

La oposición en un par comparado de comportamiento vacío a funcionamientos de tipo neurótico no resume en totalidad las estructuras de riesgo somático en el niño pequeño. La estructura llamada alérgica es una variante neurótica de una cierta especificidad. Las desorganizaciones estructurales añaden al comportamiento vacío fallas suplementarias.

La personalidad de niños atacados de asma y eczema

La personalidad de estos niños es de una gran diversidad y escapa a la descripción de un perfil específico descrito en un retrato psicológico. Sin embargo, se pueden reconocer ciertos rasgos estructurales de una frecuencia significativa: 1] la gran fragilidad emocional; una conjunción psicosomática notable reúne, pensamos, la hiperreactividad bronquial, por una parte, y la hipersensibilidad afectiva por la otra; 2] la intensidad de las necesidades afectivas redobladas por una debilidad de los medios autónomos para satisfacer éstas, de lo que resulta una necesidad imperiosa e incesante de atarse a las personas y al ambiente en una proximidad frecuentemente fusional; 3] la intolerancia frente a situaciones conflictivas.

En un tercio de nuestros pacientes con afección de asma o eczema, pudimos reconocer los rasgos de personalidad llamada alérgica, emparentados con la descripción hecha para el adulto, en 1958, por Pierre Marty [13]. El aspecto más evidente es la calidad de la relación con los demás. Las principales singularidades son las siguientes:

- una necesidad permanente de apego a las personas y al ambiente; esto traduce a la vez la intensidad de las necesidades afectivas y la falta de autonomía para satisfacer esas necesidades;
- la anulación de situaciones conflictivas, lo que se hace por medios diversos: 1] la anulación de la agresividad del sujeto y su negación de ésta en los otros y 2] la sustitución rápida, casi instantánea, de un objeto de apego por otro.

Este conjunto sugiere la persistencia de un funcionamiento psicoafectivo primitivo y un bloqueo de los procesos de separación-individuación.

Lo más notable de la economía psicosomática en la personalidad del alérgico esencial es la utilización excesiva del desplazamiento como modalidad defensiva. Esta modalidad es portadora de una gran vulnerabilidad, porque se ve fácilmente desbordada por los hechos reales o vividos como tales que atentan contra este sistema: situaciones de rivalidad, separaciones, conflictos entre los padres, luto... Viene entonces la crisis o la sucesión de crisis, lo que a su vez agrava la dependencia.

La observación directa, que hicieron Spitz del eczema y Kreisler y Fain del asma del lactante, nos han permitido identificar las premisas de esta estructura, especialmente la ausencia de angustia ante el extraño, lo que podría ya ser resultado de un fenómeno de desplazamiento para evitar la angustia de separación [5, 6, 20]. Hemos podido explicitar algunas circunstancias relacionales. Unas tienen que ver con las condiciones de vida del bebé, especialmente la inestabilidad de la custodia, o una situación de rivalidad entre la madre y la nodriza o la guardería. La situación implica la introducción prematura en la relación de un tercer personaje: es el caso de los niños cuya custodia es compartida entre dos personas. Esto arrincona al niño en una posición, por decirlo así, prematuramente triangular, que sobrecarga el trabajo de cohesión del primer organizador, lo desborda y lo mantiene en detrimento del segundo. La segunda situación responde a la personalidad de aquellas madres a quienes la frecuentación de los jóvenes asmáticos nos permite descubrir y que han sido trivialmente calificadas de sobreprotectoras, término trillado pero que en este caso tiene un sentido preciso. Estas madres no toleran en su niño más que las satisfacciones realizadas en su contacto. Se trata de un sobrecompromiso continuo, vinculado al "fantasma invertido del niño *in utero*" (Fain). En un sistema de captación superprotectora, el niño es tratado sin proyecto de futuro y de progreso.

Estas diferentes condiciones se reúnen para bloquear la economía funcional afectiva, en las raíces mismas de la autonomización. El asma es, podríamos decir, una enfermedad del crecimiento afectivo que sugiere la persistencia de un funcionamiento arcaico y un bloqueo de los procesos de separación-individuación.

*Los estados de desorganización**
El enanismo por sufrimiento psicológico

Los niños más expuestos a la somatización muestran graves fallas en su organización afectiva, con frecuencia asociadas al padecimiento de otros sectores del desarrollo. Los estados de desorganización se incorporan a las privaciones afectivas severas, redobladas con frecuencia por maltratos morales y

* Estas desorganizaciones estructurales ya fueron descritas anteriormente, véase el capítulo 24.

a veces físicos. La expresión mental asociada es variada y compuesta: ataque general o parcial del desarrollo, disturbios del comportamiento y de la comunicación, fallas cognoscitivas y de la organización espacio-temporal, confusión de los procesos de identidad y de individuación. En este mosaico psicopatológico la vulnerabilidad psicosomática es extrema. Pueden encontrarse aquí todas las formas de la expresión somática, pero surgen con frecuencia particular las conductas alimentarias graves, las desorganizaciones del sueño, las desnutriciones y los retardos del crecimiento.

He puesto como ejemplo el enanismo como sufrimiento psicológico [7, 8]. Lo más impresionante de este síndrome es la recuperación espectacular del crecimiento, rápido y considerable, desde que el niño es sustraído a las condiciones familiares patógenas. Puesto de nuevo en su medio deja otra vez de crecer; es sabido que el mecanismo biológico es frecuentemente un bloqueo funcional de la hormona de crecimiento hipofisiario (ST) (serotonina). Una precisión adicional la dan los disturbios de la función hípnica y la relación entre la secreción del HgH y las fases del sueño de ondas lentas. El trazo del electroencefalograma se regulariza al mismo tiempo que se desata la secreción de la ST [4]. Los elementos más característicos del enanismo psicógeno son:

- Las condiciones del ambiente familiar altamente patógenas, estos niños pertenecen a veces a familias con riesgos múltiples en condiciones parecidas a la de los niños víctimas del abuso; la personalidad de los padres se caracteriza por fallas narcisistas graves; ellos mismos han sido con frecuencia víctimas, en su infancia, de rechazo y frustración, las que reproducen en su niño en una repetición transgeneracional; la función materna está profundamente perturbada. La ambigüedad de sentimientos maternos oscila entre una necesidad de captación en un acercamiento fusional y una tendencia al abandono.
- Las interacciones se distinguen por la irregularidad, la discontinuidad, la anarquía de los ritmos de vida y, con frecuencia, la violencia. Estos niños son abandonados largas horas en su cama, y luego sometidos a alternancias de conducta que pasan del maltrato a contactos corporales de un estímulo desbordante. Desde el punto de vista económico, la interacción puede describirse en términos cuantitativos de agregaciones desorganizantes, de alternancias de vacío relacional y de un exceso de excitación desordenada.

Esta descripción típica debe relativizarse. Hay retardos del crecimiento que se suscitan en condiciones menos abruptas, aunque siempre estigmatizadas por rupturas del compromiso y por fallas del funcionamiento psíquico.

CONCLUSIONES SOBRE LAS VARIEDADES INTERACTIVAS Y ESTRUCTURALES. REAGRUPAMIENTO NOSOGRÁFICO

Un paso decisivo de la psicosomática contemporánea fue sustituir la noción de perfiles de personalidad específicos de las enfermedades (el ulceroso, el colítico, el asmático, etc.), por la de estructuras vulnerables y procesos mentales de la desorganización psicosomática. Estas estructuras son desde luego electivas, aunque privadas de una especificidad.

La patología del niño y del lactante ilustra abundantemente este principio, como lo prueban las variedades estructurales de un mismo estado mórbido y las variedades mórbidas de una misma estructura, sin por ello ignorar la elegibilidad y la originalidad propia a una y otras. Así, la anorexia mental del bebé exhibe, junto a la anorexia común del segundo semestre –que sugiere una conducta activa de rechazo y de expropiación–, formas psicoclínicas fóbicas, depresivas o psicóticas. El asma revela, paralelamente, la estructura llamada alérgica, que aparece en una proporción significativa, funcionamientos ansiofóbicos, comportamentales u otros. Para los disturbios del sueño lo mayoritario son los excedentes de excitación y la intermitencia, junto a las relaciones vacías, mucho más raras. Añadamos que una correlación sorprendente pone de acuerdo las estructuras interactivas y/o mentales con la gravedad de la patología, como lo prueban los funcionamientos depresivos, comportamentales o los gravemente desorganizados.

Esta complejidad requiere de un reagrupamiento según los principios de una clasificación pluriaxial como la ya expuesta (cf. cap. 22).

EJE núm. 1- *Referencia médica*
Reúne los síndromes y enfermedades de la nomenclatura médica clásica (cuadro 1).

EJE núm. 2- *Referencia estructural*
2.1. Según el tipo de la interacción
Ej.: insuficiencia relacional crónica, sobreestímulo, restricciones, distorsiones.
2.2. Según el funcionamiento psíquico (a partir del segundo semestre)
Ej.: comportamental, neurótico...
2.3. Según el proceso de la somatización
Ej.: depresión, exceso de excitación.

EJE núm. 3- *Referencia etiológica*
3.1. Según la edad
Ej.: fase primaria, periodo anaclítico, fase tardía.
3.2. Según las influencias exteriores
Ej.: depresión materna, separaciones interactivas, maltratos o abusos, familias de riesgos múltiples.

EJE núm. 4- *Según el riesgo*
4.1. Grado de gravedad: débil, medio, de alto riesgo.

4.2. Naturaleza del riesgo distinguido según los ejes 1, 2 o 3.
Ej.: asma severo, incoherencias relacionales, comportamiento vacío, condiciones socioeconómicas malas.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Choquet, M., F. Facy, F. Laurent y F. Davidson, "Les enfants à risque en âge préscolaire. Mise en évidence par analyse typologique", en *Arch. Fr. Pédiat.*, 1982, 39, 3: 192-195.

[2] Debré, R., P. Mozziconacci y A. Doumic, "Étude psychosomatique de l'anorexie mental de l'enfant", *Sem. Hôp.*, París, 1950, 26, 11: 451-454.

[3] Debré, R. y A. Doumic, *Le sommeil de l'enfant*, París, PUF, 1959.

[4] Guilhaume, A., O. Benoit y J.-M. Richardet "Déficit eu sommeil lent profond et nanisme de frustration", en *Arch. Fr. Pédiat.*, 1981, 38, 1: 25-27.

[5] Kreisler, L., M. Fain y M. Soulé, "Études sur la clinique psychosomatique du premier âge", en *La psyquiatrie de l'enfant*, PUF I: *Colique, insomnie, mérycisme, anorexie, vomissements*, 1966, 9, I: 89-222; II: *Les états frontiéres; a propos de l'encopréesie, Megacôlon psychogène*, 1967, 10, I: 157-197; III; *Spasmes du sanglot*, 1972, I,5: 5-132; IV: *Asthme du nourrisson*, 1973, I, 5:5-122 (estudios reunidos en *L'enfant et son corps).*

[6] Kreisler, L., M. Fain y M. Soulé, *L'enfant et son corps*, París, PUF, 1974, 1987, 552 pp.

[7] Kreisler, L., *El niño psicosomático*, Buenos Aires, Abril.

[8] Kreisler, L., *Le nouvel enfant du désordere psychosomatique*, Toulouse, Privat, 1987, 346 pp.

[9] Kreisler, L., "L'expression somatique; la psychosomatique du nourrisson", en *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé (comps.), II, París, PUF, 1985, pp. 423-443 y 695-752 [*Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1988].

[10] Kreisler, L., "Le bébé en bon ordre psychosomatique; l'equilibre psychosomatique dans la genèse du développement", en *Les bons enfants*, M. Soulé y cols. (comps.), París, ESF, 1983, pp. 42-58.

[11] Lelong, J. y L. Kreisler, "L'anorexie habituelle du nourrisson et du jeune enfant", en *J. Practicien*, 1952, 2, 27: 1791-1803.

[12] Loriod, J., "Variations de l'inquiétante étrangeté", *Rev. Fr. Psychan.*, 1981, 45, 3: 487.

[13] Marty, P., "La relation objectale allergique", en *Rev. Fr. Psychan.*, 1968, 33, 3: 395.

[14] Marty, P. y De M'uzan "La pensée opératoire", en *Rev. Fr. Psychan.*, 1963, 17:354.

[15] Marty, P., M. De M'uzan y C. David, *L'investigation psychosomatique*, París, PUF, 1963.

[16] Marty, P., "La dépression essentielle", en *Rev. Fr. Psychian.*, 1968, 33, 3: 395.

[17] Marty, P., *Les mouvements individuels de vie et de mort*, París, Payot, 1976.

[18] Marty, P., *L'ordre psychosomatic*, París, Payot, 1980.

[19] Parat, C., "Essai sur le bonheur", en *Rev. Fr. Psychan.*, 1974, 38, 4: 561-608.

[20] Spitz, R.A., *De la naissance à la parole*, París, PUF, 1968.

[21] Stern, D., "La joie chez le nourrisson", en *Bonjour gaieté! La genèse du rire et de la gaieté chez l'enfant*, París, ESF, 1987, pp. 33-37.

28. LOS PROBLEMAS DEL DORMIR Y DEL SUEÑO EN EL TRANSCURSO DE LOS TRES PRIMEROS SEMESTRES DE LA VIDA

ANTOINE GUEDENEY

Los problemas de sueño del lactante son actualmente objeto de un interés renovado, tras los trabajos iniciales efectuados en Francia y en Estados Unidos, sin olvidar los estudios teóricos que hizo en Inglaterra D.W. Winnicott [19, 21, 26, 27, 29, 33, 34, 43, 44, 48, 49].

Por su frecuencia, que parece ir en aumento, y por sus consecuencias en la vida familiar, los disturbios del sueño se encuentran en el centro de la clínica funcional de la primera infancia. Los disturbios notables y persistentes del sueño o del dormirse parecen ser un índice sensible, fácilmente localizable y cuantificable, de un problema real del desarrollo psicológico.

Estos disturbios permiten asir, de manera privilegiada, el proceso de la interacción fantasmática en acción entre la madre y el niño. Ponen en evidencia el papel de la función materna de paraexcitación, y permiten observar también el apuntalamiento y la libidinización de un funcionamiento mental sobre un mecanismo fisiológico.

Por último, hay que resaltar dos aportaciones importantes para la comprensión de los disturbios del sueño del lactante: se trata en principio de la fisiología del sueño, estudiada en condiciones habituales y no en el laboratorio [3, 4, 5, 9]; y lo segundo es la precocidad de las capacidades relacionales y de organización, así como de los ritmos de la relación madre-niño [13].

Consideraremos, primero, algunos elementos de la fisiología del sueño normal del lactante y luego algunos resultados extraídos de la clínica, antes de concluir con la aportación de la psicopatología, por lo que toca a la comprensión de los disturbios precoces del sueño.

FISIOLOGÍA

Fueron Denisova y Figurin, quienes describieron, desde 1926, los periodos alternativos de reposo y de actividad en el transcurso del sueño del recién nacido [3]. Su descubrimiento no fue prácticamente reconocido en ese entonces. De igual modo fueron necesarios más de diez años antes de que se conocieran los estudios de Aserinski y de Kleitman, que establecían la existencia

en el lactante dormido de un ciclo de base reposo-actividad [3]. El advenimiento de los métodos poligráficos ha permitido desde entonces estudiar los diferentes estados del sueño (estadios I a IV), su organización (periodo de movimiento ocular rápido, sueño tranquilo), sus ciclos y su evolución en el transcurso del desarrollo [2-5].

Las características del sueño evolucionan muy rápidamente durante los primeros meses de la vida. Se sabe que el recién nacido duerme de 16 a 17 horas por día, por ciclos de tres horas, repartidos en el conjunto nictohemeral [5]. El sueño paradójico (SP, PMO o REM) ocupa tras el nacimiento más del 50% del tiempo de sueño e irrumpe precozmente 30 minutos después de iniciarse el dormir. Entre los dos y los tres meses, la duración del sueño sigue siendo del orden de las 15 horas, pero el ritmo es diferente, con fases de sueño más largas durante la noche: se dice entonces que el niño "hace su noche", se regula [2, 30].

El dormirse es al comienzo brutal, tras la saciedad, pero muy pronto el sueño adquiere un sentido relacional y libidinal, y el niño(a) pasa de la quietud fisiológica a la relajación libidinal [25].

Contrariamente al adulto, la duración del sueño del lactante parece esencialmente determinada por la maduración neurológica y, en menor grado, por el temperamento del niño, definido según la concepción de André Thomas [14, 41, 42]. Es interesante notar que el humor general del niño, alegre o triste, es el rasgo de temperamento que está más en relación con la duración total del sueño. Ésta varía mucho según el niño(a) [14]. Sin embargo, la cantidad de despertares nocturnos no tiene relación con la cantidad de sueño diurno, aun si la duración del sueño nocturno puede efectivamente reducirse si el niño duerme durante el día [14]. En los tres primeros meses, una enfermedad breve no parece tener ningún efecto durable en el sueño nocturno, como sucede con frecuencia después del primer año [30].

La grabación en video a domicilio de niños normales demuestra que incluso los niños que "hacen su noche" se despiertan en el transcurso de la noche sin despertar a sus padres [4, 9]. Estos métodos permiten también poner en evidencia la compleja relación que existe entre los gritos del bebé y la respuesta de la madre [4, 5].

CLÍNICA

Estudios longitudinales

Moore y Ucko fueron los primeros en intentar un estudio longitudinal del sueño en 200 niños(as) normales, provenientes de un grupo representativo de la población del centro de Londres [30]. Un subgrupo de 45 niños fue especialmente estudiado en el aspecto del sueño. El "ajuste" o *settling* se defi-

nió por la edad en la que el niño inicia su primer periodo de cuatro horas o más de sueño ininterrumpido. Éste aparece efectivamente hacia los tres meses para el 70% de los niños; 13% de ellos sólo "hizo sus noches" hacia los seis meses. Finalmente, el 10% no se reguló en el transcurso del primer año. Los "despertares" frecuentes se caracterizan por un despertar y gritos o agitación, apareciendo entre la medianoche y las cinco de la mañana, y cuando menos una vez a la semana. La curva de frecuencia de los despertares nocturnos según la edad muestra una caída brutal de la frecuencia después del cuarto mes, con un segundo pico de despertares frecuentes alrededor del noveno mes, seguido de una disminución más discreta. Esta curva está en relación estrecha con la de los despertares diurnos establecidos por Emde y colaboradores [20].

No existen diferencias en cuanto al sexo por lo que toca a la edad del ajuste, pero es significativo que los niños se despierten más que las niñas, y esta tendencia ya es evidente en el transcurso del primer semestre. Moore y Ucko insisten en el hecho de que el delicado mecanismo del ajuste *(settling)* debe establecerse hacia el cuarto mes, o el sexto cuando mucho, a falta de lo cual éste corre el riesgo de ser cada vez más difícil de obtener. Otros autores han observado que no influyen, en la edad del ajuste [6, 28], el peso al nacer, el aumento de peso en el primer semestre, ni la aparición de la dentición ni incluso la edad del destete. Veremos ulteriormente que el peso al nacer puede influir en la frecuencia de despertares nocturnos [1]. Su conclusión es que el niño no tiene necesidad de compañía para dormirse, pero sólo si ha vivido un periodo lo suficientemente prolongado y rico de interacciones afectivas alrededor de los periodos de alimentación.

Los disturbios precoces del sueño ¿Indican un problema psicológico en el niño?

¿Qué parte desempeñan en las perturbaciones de la vida familiar los disturbios precoces del sueño? Betsy Lozoff y sus colaboradores han intentado responder a estas preguntas estudiando dos grupos de 96 niños blancos, con buena salud y una edad de seis a cuatro años [28]. El primero de estos grupos sirvió para identificar los factores que pueden ser importantes en el surgimiento de los problemas de sueño. Las hipótesis hechas a partir de este grupo piloto fueron eventualmente validadas por el estudio del segundo grupo. En cada uno de estos grupos, el 30% de los niños y niñas había tenido problemas de sueño, definido por despertares nocturnos o conflictos a la hora de acostarse, que se producían tres veces o más en el transcurso del mes precedente. Fueron electivamente identificadas cinco circunstancias de aparición súbita en los niños que tenían disturbios de sueño: en primer lugar, el surgimiento de un accidente o una enfermedad en la familia. En segundo lugar, la existencia de una depresión materna. Volveremos a hablar

de la frecuencia y la importancia de este elemento, estudiado en el plano epidemiológico por N. Richman [35]. Por orden de frecuencia viene en seguida el hecho de dormir en la cama de los padres. Este hábito fue objeto de un estudio para establecer su significación psicopatológica [27]. Con este fin, se había seleccionado una muestra representativa de la población de Cleveland, entre los niños de una consulta pública de tipo PMI, con edades de seis meses a cuatro años. De este modo supimos que el hecho de dejar dormir a los niños en la cama de los padres era una práctica común en el 70% de las familias negras, y sólo en el 35% de las familias blancas estudiadas. Fue sólo entre las familias blancas donde este hábito resultó más frecuente con el primogénito y se encontraba asociado a un nivel socioeducativo familiar inferior, a tensiones considerables, a una actitud materna ambivalente y, sobre todo, a problemas de sueño persistentes. Es frecuente oír decir que no hay que dejar a los niños pequeños dormir con los padres, debido a la excitación que esto puede suscitar en ellos y por el temor de que se habitúen a ello [33]. Sin embargo, muchos padres no dejan de aceptar a sus hijos en su cama cuando estos sufren de problemas transitorios de sueño. Esto no parece crear un hábito particular, al menos en los niños que no tienen problemas psicopatológicos. Pero, incluso en ese caso, es con mucha frecuencia el único medio encontrado por los padres para calmar a un niño angustiado por su actividad fantasmática.

D. Winnicott informa que en un caso de este tipo aconsejó a los padres dejar que el niño se quedara con ellos hasta que éste pudiera prescindir de tal recurso, y que adecuaran con este fin el horario de sus relaciones sexuales [44]. Así, el hecho de dejar al niño dormir con los padres no es un comportamiento familiar condenable *a priori,* en todo caso no antes de haber investigado el contexto.

El estudio de Rosenfeld va en este sentido: dormir con el niño es con más frecuencia una consecuencia y no la causa única de los disturbios del sueño [32]. En el estudio de B. Lozoff, una separación no habitual era un factor importante en el origen del problema, muy frecuentemente debido al regreso de la madre a su trabajo [28]. Finalmente, una actitud materna ambivalente representa, para Lozoff, él último de los cinco factores importantes relacionados con los problemas precoces del sueño. La presencia o la ausencia de estos cinco factores permite clasificar correctamente a los niños(as) que presentan disturbios del sueño, ciando menos en el 83% de los casos. Uno de los principales resultados de este estudio fue confirmar, con un notable rigor metodológico, la importancia que puede tener un retraimiento de las investiduras en el surgimiento de disturbios precoces del sueño, ya sea que esto se deba a una experiencia traumatizante o a una depresión. Como lo subraya B. Lozoff [28]: "Los problemas de sueño parecen surgir en los niños y niñas, cuya madre deja de sostener con su atención psicológica."

Empleando una metodología diferente, el estudio de F. Davidson y M. Choquet subraya también la importancia de los disturbios precoces y persis-

tentes del sueño como indicadores de un problema del desarrollo [15, 17]. Estos autores confirman el carácter espontáneamente curable de los más precoces de estos casos. Algunos autores señalan una duración de un año y más [6, 8, 12, 28, 35]. Este estudio confirma la posibilidad de detectar a los "niños que corren un riesgo psicológico" antes de la edad de tres años, grupo caracterizado sobre todo por el empleo de hipnóticos y somníferos, y por la existencia de problemas persistentes y severos del sueño. Desde luego, estos problemas son señales de alarma y por sí solos no pueden representar un índice de certidumbre en cuanto al surgimiento ulterior de problemas psicopatológicos.

Algunos niños se encuentran individualmente en una situación de riesgo particular frente al surgimiento de problemas del sueño. El caso más citado es el de los prematuros, pero esta amplia denominación abarca las condiciones más diversas [2, 6]. Apoyándose en datos retrospectivos [33, 34], la mayoría de los estudios que abordan los problemas precoces del sueño revelan una asociación entre los despertares nocturnos, la ausencia de "ajuste" y el surgimiento de disturbios somáticos en el periodo perinatal, en particular la anoxia neonatal [2, 8, 12]. La anoxia severa también da cuenta de los insomnios persistentes en algunos niños encefalópatas.

Pero el estudio de Als, Tronick y Brazelton hace hincapié en los disturbios de las capacidades relacionales precoces observados en los niños nacidos a los nueve meses, pero de poco peso [1]. Los autores notan que estos niños parecen con frecuencia estar demasiado agotados para dormir, y se vuelven luego poco previsibles en sus modos de relación y, en particular, en su modo de adormecimiento. De diez niños estudiados desde el nacimiento, dos tenían problemas severos de sueño, de los cuales uno consistía en un terror nocturno precoz surgido a la edad de siete meses. Parece, pues, que el peso en el nacimiento es más importante que el nacimiento a buen plazo, por lo que se refiere al surgimiento de los disturbios del sueño.

D. Sauvage señala que el insomnio de los autistas reviste dos aspectos principales: insomnio agitado a veces con autoagresividad e insomnio tranquilo por reducción de tiempo de sueño, en el transcurso del cual el niño permanece largo tiempo despierto, inmóvil [37].

El insomnio es también, finalmente, un elemento del cuadro clínico de las desnutriciones proteinocalóricas, trátese ya de un insomnio tranquilo como en el *kwashiorkor* o agitado como en el marasmo [31].

Los disturbios del sueño agrupan así las preguntas que se les plantean actualmente a aquellos que intentan estudiar la relación madre-hijo como una variable independiente: ¿existe un número limitado de interacciones normales? ¿Cuál es su diferencia con las interacciones patológicas? ¿Ésta es cualitativa o cuantitativa? ¿Cómo puede uno afirmar que un tipo de interacción tiene un efecto causal en el comportamiento observado? ¿Cómo elige el observador una secuencia significativa? ¿Cuál es la función del intercambio afectivo? Todas estas interrogantes buscan medir el peso de los factores biológicos y relacionales en la génesis de los problemas del sueño.

ELEMENTOS PSICOPATOLÓGICOS

El problema del sueño se halla, pues, en el centro de la clínica psicosomática de la primera infancia. Para L. Kreisler, el disturbio del sueño es una ilustración ejemplar de la patología psicosomática vinculada a un exceso de excitación [27]. Independientemente de que esta patología sea prevaleciente o esté enterrada en un contexto del que debe ser extraída, el estudio del insomnio requiere siempre de un triple proceso etiológico: perturbación orgánica, estorbo al ejercicio o al condicionamiento del sueño y problema psicoafectivo. Como sucede con los otros problemas psicosomáticos de la primera infancia, los mecanismos del insomnio difieren profundamente según la edad en la que aparezcan.

La mayoría de los insomnios del lactante se instalan luego de transcurridas las primeras semanas. La fase del despertar, en el segundo o tercer mes, es, desde este punto de vista, un periodo vulnerable, en el transcurso del cual el niño es fácilmente gritón, excitable y nervioso, pero en el que también empieza a sonreír electivamente a las caras humanas.

Las formas más triviales del insomnio precoz reaccionan rápidamente a la corrección de su causa: supresión prematura de una comida de noche, incoherencia en los modos de guarda o discontinuidad en la relación y sobrestimulación que traduce la falla de apreciación de las necesidades del niño pequeño. El papel del pediatra es aquí esencial, puede tranquilizar a una madre joven confrontada con dificultades normales de ajuste y que se siente desamparada e incapaz. La frecuencia creciente de los problemas de sueño se debe sin duda al aislamiento de las madres que se ven privadas de la tranquilidad que daban las tradiciones familiares de puericultura. Podemos decir que muchas primíparas se sorprenden por la intensidad de la angustia vinculada a la preocupación materna "primaria", y por las dificultades normales de los primeros ajustes de la madre y del hijo. M. Soulé insiste, a este propósito, en el hecho de que las funciones fisiológicas del bebé son muy precoces e intensamente investidas por la madre [24, 30]. La conformidad entre la madre y el niño, a propósito de estas funciones alimentarias, del sueño o de la excreción, supone que la madre puede identificarse regresivamente a ellas, pese a la enorme carga de angustia que acompaña sus movimientos. Según la imagen de M. Soulé, esto supone que ella podría decirle a su bebé "yo te comprendo intestinalmente *(intestinalment)*" o "yo comprendo tu sueño". Parece, por otra parte, que la función psíquica no sea necesariamente la más simple de percibir, si es que es percibida. Pero esta conformidad sólo puede hacerse con un bebé real, con sus características y sus exigencias propias, y es concebible que un bebé demasiado cargado de significaciones edípicas o imaginarias no pueda ser reconocido en su originalidad y sus necesidades. El disturbio del sueño es un índice sensible de desarmonía en el desarrollo del niño, y amerita ser el objeto de una investigación sistemática durante las consultas obligatorias del lactante. Su demostración podría tener un valor preventivo, en la me-

dida en la que permitiera sacar a la luz un malestar relacional o evitara el inicio de un comportamiento organizado de insomnio. Por otra parte, el surgimiento de un problema de sueño severo, por su precocidad o persistencia, impondrá que se recurra a una investigación especializada.

La evaluación psicopatológica de los disturbios severos del sueño, como la de otros problemas funcionales, exige que se aplique la atención a la vez en el niño, en la madre y en la familia, y en el modo de relación existente entre la madre y el hijo o hija [24]. Cada una de estas evaluaciones debe tender a apreciar el comportamiento y el sentido del discurso sin por ello deducir el uno del otro. Los estudios recientes han insistido en la precocidad de las capacidades relacionales de los recién nacidos, y dan prueba de la originalidad y de la complejidad de las relaciones iniciales que cada niño establece con su madre. Brazelton ha mostrado la importancia de los ritmos de la comunicación entre madre e hijo; ha descrito la manera en que éste se retira de la interacción al fin de un ciclo activo y cómo puede entonces dormirse [13]. Estos aportes echan nueva luz sobre la noción freudiana de paraexcitación, de gran importancia para la comprensión de los problemas del sueño [23, 25]. El adormecimiento toma lugar en un área de ilusión, es decir, en un área transicional entre la madre y el niño [38]. El sistema de paraexcitación del niño pequeño parece así depender a la vez de la madre, de las capacidades del niño para "tratar" mentalmente la excitación y vincularla al placer, pero también del ritmo de la interacción entre la madre y el niño: es en este último término donde podría jugarse el inconveniente de un exceso de excitación, cuando el niño está dispuesto a retirarse de la interacción y a volver sobre sí mismo. Es el segundo término el que implica todo lo que es incumbencia del "equipo" sensorial y relacional del niño, y de todo aquello que lo pueda alterar. Hay que recordar aquí los factores orgánicos, pero también la carencia, la insuficiencia cuantitativa de interacción, que puede ser el origen de una depresión precoz que arrastraría al niño a un comportamiento automático vacío de infiltración libidinal (cf. cap. 30), como se observa en las ritmias y en las actividades de apariencia autoerótica o autoagresiva que acompañan ciertos insomnios severos (cf. cap. 31) [20, 25]. Notemos igualmente aquí el efecto de estupefacción que sufre el bebé ante la experiencia descrita por Brazelton, en el transcurso de la cual se pide a las jóvenes madres de niños muy pequeños que adopten bruscamente una mímica inmóvil (*still-face)* [13]. Esta experiencia ofrece una percepción metafórica del efecto desestructurante que para el niño tiene la imprevisibilidad y la discontinuidad por parte de la madre. Winnicott había insistido desde hace mucho tiempo en estos factores capaces de alterar el sentido de la continuidad de lo vivido en el niño [42]. La evaluación del papel materno es favorecida con la presencia del niño en los brazos de su madre. Esta presencia dramatiza y actualiza la neurosis infantil de la madre [26]. Esto permite el acceso a una conflictualidad generalmente mucho más difícil de hacerse manifiesta. Como contraparte, esta situación impone un tacto extremo en la medida en la que pone en juego un valor narcisista considerable [16, 25]. La interpretación se limita desde entonces al acercamiento, condensado e ilustrado por la reacción del niño a la actitud y al discurso de su madre. El disturbio del sueño es una ocasión inmejorable para observar el efecto apabullante que tienen los sucesos traumáticos en la madre respecto de la relación con su bebé. Una de las causas frecuentes y ejemplares es un luto no realizado que viene a paralizar la interacción fantasmática entre madre e hijo, alcanzado así el aspecto más vivo y más profundo de los intercambios [24]. El luto, como todo hecho traumatizante –en el sentido psicoanalítico del término– y una depresión que bloquee las expresiones del comportamiento, pueden venir a entorpecer la relación aun cuando los participantes tengan todas las capacidades que se quieren. A. Green desarrolló magistralmente los efectos de una depresión como ésa, observados en el transcurso de una reconstrucción psicoanalítica en el adulto [21]. El conflicto inconsciente de la madre se expresa entonces en la relación y altera su participación en la función de paraexcitación. La madre desea proteger al niño contra la ambivalencia vinculada a este conflicto, y el conflicto reaparece, impulsado negativamente en la relación bajo la forma de una fobia al contacto profundo, fantasmático con el niño y las representaciones que éste promueve [22].

Este ejemplo muestra que los problemas del sueño son muy diversos en su psicopatología y en su mecanismo, según el peso específico que tengan los diversos elementos, como son las relaciones madre-hijo, la interacción, la organización familiar y algún factor traumático exterior [7, 18, 24, 25]. Pero el ejemplo del luto no realizado subraya la gran frecuencia y el peligro de las depresiones maternas y la importancia de los elementos conflictuales surgidos antes y alrededor del embarazo en la génesis de los insomnios precoces [12, 25, 32]. Cabe hacer notar aquí todo el peso de la relación de la madre con sus propios padres, en particular su madre, relación que reaparece con el nacimiento del niño [10, 11]. El papel del padre también debe ser tomado en cuenta. Se sabe que el insomnio implica, muy frecuentemente, la intervención de este último debido a su muy desorganizante carácter en la vida familiar y la vida sexual de la pareja. No es raro comprobar que es el padre quien, en una cierta medida, toma el relevo de una madre deprimida y desorganizada, y quien permite al niño o niña un repliegue narcisista satisfactorio.

CONCLUSIÓN

Los insomnios severos y persistentes se producen actualmente con más frecuencia. Quizá hay que ver una de sus causas en las restricciones que imponen a la madre y al niño nuestros actuales modos de vida. La importancia de los hechos que se sitúan alrededor del embarazo es impresionante en la anamnesis de estos insomnios, que se inician a veces muy poco tiempo después del nacimiento. También hay que poner de relieve la gran frecuencia de

la depresión de la madre y el papel que desempeña en el surgimiento de los disturbios precoces del sueño.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Als, H., E. Tronick, L. Adamson y T.B. Brazelton, "The behaviour of the full term but under weight newborn infant", en *Develop. Med. Child. Neurol.*, 1976, 18: 590-602.

[2] Anders, T.F. y P. Weinstein. "Sleep and its disorders in infants and children: A review", en *Pediatrics*, 1979, 63: 860-864.

[3] Anders, T.F., "Études ontogéniques du sommeil du nourrisson", en *Confrontations psychiatriques*, 1977, 15: 49-80.

[4] Anders, T.F., "Night waking in infants during the first year of life", en *Pediatrics*, 1979, 63: 860-864.

[5] Anders, T.F., M. Keener, T.H.R. Bowe y B.A. Schoaff, "A longitudinal study of night time sleep-wake patterns in infants from birth to one year", en *Frontiers of Infant Psychiatry*, J.L. Call, E.G. Gallenson y R.L. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1983, pp. 150-170.

[6] Bax, M.C., "Sleep disturbances in the young child", en *Br. Med, J.*, 1980, 280: 1177-1179.

[7] Berger, M., J.-Y. Tamet y Y. Blanchon, "Thérapie familiale d'un nourrisson présentant une insomnie grave", en *Thérapie familiale*, Ginebra, 1983, 4: 297-306.

[8] Bernal, J.F., "Night waking in infants during the first 14 months", en *Dev. Med. Child. Neurol.*, 1973, 15: 760-769.

[9] Berstein, P., R. Emde y J. Campos, "REM sleep of fourth months infants under home and laboratory conditions", en *Psychosom. Med.*, 1973, 35: 322-329.

[10] Bibring, G.L. y T.F. Dwyer, Huntington, A.F., "An study of the psychological processes in pregrancy and of the earliest mother child relationship", en *Psychanal. Study. Child.*, 1961, 16: 9-27.

[11] Bydlowski, M., "Les enfants du désir, le désir d'enfant dans sa relation à l'inconscient", en *Psychanalyse à l'Université*, 1978, 4: 59-92.

[12] Blurton Jones, N., M.C. Rosetti Fereira, M. Far Quar Brown y L. Mac Donald, "The association between perinatal factors and later night wakings", en *Develop. Med. Child. Neurol.*, 1978, 20: 427-434.

[13] Brazelton, T.B. y H. Als, "Quatre stades précoces au cours du développement de la relation mère-nourrisson", en *Psyquiatrie de l'Enfant*, 1981, 24: 398-417.

[14] Carey, W.B., "Night waking and temperament in infancy", en *J. Pediatr.*, 1974, 84: 756:758.

[15] Choquet, M. y S. Ledoux, "La valeur pronostique de risques précoces. Études longitudinales des enfants à risque à trois ans", en *Arch. Fr. Pédiatr.*, 1985, 42: 541-546.

[16] Cramer, B., "Interventions parents-enfants", en *Psychiatrie de l'Enfant*, 1974, 17: 53-117.

[17] Davidson, F. y M. Choquet, "Epidemiological survey of functional symptomatology in preschool age children", en *Frontiers of Infant Psychiatry*, J.D. Coll, E. Galenson y R.L. Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1983, II, pp. 530-539.

[18] Debray, R., "Insomnie précoce chez le jeune enfant et problématique maternelle. Réflexion clinique à propos des deux cas", en *Génitif*, 1979, I: 7-11.

[19] Debré, R. y A. Doumic, *Le sommeil de l'enfant*, París, PUF, 1959, 2a. ed., 1969, 214 pp.

[20] Fraiberg, S., "On the sleep disturbances of early childhood", en *Psychanal. Study Child.*, 1950, 5: 285-309.

[21] Freidin, J.R., J.J. Jankonski y W.D. Singer, "Nocturnal head banging as a sleep: A case report", en *Amer. J. Psychiat.*, 1979, 136: 1469-1470.

[22] Green, A., "La mère morte", en *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, París, Minuit, 1983, pp. 222-254.

[23] Guedeney, A., "Le grand sommeil. Essai sur la proximité des approches en psychosomatique et en ethnopsychiatrie", en *Nouvelle Revue de'Ethnopsyquiatrie*, 1985, 4: 83-93.

[24] Hayez, J.-Y., "Quand Bébé ne veut plus dormir...", en *Neusopsychiatr. Enfance-Adolesc.*, 1983, 31: 153-158.

[25] Kreisler, L., M. Fain y M. Soulé, *L'enfant et son corps*, París, PUF, 1978, pp. 373-388.

[26] Kreisler, L. y B. Cramer, "Sur les bases cliniques de la psychiatrie du nourrisson", en *Psychiatrie de L'Enfant*, 1981, 24: 223-262.

[27] Kreisler, L., *El niño psicosomático*, Buenos Aires, Abril.

[28] Kreisler, L., "L'insomnie du nourrisson", en *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, t. II, S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé (comps.), París, PUF, 1985, pp. 713-719.

[29] Levobici, S., "L'expérience du psychanaliste chez l'enfant et chez l'adulte devant le modèle de la névrose infantil et de la névrose de transfert, informe al III Congrés des Psychanalystes de langue romane", en *Rev. Fr. Psychanalyse*, 1980, 44: 733-857.

[30] Lozoff, B., Wolf, A.W., Davis, N.S., "Costeeping in urban-families with young children in the United States", en *Pediatrics*, 1984, 74, 171-182.

[31] Lozoff, B., A.W. Wolf y N.S. Davis, "Sleep problems seen in pediatrics practice", en *Pediatrics*, 1985, 3: 477-483.

[32] Male, R., A. Doumic-Girard, F. Benhamou y M.-C. Schott, *Psychothérapie du premier âge*, París, PUF, 1975, 22 pp.

[33] Moore, T. y L.E. Ucko, "Night making in early infancy", en *Arch. Dis. Child.*, 1957, 32: 333-342.

[34] Navarro, J., "Malnutrition protéino-calorique", en *Encycl. Med. Chir.*, París, Pédiatrie, 1974, 9: 4055 A 10.

[35] Richman, N., "Depression in mothers of pre-school âge children", en *Psychol. Psychiatry.*, 1975, 17: 75-78.

[36] Richman, N., "A community survey of characteristics of 1-2 years olds with sleep disruptions", *J. Am. Acad. Child. Psychiatry.*, 1981, 20: 281-291.

[37] Richman, N., "Sleep problems in young children", en *Arch. Dis. Child.*, 1981, 56:491-493.

[38] Rosenfeld, A.A., O'Reilly Wenegrat, A. Haavit, D.K. y cols., "Sleeping patterns in upper-middle class families when the child awakens ill or frightened", en *Arch. Gen. Psychiatry.*, 1982, 39: 943-947.

[39] Sauvage, D., "Autisme du nourrisson et du jeune enfant (0-3 mois): signes preécoces et diagnostic", en *Rapport de psychiatrie présenté au Congrés de Psychiatrie et de Neurologie de Langue Française, LXXXII session*, Luxemburgo, 2-7 de julio de 1984, París, Masson, 1985.

[40] Soulé, M., "L'endormissement se fait dans une crise d'illusion", en *Les troubles du sommeil de l'enfant*, O. Houzel, M. Soulé, L. Kreisler y D. Benoit (comps.), Cuarta Jornada Científica (13 de marzo de 1976) del Centre de Guidance Infantile de l'Institut de Puériculture, París, ESF, 1977, 94 pp.

[41] Sperling, M., "Sleep disturbances in children", en *Modern Perspectives in International Child Psychiatry.*, Edimburgo, Olivier y Boyd, 1969, 418 pp.

[42] Thomas, A., A. Chess y H.G. Birch, *Temperament and behaviour disorders in children*, Nueva York, New York University Press, 1968.

[43] Weissbluth, M., "Sleep duration and infant temperament", en *J. Pediatr.*, 1981, 99: 817-819.

[44] Weissbluth, M., A.T. Davis y J. Poncher, "Night waking in 4 to 8 months old infants", en *J. Pediatr.*, 1984, 104: 477-480.

[45] Winnicott, D.W., "Théorie de la relation parents-nourrisson", en *Rev. Fr. Psy.*, 1961, 25: 7-26.

[46] Winnicott, D.W., *La consultation thérapeutique et l'enfant (caso núm. 14, Cecil)*, París, Gallimard, 1971, pp. 247-248.

29. LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DESVIADAS DEL NIÑO DE PECHO

MICHÈLE PORTE

Las conductas alimentarias desviadas del lactante se conocen desde hace mucho, aun cuando desde la vulgaridad de ciertas formas se ha intentado con frecuencia llegar a una comprensión. La alimentación ha tenido en todo tiempo un lugar privilegiado en la expresión cultural. A través de las épocas se han valorizado diversos hábitos alimentarios, que pocas veces se apoyan en bases fisiológicas racionales. La manera de alimentar a los lactantes no ha escapado a este fenómeno. A partir del desarrollo de la dietética, responsable de la desaparición de las más grandes amenazas que solían pesar sobre los bebés, existe un mayor interés por la dimensión afectiva de la situación alimentaria. Las dificultades psicológicas del niño y de los padres encuentran aquí un terreno propicio para su expresión.

El problema al que más antiguamente se reconoce un origen psíquico es la anorexia mental [17]. Desde los trabajos de R. Debré, A. Doumic y colaboradores, este síntoma no ha dejado de causar interés [10]. De hecho, abarca problemas muy diversos, tanto por la intensidad de sus manifestaciones y por su pronóstico, como por la estructura psicopatológica que los sostiene. Las actuales investigaciones, a las que damos un lugar privilegiado, abordan sobre todo las formas más graves, algunas de las cuales se inician los primeros días de la vida. En seguida estudiaremos el mericismo y después los vómitos psicógenos. Otras aberraciones alimentarias, no frecuentes al menos en los países desarrollados, no fueron objeto de una investigación más amplia, como la pica, definida por la ingestión de sustancias no comestibles (cabello, polvos...) y que engloba también la geofagia. Ésta se automantiene gracias a una verdadera anomalía del gusto causada por una carencia de hierro, lo que impulsaría a los enfermos a ingerir tierra, y esto, a su vez, impide la absorción de hierro. La hemos observado en niños criados por madres deprimidas. La bulimia, que se observa en el niño un poco más grande, no lo abordaremos aquí.

LAS ANOREXIAS

La anorexia mental se define como una conducta de rechazo alimentario, en la que no existe un disturbio orgánico primario. Distinguiremos la anorexia común precoz, las formas severas y las anorexias neonatales.

La anorexia común precoz o anorexia de oposición

Ésta aparece en el segundo semestre o en el transcurso del segundo año y es más frecuente en la niña que en el niño. Un niño despabilado, muy rápidamente cómodo con el examinador, una madre irritada o agotada por el rechazo alimentario del hijo, son los dos participantes en esta interacción particular hecha de oposición y de coacción.

Los padres lo han intentado todo para que la niña o niño ceda: la persuación, la diversión, el chantaje y la coacción brutal. Toda la familia interviene con fuertes críticas y consejos, pero la niña tiene siempre la última palabra y el grupo familiar, agotado, termina por ceder, o de lo contrario la comida termina con un vómito.

La evolución es caprichosa, la niña puede aceptar el alimento con ciertas personas y rehusarlo con otras. Puede rechazar todo como operar una estricta selección alimentaria. Las bebidas son siempre aceptadas. Los periodos de remisión alternan con imprevisibles reincidencias. El diagnóstico fácil no debe descuidar un examen clínico y una encuesta etiológica precisa pero razonable. El inicio de las dificultades es asociado a un factor desencadenante trivial (enfermedades, vacunaciones, cambio de modo en la guarda...). A veces toman el relevo de un simple periodo de inapetencia que debió haber sido respetado. El rechazo inicial está frecuentemente relacionado con la diversificación alimentaria, como por ejemplo el giro hacia la alimentación con cuchara. La niña se resiste por razones comprensibles, pero la madre la fuerza a aceptar y, a partir de este episodio inicial de poca importancia, va a instalarse una actitud de rechazo en la niña y de coacción en la madre. Este evidente error educativo de la madre o de la cuidadora está sostenido por móviles psicológicos particulares que hay que analizar. La dimensión psicológica del rechazo y la situación conflictiva que el mismo refleja se hacen más evidentes a medida que la niña o el niño crecen.

La evolución es variable. En la mayor parte de los casos, sobre todo si se ha podido aportar ayuda, las dificultades se atenúan rápidamente. Pero si el problema es antiguo, si no se ha pedido o propuesto ninguna ayuda específica, la situación podría durar meses e incluso años. Las anorexias del segundo año y de la segunda infancia vienen casi siempre después de una anorexia común precoz. Pero, por otra parte, no existe ninguna continuidad evolutiva en la anorexia mental de la adolescencia, que sigue siendo una entidad muy específica. La niña o el niño crecen pero siguen siendo endebles. El aumento de peso, aunque débil, es regular; y todo adelgazamiento exige una reconsideración del diagnóstico. A pesar de su apariencia, la niña es de una vitalidad sorprendente y con frecuencia de una singular resistencia física. La oposición, con el tiempo, puede organizarse con otros registros, en la familia, luego en la escuela, con la apariencia de aquello que hemos llegado a denominar la anorexia escolar. Cuando el disturbio es antiguo, los beneficios secundarios obtenidos por la niña son un obstáculo para cualquier evolución y los motivos de

consulta, frecuentemente, no son por anorexia sino por otras cosas (vómitos, dolores abdominales).

Mecanismos. Detrás de la evidencia de la conducta de rechazo se esconden, de hecho, mecanismos muy complejos. La situación de la lactancia y luego la ingestión de alimentos son momentos privilegiados para el intercambio entre madre y niña o niño. Las satisfacciones obtenidas sobrepasan el terreno de la simple oralidad. Los conflictos inconscientes mal resueltos de la madre se expresan y se actualizan en su interacción con la o el lactante; y algunas niñas(os) soportan mal la relación de dependencia inherente a la situación alimentaria.

La anorexia común surge en el momento de la instauración de la relación objetal y de la elaboración de la angustia del octavo mes, que será la primera manifestación de un proceso dinámico intrapsíquico. Según M. Fain, estas niñas(os) harán un desplazamiento de los afectos negativos que emanan de la madre, ya no hacia el rostro del extraño sino hacia la comida. La angustia del extraño, en su forma habitual, no existe aquí [18]. Ahora las atrae más el exterior y no discriminan al interlocutor.

Las pulsiones que se ejercen en el plano del acto alimentario son de diversos órdenes. Así, los alimentos pueden ser asimilados hasta las heces mediante el establecimiento de equivalencia entre ciertos orificios del cuerpo, como la retención de alimentos sólidos en la boca que se emparenta con la retención fecal y los vómitos con la excreción [8]. Este mecanismo explica ciertos rechazos selectivos de comida sólida. Los fantasmas sádico-orales son la causa de comportamientos anoréxicos y, más exactamente, de la negativa a masticar o a tragar.

Los vínculos entre la reacción de la niña(os) muy pequeña y la coacción y pulsión de dominio se discutirán a propósito de la anorexia primaria.

Tratamiento de la anorexia común. Es labor preventiva explicar a las madres que el apetito de una niña puede ser variable, que existen rechazos pasajeros y sin consecuencia. La anorexia común es mucho menos frecuente desde que se flexibilizaron las reglas de puericultura relacionadas con la alimentación.

Una vez que el disturbio se ha instalado, el tratamiento debe dedicarse a deshacer el círculo vicioso ayudando a la madre a anular la coacción y a poner a la niña en la posición de pedir en relación con la alimentación. El éxito depende, en la mayoría de los casos, de la calidad de la relación de confianza entre el pediatra y la familia, de la manera en la que éste sepa tranquilizar repetidamente a padres demasiado ansiosos y establecer regímenes más o menos estrictos, que vayan de acuerdo con las capacidades de tolerancia al rechazo que el pediatra ha percibido en ellos. No existe una receta aplicable a todos. El médico elabora con cada familia una solución de arbitraje aceptable para las dos partes: los alimentos detestados serán excluidos de entrada y las cantidades propuestas más bien serán reducidas con el fin de no precipitar un rechazo. Un tratamiento médico, basado en un estímulo del apetito o un sedante para atenuar la oposición de la niña o el niño, puede ser un apoyo interesante. En la mayor parte de los casos, estas medidas son eficaces.

Sin embargo, ciertas anorexias requieren de una investigación más profunda respecto de las dificultades personales de la madre que la han llevado a sobrevalorar la ingestión de alimentos y a adoptar la coacción. Puede tratarse de culpabilidad por no alimentar como se debe a su niña(o), de placer por una relación de coacción en sí, con lo cual enmascara una agresividad latente hacia ella. Estos movimientos diversos son inconscientes; su localización sólo es posible con la ayuda de un psiquiatra infantil. Este proceder es indispensable en los casos de rebeldía, a fin de evitar una perennización del problema, el desplazamiento de la reacción de oposición hacia otros sectores en ocasiones o la expresión por otras vías de la ambivalencia materna.

La separación del medio familiar debe proscribirse en esta forma de anorexia. Esta desproporcionada medida puede crear *per se* otras dificultades a la niña(o) y a su familia sin resolver el problema de fondo, que es el de una conducta de oposición intrafamiliar. A veces es necesario manejar el síntoma en lugar de tratar que desaparezca, tomando en consideración todo su valor económico y defensivo. En ciertas circunstancias traumáticas, la anorexia es el único mecanismo relacional del que la niña(o) han podido disponer.

Formas severas de la anorexia precoz

Estas formas fueron introducidas en la nosología por Kreisler [18]. Son menos frecuentes pero mucho más graves, tanto por sus repercusiones en el estado general como por las perturbaciones psíquicas que manifiestan.

La forma fóbica de evolución aguda tiene un principio muy brutal, al fin del primer año y más frecuentemente en el transcurso del segundo año. La niña(o) parece aterrorizada en cuanto le acercan los alimentos. Rechaza todo, incluso los líquidos. Su estado general puede alterarse rápidamente y requerir de una hospitalización. Coexisten también otros síntomas de la línea ansiofóbica. La evolución de esta forma es muy veloz, puede llevar días o semanas. A largo plazo, estas niñas(o) evolucionan preferencialmente hacia una organización de tipo fóbico.

Una segunda forma la representan las anorexias observadas en el transcurso de las desarmonías de evolución y en las psicosis. En un contexto semejante, todas las actividades orales se perturban: las actividades autoeróticas, como las exploraciones bucales, la succión, la deglución y la masticación. La anorexia es en este caso sólo un epifenómeno.

Las anorexias depresivas han sido abordadas en otro capítulo de esta obra (cf. cap. 23). Recordaremos simplemente que se caracterizan por un daño del

apetito y el hambre, y que aparecen en un contexto de depresión materna o de separación. El cuadro clínico recuerda al de la anorexia de inercia, descrito con las anorexias neonatales. El pronóstico vital está ajustado a veces a causa de la amplitud de la desorganización psicosomática en acción.

Anorexias neonatales

Las anorexias neonatales ameritan un lugar particular. No existen formas triviales, salvo que se trate de un error terapéutico. El recién nacido atraviesa por un periodo de inapetencia, a veces favorecido por circunstancias perinatales difíciles (parto con anestesia, enfermedades, tratamientos maternos...). Es poco reactivo, incluso somnoliento, y no manifiesta hambre. Mama sin vigor y se interrumpe pronto. Este estado es transitorio si uno lo sabe respetar y no decide con demasiad rápidez una alimentación forzada. El riesgo sería ver la instalación precoz de una reacción de oposición franca como sería el apartamiento de la cabeza con la aproximación del biberón y el abierto rechazo a la succión. Tales manifestaciones de rechazo pueden notarse desde muy temprano. Un recién nacido de dos semanas rechaza el pezón y aparta la cabeza en tanto que acepta fácilmente el biberón. Otro, al contrario, se aparta ante el biberón, aunque conserva mucho más tiempo que de costumbre la orientación de la boca hacia el seno. Otros rechazan indistintamente seno y biberón cuando les son acercados.

Estas reacciones de oposición, por evidentes que nos parezcan a primera vista, no dejan de plantear problemas de comprensión teórica en los bebés de algunos días. A la luz de los conocimientos actuales respecto de las capacidades precoces, sabemos que un recién nacido no es "totalmente pasivo en la relación con su madre" (M. Brunswick). Su actividad y su pasividad se manifiestan pronto, como lo atestigua su viva agitación a una simple sujeción de los miembros. La necesidad de dominar el ambiente resulta de una pulsión innata, llamada pulsión de dominio o de empresa, cuya importancia ha sido subrayada por Soulé y Kreisler [18, 24]. Tal comportamiento puede ser fuente de grandes dificultades en ciertas madres ansiosas, inseguras por lo que toca a su posición en el delicado periodo posterior al parto. Es importante proponerles una ayuda específica. A veces basta con simples consejos de puericultura. En otros casos son preferibles algunas entrevistas psicoterapéuticas. Aunque estas actitudes de oposición no son el reflejo de una patología severa, se corre el riesgo de verlas prolongarse hasta la segunda infancia o de verlas infiltrar toda la vida relacional de la niña(o); por eso debemos tomarlas en consideración.

Sin embargo, algunas anorexias muy precoces son la primera manifestación de una patología severa de la organización mental: 1] la anorexia de inercia se observa desde el nacimiento. El bebé se defiende con vigor contra el biberón. Su comportamiento está imbuido de pasividad incluso en el rechazo.

Resignado, recibe la leche cuya salida tampoco provoca porque su succión es débil o nula. La deglución es muy lenta, frecuentemente interrumpida, y deja que la leche se le escurra por las comisuras de los labios. Si el bebé vomita lo hace sin esfuerzo. La ausencia de manifestación de hambre se acompaña por un desinterés completo hacia las actividades autoeróticas orales como la succión de los dedos o del biberón, por las exploraciones bucales, las vocalizaciones y los ruidos de la boca. Este recién nacido es globalmente hipotónico y carece de adaptación postural. La pasividad se revela hasta en sus gemidos quejumbrosos que remplazan al llanto. Todo en él evoca una inapetencia fundamental para vivir; 2] otros bebés parecen presentar un disfuncionamiento original de la esfera oroalimenticia. Succión y deglución están mal coordinadas, entrecortadas por vómitos, por movimientos anárquicos de los miembros y por hiperextensión súbita de todo el cuerpo. La distensión no se obtiene jamás ni aun con ayuda del chupón. Sin embargo, el hambre parece existir, pues estos bebés aceptan el biberón en un principio aunque lo rechazan instantes después. Después de estas sesiones de comida vienen con frecuencia regurgitaciones y vómitos penosos para los dos participantes. La impresión de malestar se incrementa con la hiperexcitabilidad de estos niños y la mala repartición corporal de su vigor, lo que les confiere un aspecto poco armonioso. Una pequeña de tres meses sólo aceptaba el biberón si era enérgicamente sacudida durante el amamantamiento. La succión era entonces franca hasta su interrupción súbita luego de una absorción de 20 gr de leche, como si la sensación de repleción gástrica le resultara intolerable. A la vista del biberón gesticulaba, se crispaba y forcejeaba a la menor tentativa de reintroducción. El padre había comprendido el problema y decía: "Sólo mama por sorpresa, automáticamente."

En estas dos formas de anorexia, las exploraciones de la región oroesogástrica son por lo general poco concluyentes: se encuentra una inmadurez del velo del paladar o un reflujo gastroesofagiano, cuyo descubrimiento no debe ocultar el síntoma esencial. Una impresión de malestar intenso y durable se desprende de estos bebés, desconcertantes para los equipos pediátricos. Su incremento de peso es muy lento. En los meses siguientes, la anorexia puede pasar a un segundo plano, mientras que los disturbios de desarrollo psicológico se hacen cada vez más evidentes.

A veces, particularmente por efecto de la coacción, el disturbio se organiza en un rechazo alimentario extremadamente elaborado para la edad. El recién nacido, y luego el lactante, da la impresión de concentrar toda su energía en este rechazo claramente expresado. Las dificultades que tiene para establecer relaciones normales con los adultos son cada vez más evidentes. Y una impresión de extrañeza emana de su mirada directa, difícil de sostener, anacrónica. Si la coacción alimentaria persiste, la divergencia evolutiva se amplifica entre la función oroalimentaria, cada vez más organizada alrededor del rechazo, y las otras funciones vitales. El bebé está atrapado en una cadena que lo lleva de las regurgitaciones a los vómitos o, a veces, al mericismo. La vía

queda entonces abierta a las descompensaciones psicosomáticas, muchas veces gravísimas. Estas confirmaciones traen a colación las concepciones de P. Marty, a propósito de la yuxtaposición "en mosaico" de las funciones de la primera fase del desarrollo [34]. Una bebita cuya observación ya mencionamos murió a los ocho meses tras una evolución como ésta [38]. Otra observación tiene que ver con una pequeña anoréxica desde su nacimiento, la que, luego de haber puesto en jaque a un equipo hospitalario, le fue confiada a los dos meses a una familia que la adoptó. Ésta, gracias a su perspicacia y a la continuidad de sus cuidados, hizo posible que la niña se alimentara casi normalmente hasta los catorce meses. A la edad de cuatro y a los 18 meses, debido a separaciones de la familia que la había acogido, la niña presentó dos episodios de desorganización somática, uno de los cuales la puso seriamente en peligro. Le apareció un estrabismo, por primera vez, a partir de un intercambio de miradas con su nodriza, ocasionado por un incidente menor, pero que pudo reactivar sus miedos de separación. Entonces tenía ya 18 meses. Seis meses más tarde este síntoma persistía y tenía una evolución caprichosa, aunque había perdido su carácter de surgimiento electivo ante los intercambios de miradas con esta persona.

En resumen, proponemos dos modelos psicopatológicos en las anorexias severas del recién nacido y del niño pequeño: 1] la anorexia de inercia, herencia de las desorganizaciones estructurales, misma que revela una falla de investidura primaria de los procesos vitales; 2] la anorexia más activa observada en bebés que se niegan a alimentarse, que rehúsan todo contacto con el ambiente. La regresión fusional que implica la situación de amamantamiento o el hecho de ser tomado en brazos son causas de un tal malestar que el bebé no puede relajarse; se resiste con todos los medios de que dispone: contracciones musculares erráticas, variaciones tónicas aberrantes, pero también participación de la musculatura lisa con perturbaciones de la deglución y vómitos.

El disturbio alimentario no es al inicio más que un elemento de un rico cortejo semiológico. Evoluciona poco a poco bajo la presión del entorno familiar u hospitalario que concentra su atención en él. A domicilio, la relación entre padres y niño se organiza alrededor de las comidas de una manera extremadamente conflictiva y esto deja que la patología mental se exprese libremente, mediante un rechazo cada vez mejor caracterizado. Las técnicas empleadas a veces en el hospital para alimentar a estos lactantes (sondas, alimentación por goteo...) no les permiten organizar su rechazo según las mismas modalidades. Privados de algún modo de espacio psíquico debido a la negación de sus manifestaciones, se organizan en un plano infrapsíquico. Este corto circuito del soma se expresa por medio de afecciones orgánicas iteractivas que impiden el incremento de peso y perturban las decisiones médicas. La vía está abierta hacia graves descompensaciones psicosomáticas.

Casos particulares de lactantes que no pueden ser alimentados normalmente debido a una malformación digestiva o a una enfermedad

Son cada vez más numerosos en las unidades de cuidados intensivos debido a los progresos en cirugía y en reanimación. Muchos trabajos recientes se han dedicado al estudio de las repercusiones en el desarrollo ulterior de una tal crianza [16, 40]. A esta edad, las indicaciones médicas tienen que ver esencialmente con las diarreas graves y rebeldes; las indicaciones quirúrgicas con las malformaciones neonatales del aparato digestivo (esófago, intestino), que requieren de una o más intervenciones. Algunos niños no han sido jamás alimentados por la boca; en otros, la vía oral ha debido ser abandonada algunas semanas después del nacimiento. La mayoría de ellos son alimentados por sonda o, más frecuentemente, por perfusión, y ya no conocen la alternancia hambre/saciedad y depleción/repleción gástrica. El alimento les llega sin que hayan sentido previamente necesidad del mismo, sin el retraso necesario a la representación psíquica de la satisfacción. No se ven privados de intercambios relacionales, pero éstos no están relacionados con la satisfacción del hambre ni con el placer de la succión. No experimentan en su cuerpo la alternancia de sensaciones que estarán ulteriormente asociadas a la alternancia, principalmente psicológica, de la presencia y la ausencia relacionales [16]. Esta asistencia nutricional puede durar varios meses. La reintroducción fraccionada de pequeñas cantidades de alimento por la boca sólo es posible al final del tratamiento y con frecuencia es mal aceptada por los niños, quienes no muestran interés por esta nueva sensación; no maman, tragan mal. Estos problemas pueden ser superados en algunas semanas, sobre todo si los lactantes han tenido previamente buenos intercambios relacionales. Pero muchos otros presentan dificultades más duraderas: rechazo absoluto de toda alimentación, vómitos; a veces, si no han gozado de condiciones afectivas satisfactorias, se instala en ellos un estado depresivo severo y un retardo del desarrollo. Estos bebés necesitan que alguien se haga cargo de ellos durante un tiempo particularmente largo, aun cuando la patología inicial se haya resuelto desde hace mucho.

EL MERICISMO

El mericismo es un disturbio funcional digestivo caracterizado por la regurgitación provocada del contenido del estómago, seguida de masticación y luego reingestión total o parcial.

El diagnóstico que podría ser clínico es con frecuencia un diagnóstico al que se llega por exclusión luego de agotar toda las causas de vómito. Sin embargo, debería ser considerado sistemáticamente frente a un lactante vomitador, adelgazado y triste.

El bebé regurgita después de varios meses; las diversas medidas sintomáticas se revelan ineficaces y el estado general se altera poco a poco. El niño no deja sin embargo de tener apetito. El descubrimiento de la masticación confirma ese diagnóstico, pero como el entorno casi no lo ha notado hay que crear las circunstancias favorables para que se produzca. La presencia de un observador no impide la aparición de regurgitaciones, si éste consigue que el bebé no piense en él. El momento más favorable es el despertar. El bebé no llama, no desea jugar, no emite ningún sonido. Parece muy aislado y triste. La regurgitación surge la mayoría de las veces sin esfuerzo aparente, pues el lactante ha adquirido a la perfección el dominio del mecanismo. Crea un aumento de la presión intragástrica, contrayendo su musculatura abdominal y su diafragma. Al mismo tiempo traga, y esto provoca la apertura del esfínter esofágico inferior. La vía está libre para que una parte del contenido gástrico fluya hacia el bajo esófago desencadenando por vía refleja una onda peristáltica que lleva el bolo gástrico hasta la boca. El bebé utiliza a veces la succión del pulgar o un chupón, no para provocar un reflejo de náusea, sino para aumentar la salivación y favorecer la deglución, como probablemente para engendrar un proceso de sifón al crear un vacío bucal [5].

La masticación provoca otras degluciones que permiten nuevos ascensos de contenido gástrico. El proceso se automantiene así a veces durante varias horas sin que sea necesario un gran esfuerzo por parte del bebé. El lactante está distendido, inmóvil y parece aislado del mundo. Su mirada es vacía, pero una sonrisa de placer aparece en su rostro antes tan triste. La menor manifestación del entorno, sobre todo si busca entrar en contacto con el niño, interrumpe un proceso que no puede ser observado en consulta. De manera menos frecuente el niño tiene que hacer esfuerzos musculares intensos para echar a andar el mecanismo, que se automantiene del mismo modo.

Un flujo gastroesofágico pasivo de indudable existencia en algunas observaciones, o un problema funcional del vaciado gástrico –como lo es un espasmo pilórico–, podrían constituir factores favorecedores pero en ningún caso bastarían para dar cuenta del síntoma. Los vómitos en el transcurso de una afección somática trivial son para el bebé una manera de descubrir sensaciones que deseará reproducir elaborando esta práctica patológica. De hecho, lo más frecuente es que el punto de partida sea mal conocido porque el diagnóstico se hace después de muchos meses de evolución, de acuerdo con la intensidad de la repercusión en el estado general. Si las regurgitaciones son importantes, el adelgazamiento y la deshidratación pueden imponer una hospitalización. Pero algunos lactantes controlan con bastante precisión la cantidad de contenido gástrico necesario para su rumiadura, lo que evita las pérdidas digestivas. El diagnóstico será planteado sólo en el caso de una equivocación, que podría tener muy graves consecuencias debido a la exteriorización de regurgitaciones en un episodio agudo, o también en el transcurso de una evaluación por un retardo psicomotor.

Psicopatología

El mericismo es un comportamiento, un síntoma que, existente en diversas organizaciones psíquicas, no tiene un sentido psicopatológico único. Sin embargo, el muy particular carácter de esta práctica antifisiológica en la que coexisten depresión y placer amerita que uno se interrogue por su significación.

El bebé mericista tiene un aspecto triste. Se queda largos ratos solo y las más de las veces silencioso. A veces un llanto intenso expresa su sufrimiento moral. Ese sufrimiento se refleja igualmente en su mirada penetrante, a la vez porfiada e interrogante [38]. No experimenta ninguna angustia ante el extraño, esboza en ocasiones una sonrisa estereotipada ante cualquier cara, dada su incapacidad para establecer una relación afectiva ventajosa.

El placer intenso que la procura la rumiadura contrasta con esta profunda tristeza. La hipótesis es que el bebé intenta reproducir sensaciones que le han podido aportar placer durante regurgitaciones triviales. Busca indefinidamente la satisfacción regresiva vinculada a la sensación del paso del bolo alimenticio, en tanto que desdeña aquella que emana de la zona bucal anterior. Ni las comidas, tomadas con avidez, ni las actividades bucolinguales comunes en el lactante de esta edad, le aportan alivio. La succión de los dedos, cuando existe, parece desprovista de autoerotismo. Sólo la regurgitación es capaz de resolver la extrema tensión visible en su rostro [6]. La zona bucal anterior, aquí desinvestida, es aquella con la cual el bebé habitualmente descubre y luego explora su ambiente. A la edad en la que debería ejercer su actividad lúdica, en el plano de la motricidad comprometida dentro de la vida relacional, goza con un funcionamiento muscular, generalmente inconsciente y además antifisiológico. El dominio que adquiere de este funcionamiento es notable y a la medida de su investidura. Algunos autores ven aquí un intento simbólico de recuperación del "objeto", de un control de su desaparición [20]. Para otros, al contrario, el bebé está encerrado en un peligroso comportamiento repetitivo, desprovisto de representación fantasmática y de investidura relacional. Revela una necesidad de descarga motriz organizada en esta práctica aberrante en la que todo autoerotismo ha desaparecido y amerita así el calificativo de comportamiento vacío [26].

Evolución

Las circunstancias de la aparición del mericismo son las carencias afectivas debidas a la irregularidad de la investidura parental. El bebé, abandonado durante largos periodos, es frustrado de una presencia materna confiable. Los cuidados elementales le son prodigados pero de modo formal, sin ser el motivo de un intercambio afectivo. Las comidas son, sin embargo, fuente de satisfacciones para el bebé. Éstas dejarán en él huellas mnémicas que le per-

mitirán imaginar la satisfacción ligada a la realización de su deseo durante las ausencias de su madre y bajo la presión de la necesidad. Pero se queda demasiado tiempo solo como para no agotar este mecanismo psíquico y no buscar una fuente directa de satisfacción, tanto más cuanto que ignora el placer relacionado con los intercambios que estimulan los órganos sensoriales y la sensibilidad cutánea, así como el placer ligado al ejercicio de una actividad muscular durante juegos compartidos. El niño es sometido a condiciones de vida tan rígidas que no dan lugar a la emergencia de ninguna solicitud. Estas reglas de vida imponen a veces por sí solas la hospitalización. Las madres, con frecuencia calificadas de obsesivas, están demasiado deprimidas como para investir a su bebé, sobre todo si se trata de un niño. Varios estudios revelan que deseaban una niña [5].

Hace algunos decenios, la mortalidad ligada al mericismo era importante. En nuestros días existen todavía formas severas en las que la repercusión en el estado general es considerable y la rumiadura mal conocida. Ciertos errores alimentarios hacen más difícil el pronóstico. Pese a esta gravedad potencial, el retraso en el diagnóstico es todavía actualmente de varios meses. Una vez hecho el diagnóstico y emprendidas las medidas terapéuticas, la evolución sintomática y la mejoría del estado psíquico son concomitantes. El bebé manifiesta una intensa angustia de separación que se expresa sobre todo cuando se le mete en la cama. Tiende a trabar contacto con toda persona que pase cerca de él. Es en este momento de la evolución cuando es importante no caer en la trampa de estos esbozos relacionales superficiales y fugaces que sólo revelan la incapacidad del niño para trabar una relación individualizada. Para él las personas son intercambiables. Toda la atención del equipo a su cuidado debe apuntar hacia este punto esencial de la psicopatología del mericismo. Una enfermera experimentada, conocida por su capacidad de maternaje, se ocupará especialmente de él. Es necesario el apoyo de todo el equipo en colaboración estrecha con un psiquiatra, a fin de que la demanda afectiva del niño —siempre más importante— no acabe siendo demasiado pesada. La familia se beneficiará con la ayuda del psiquiatra y del conjunto del equipo pediátrico para poder desarrollar una relación satisfactoria con su niño.

La evolución de largo plazo es difícil de sistematizar. Los autores que han tenido la oportunidad de estudiar a niños mericistas han dicho que su evolución es globalmente favorable [3, 5], no obstante con una expresión preferencial de conflictos en cuanto a conductas alimentarias. El pronóstico está vinculado a la reversibilidad de la depresión como al riesgo de fragilización de los fundamentos del psiquismo. Cuando el mericismo forma parte de un cuadro de psicosis precoz, su evolución es contingente y no modifica en nada el pronóstico. Finalmente, no debemos olvidar que los adultos mericistas hacen remontar el inicio de su problema a la muy primera infancia.

LOS VÓMITOS PSICÓGENOS

La frecuencia de vómitos psicógenos en todas las edades es a la vez un síntoma trivial e ignorado. Su diversidad es grande tanto por las estructuras psicológicas encontradas como por su potencial evolutivo. La forma esporádica, manifestación particular en ciertos individuos, niños o adultos, de una vivencia emotiva intensa o de una contrariedad, está en el límite de la normalidad y se expresa a veces como una simple náusea; pero los vómitos también pueden ser habituales. En los lactantes, donde la frontera es estrecha entre regurgitaciones repetidas y vómitos, encontramos la misma diversidad psicopatológica y evolutiva. Esta aparente trivialidad no debe impedirnos conocer formas mucho más severas que surgen a partir del segundo semestre de la vida y que suscitan hipótesis psicopatológicas muy interesantes.

Los vómitos psicógenos del niño de pecho forman parte de la patología psicosomática de la desorganización. Se observan en lactantes que ya constituyeron su relación de objeto. El rechazo se obtiene tras penosos esfuerzos o con la introducción de los dedos en la faringe, pero también pueden aparecer espontáneamente. Su aparición es por lo general progresiva en un lactante anoréxico; primero vómitos episódicos después de una comida ingerida penosamente, luego cada vez más frecuentes hasta sustituir la anorexia. Las comidas son entonces aceptadas con una aparente facilidad. Pero el inicio es a veces brutal, como lo veremos en la observación referida más adelante. La repetición de vómitos altera a veces de manera tan drástica el estado general, que impone una hospitalización. Los intentos de realimentación mediante sonda, que se hacen necesarios dada la deshidratación del niño, pueden a veces fracasar debido a la persistencia de los vómitos mientras la sonda no está en posición duodenal. Dos observaciones descritas en *El niño psicosomático* ilustran este propósito [24].

Las organizaciones mentales subyacentes son muy diversas independientemente de la forma clínica observada. En *L'enfant et son corps,* Fain y colaboradores han desarrollado ampliamente algunas hipótesis psicopatológicas a propósito de los vómitos aparecidos de modo secundario en un pequeñito de seis meses que hasta ese momento tenía una salud excelente [23]. El rápido agravamiento del estado general provocó la hospitalización luego de tres semanas de evolución. Fueron necesarios muchos días para descubrir que los vómitos eran provocados por el bebé, quien se introducía profundamente los dedos en la boca. Se encontró la causa desencadenante: la madre había sufrido recientemente de una angina que la obligó a reducir los contactos con su bebé, al que sólo se acercaba con una máscara. Las vivas reacciones del niño, sin embargo, no la alertaron acerca del carácter desorganizante que podía causar su nueva presentación.

Volviendo a la idea de Spitz según la cual la regurgitación y el vómito a los tres meses son el prototipo de la proyección [43], los autores demostraron cómo el lactante debía alejar de sí, rechazándolo, todo el contenido gástrico

súbitamente demasiado cercano y malo. A los seis meses, el bebé, que ha tenido buenas relaciones con su entorno, ya es capaz de hacer una diferencia entre los buenos y los malos aspectos de su madre. Guarda dentro de él los buenos aspectos que le permiten sucesivamente regresar a un acercamiento agradable, para luego alejarse y así sucesivamente. Los malos aspectos incluyen a la vez la agresividad materna, y las emociones sádicas personales, que él pone en ella son proyectadas en los rostros extraños que buscará alejar de sí. Lo malo tiene un carácter de acercamiento, de penetración debido a que tiene sus raíces en experiencias muy precoces, en las que las sensaciones penosas nacían en el interior del cuerpo. Este pequeño asimiló a su madre enmascarada con una cara extraña. La confusión de los dos aspectos lo desorganizó y eso le impidió hacer una regresión. Va a luchar contra la penetración de este afecto malo, intentando expulsarlo ayudado no por un proceso psíquico sino por medio de un comportamiento. La confusión afectiva entre la alimentación y la madre hace que la sensación de repleción gástrica tenga el mismo efecto desorganizador que la cara enmascarada de la misma. Esta imposibilidad por efectuar una regresión ha llevado a M. Fain a incluir las discusiones de tales casos en la neurosis traumática [23].

Estas consideraciones permiten comprender que los vómitos psicógenos, cuando menos en su forma más severa, sólo pueden surgir en lactantes que ya hayan constituido una relación objetal. En el caso presente, la desorganización ha sido tanto más aguda cuanto que la relación madre/hijo era anteriormente muy cálida. La evolución fue favorable en unas cuantas semanas. Pero el pronóstico a largo plazo está vinculado a la calidad de la relación primaria. El traumatismo sólo viene a revelar un punto de fragilidad subyacente. Las dos observaciones de evolución letal descritas en *El niño psicosomático* ponen en evidencia las graves perturbaciones relacionales precoces que vivieron esas niñas comprometidas demasiado temprano en un automatismo de repetición mortífero. La compulsión repetitiva inicia siempre en el niño pequeño un proceso somático, lo que da una gravedad potencial a los vómitos psicógenos. Estos últimos son en sí los responsables de las dramáticas evoluciones de ciertos mericismos y anorexias que los acompañan. Este riesgo es muchas veces mal conocido por los pediatras. Aun en los casos mucho más frecuentes de evolución favorable, no hay que ocultar el hecho de que el lactante que está bajo el efecto de una tensión elabora sin tardanza un comportamiento que va a impedir la resolución mental del conflicto y por tanto a perturbar la organización psíquica [23].

HOSPITALIZACIÓN DE NIÑOS AFECTADOS POR DISTURBIOS EN SU CONDUCTA ALIMENTARIA

La hospitalización se hace a veces indispensable dada la gravedad de la re-

percusión somática de los vómitos o debido a la tenacidad de la anorexia, y con frecuencia plantea problemas difíciles para los equipos médicos.

Las conductas de forzamiento provocan que se haga más fuerte el rechazo y que sus manifestaciones sean más elaboradas. El procedimiento mecánico empleado, como la sonda, es un sistema de excitación que no puede evitar mantener la organización desviada del funcionamiento oroalimentario [30]. Todo sucede como si la función alimentaria evolucionara por su propia cuenta, de modo aislado sin vínculo con las demás funciones fisiológicas. Querríamos insistir particularmente en la gravedad potencial de la alimentación por sonda de los lactantes que presentan una anorexia primaria, debido al riesgo de asiduidad que representa; algunos de ellos invisten la sonda de modo particular, erotizado e incluso perverso. La decisión de alimentación mediante sonda, aun si a veces es inevitable, puede comprometer radicalmente el pronóstico de este tipo de anorexia en la vía de las complicaciones. Esta medida debe tomarse únicamente con mucha prudencia y de modo transitorio.

Un trabajo psicológico regular dirigido a los asistentes, la familia y el bebé permite la normalización progresiva del comportamiento. Este trabajo se lleva a cabo ya sea en el marco de unidades específicas, de las que algunos servicios están provistos, ya en el servicio de cuidados intensivos donde está hospitalizado el lactante desde su nacimiento. La estancia se prolongará tanto como el estado psicológico del bebé lo necesite. Éste deberá ser especialmente confiado a una enfermera de cada equipo con el fin de favorecer intercambios auténticos. Se han registrado agravamientos súbitos ligados a desinvestiduras del personal a cargo, después de que el bebé ha sido dado de alta [29], por lo que conviene asegurar la continuidad de los cuidados de los puericultores. Todo cambio de actitud terapéutica o de técnica debe decidirse en una reunión de equipo que implique a la totalidad del personal asistente, médico, paramédico y al psiquiatra. Se evitarán así las incoherencias de por sí frecuentes en el transcurso de estos cuidados tan difíciles para los equipos de reanimación, puestos en predicamento en sus gestos más cotidianos por niños que previamente se salvaron con frecuencia de una afección muy grave. Algunas estancias se prolongan porque los padres no están todavía listos para recibir a su bebé. Una salida intempestiva sólo puede precipitar una recaída. Es importante que esta decisión resulte de un consenso y después de que se hayan discutido las divergencias de opinión. Estas consideraciones son valederas, más o menos relativizadas, para todas las hospitalizaciones de niñas(os) afectadas de anorexia, vómitos psicógenos o mericismo. Es un trabajo siempre difícil, pero los estudios sobre el futuro de estas niñas(os) están ahí para animar a los equipos a tomar en cuenta tanto el aspecto relacional como el aspecto técnico de su trabajo [40].

BIBLIOGRAFÍA

[1] Asfar, M. y D.J. Duché, "À propos d'un cas de mérycisme", en *Méd. infant.*, 1966, 5.

[2] Aubry, J., J.-C. Dalloz, B-S. Lajeunesse, y E. Beaurepére, "Le mérycism", en *Arch. Fr. Pédiatr*, 1964, 21: 1907.

[3] Benedetti-Gaddini, R. y E. Gaddini, *Rumination in infancy, in dynamic psychopathology in childhoor*, Nueva York, Jessner y Pavenstedt, 1959, p. 166.

[4] Bernard, A., "Sur le mécanisme de la rumination: rôle de l'aspiration thoracique", en *Arch. Mal. App. Digest.*, 1955, 44:780.

[5] Bruond, R., "Jeux interdits du nourrisson (étude sur le mérycisme", en *Mémoire pour les CES de psychiatrie*, París, 1984.

[6] Brusset, B., "Psychopathologie du mérycisme du nourrisson", en *Rev. Pédiatr.*, 1974, 10, 5: 261.

[7] Brusset, B., *L'assiette et le miroir*, Toulouse, Privat, 1977.

[8] Brusset, B., "Valeur sémiologique des anomalies des conduites alimentaires", en *Encyclo, Méd. Chir.*, París, Psichyatrie, 1981, 37015 D, 10, 2.

[9] Davy, C., E. Mallet y D.H. De Menibus, "Trois observations graves de mérycisme", en *II Congrés Mondial de Psychiatrie du Nourrissonn*, Cannes, 1983.

[10] Debré, R., P. Mozziconacci, J.J. Ailloitau y A. Doumic, "La anorexie nerveuse de l'enfant", en *Sem. Hôp. París*, 1950, 26, 11: 451.

[11] Fleisher, D.R., "Infant rumination syndrome", en *Am. J. Dis. Child.*, 1979, 133, 3: 266-269.

[12] Freud, A., *The psychoanalytic study of infantile feeding disturbance*, Nueva York, Intern. Univ. Press, 1946.

[13] Freud, A., "Intervention", en *Rev. Fr. Psychanalyse*, 1963, XXVII, 4-5: 491-495.

[14] Freud, A., *L'enfant dans la psychanalyse*, París, Gallimard, 1976, pp. 176-190. [*El psicoanálisis del niño*, Buenos Aires, Hormé].

[15] Gutton, P., J.-J. Célié y C. Martín, "Recherche sur l'oralité du nourrisson", en *Psychanalyse a l'Université*, 3: 503-511.

[16] Herbinet-Baudouin, M., C. Flavigny y A. Aguettant, "Relation alimentaire et relation maternante", en *Sem. Hôp.*, París, 1984, 60, 27: 1928-1931.

[17] Janet, N., "Sur une forme d'anorexie des enfants, son traitement par le régime ascendant et la psychothérapie", en *J. Méd Chir. pratique.*, 1936.

[18] Kreisler, L., M. Fain y M. Soulé, "Anorexie et vomissement", en *L'enfant et son corps*, París, PUF, 1974, 3a. ed., 1981, pp. 134-174.

[19] Kreisler, L., M. Fain y M. Soulé, "Pulsion d'emprise et pulsion de maîtrise", en *L'enfant et son corps*, París, PUF, 1974, 3a. ed., 1981, pp. 451-454.

[20] Kreisler, L., M. Fain y M. Soulé, "Le megacôlon fonctionnel de l'enfant comparaisons avec le mérycisme", en *L'enfant et son corps*, París, PUF, 1981, 3a. ed., pp. 420-466.

[21] Kreisler, L., M. Fain y M. Soulé, "Le mérycisme", en *L'enfant et son corps*, París, PUF, 1981, 3a. ed., pp 105-120.

[22] Kreisler, L., M. Fain y M. Soulé, "Le mérycisme. Vomissement psycogènes: mérycisme et asthme dans une situation de garde à temps partiel", en *L'enfant et son corps*, París, PUF, 1981, 3a. ed., pp. 105-129, 319-333.

[23] Kreisler, L., M. Fain y M. Soulé, "Vomissement psychogènes", en *L'enfant et son corps*, París, PUF, 1981, 3a. ed., pp. 174-184.

[24] Kreisler, L., "Desorganisations psychosomatiques mortelles", en *L'enfant du désordre psychosomatique*, Toulouse, Privat, 1981, pp. 173-212 [*El niño psicosomático*, Buenos Aires, Abril].

[25] Kreisler, L., "Mérycisme du deuxième semestre", en *L'enfant du désordre psychosomatique*, Toulouse, Privat, 1981, p. 234 [*ibid.*].

[26] Kreisler, L., "Le bébé du désordre", en *La dynamique du nourrisson*, París, ESF, 19:2, pp. 84-101.

[27] Kreisler, L., "La anorexie mentale du nourrisson", en *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé (comps.), París, PUF, 1985, II, pp. 723-732 [*Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1988].

[28] Kreisler, L., "La rumination ou mérycisme", en *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé (comps.), París, PUF, 1985, 2, pp. 733-739 [*ibid.*].

[29] Kreisler, L., "Les vomissements psychogènes", en *Traité de psychiatrie et de l'enfant et de l'adolescent*, S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé (comps.), París, PUF, 1985, II, pp. 741-743 [*ibid.*].

[30] Kreisler, L., "L'hospitalisation en service de pédiatrie dans les conduites alimentaires à haur risque du nourrisson", en *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé (comps.), París, PUF, 1985, II, pp. 745-746 [*ibid.*].

[31] Laplanche, J. y J.-B. Pontalis, "Actividad-pasividad", pp. 8-9, "Pulsión de apoderamiento", pp. 327-330, en *Diccionario de psicoanálisis*, Barcelona, Labor, 1983.

[32] Lebovici, S., R. Diatkine y M. Soulé, *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente*, Madrid, Biblioteca Nueva, 1988.

[33] Lelong, M. y L. Kreisler, "L'anorexie habituelle du nourrisson et du jeune enfant", en *Journal du Practicien*, 1952, II, 27.

[34] Marty, P., *Les mouvements individuels de vie et de mort. Essai d'économie psychosomatique*, París, Payot, 1976.

[35] Marty, P., *L'ordre psychosomatique*, París, Payot, 1980.

[36] Millican, F.K. y R.S. Lourie, "L'enfant atteint de pica et sa famille", en *L'enfant et sa famille*, París, Masson, 1970, I, pp. 301-324.

[37] Nemours-Auguste, M., "Remarques cliniques et radiologiques sur neuf cas de mérycisme", en *Sem. Hôp Paris*, 1953, 29: 833.

[38] Porte, M. y J.-M. Porte, "L'anorexie néonatale. À propos d'un cas", en *Psychiatr. Enfant.*, 1982, 25, 2:261-294.

[39] Raimbault, G., A. Pirotsky, C. Eliacheff, V. Votadoro, C. Ouzilou, J.-F. Duhamel y C. Ricour, "L'enfant en réanimation digestive", en *Arch. Fr. Pédiatr.*, 1978, 35: 115-123.

[40] Raimbault G., A Driben, C. Eliacheff, C. Ouzilou y V. Votadoro, "Les nourritures terrestres. À propos d'enfants en réanimation digestive", en *Psychiatr. Enfant*, 1980, 22, 2: 5-86.

[41] Richmond, J.F., E. Eddy y M. Green, "Rummation: A psychosomatic syndrom in infancy", en *Pediatrics*, 1958, 22: 49.

[42] Soulé, M., "Le mérycisme du nourrisson", en *Rev. Fr. Psychan.*, 1966, 30: 735-743.

[43] Spitz, R., *De la naissance à la parole*, París, PUF, 1968, 1974, 4a. ed.

30. LAS COLOPATÍAS FUNCIONALES DEL NIÑO MUY PEQUEÑO. COLON IRRITABLE. CÓLICOS DE LA PRIMERA EDAD

LÉON KREISLER

El colon es en cualquier edad uno de los blancos más sensibles, en la mira del sujeto desbordado por el malestar y la tensión. Las colopatías funcionales del adulto son muchísimas en la práctica médica. Pertenecen, según Marty, a la patología psicosomática de la hipertonía muscular, al lado de las raquialgias y de las cefaleas tensionales; por otra parte, la asociación raquialgia-colopatía no es rara. Marty encuentra frecuentemente en el colópata problemas intestinales de la primera infancia, ligados sobre todo a episodios de disfuncionamiento de la relación madre-hijo(a) alrededor de los problemas de la analidad.

El niño(a) no escapa a esta frecuencia, aunque los síndromes estén todavía muy abandonados en los tratados de pediatría. Sus formas de expresión comparten, en la patología psicosomática, la incidencia esencial de la edad en los datos a la vez clínicos, biológicos y psicológicos. Así, pueden distinguirse, por periodos de edad decreciente:

- las colopatías funcionales del niño mayor y del adolescente que se traducen en dolores abdominales iterativos, un estreñimiento de evolución subaguda o crónica y un espasmo colítico clínicamente descubrible; estas colopatías entran en el grupo heterogéneo de dolores abdominales recurrentes de la infancia que son de una gran frecuencia y de una gran diversidad psicoclínica [14]: colitis espasmódica, migraña abdominal, algias conversionales, opresión visceral de angustia como en las fobias escolares;
- el síndrome de colon irritable, colopatía de forma diarreica que se declara en el primero o segundo semestre y cubre el periodo de la primera infancia;
- el cólico de los tres primeros meses, que no es habitual poner en este rubro. Lo proponemos, sin embargo, como el modelo más precoz de las colopatías funcionales.

Los cólicos del primer trimestre comparten con el colon irritable similitudes interactivas patógenas. Éstas pueden ser clasificadas dentro del rubro de la sobrecarga de excitación en circunstancias caracterizadas por la discontinuidad cualitativa y cuantitativa de los cuidados maternos, y por la irregularidad de los modos de vida del bebé, que a veces llegan hasta la incoherencia. Estos síndormes no pertenecen a la patología de la carencia o de la insuficiencia crónica del apego; no son amenazantes, a diferencia de las colitis ulcerosas y de la rectocolitis hemorrágica, que cubren toda una otra vertiente de la patología psicosomática del intestino terminal.

El malestar de los bebés se presenta cada vez más frecuentemente bajo el disfraz medicalizado de disturbios funcionales. Las disquinesias cólicas del niño pequeño expresan, para muchos, las consecuencias de modos de vida de los adultos. Comparten a pesar de ellos las presiones que inflige a sus padres la vida contemporánea mecanizada, impulsada hacia la eficacia y el rendimiento y, para resumir, encasillada en conductas operatorias que atropellan y esterilizan las relaciones.

Estos síndromes precoces suscitan, como ya lo veremos, enfrentamientos que uno querría saldados, a propósito de lo innato y lo adquirido, de la naturaleza y del medio, de lo orgánico y de lo psicológico. Sólo quiero seleccionar uno solo, como ejemplo: concierne a la fisiopatología, ante la que no puede permanecer ajena la comprensión psicosomática.

Se sabe desde hace mucho que las colopatías funcionales responden a fenómenos espasmódicos de disquinesis motriz. Las investigaciones actuales tienen que ver con el mecanismo íntimo que no ha sido dilucidado del todo y que parece situarse en el juego de los neuromediadores. Ahora bien, algunos esperan encontrar con estos descubrimientos la clave etiopatogénica de la enfermedad, en una confusión desgraciadamente muy extendida entre el *por qué* y el *cómo* de los fenómenos [10]. "El conocimiento de los neuromediadores ha permitido y permitirá conocer mecanismos complejos. La acción favorable de ciertos medicamentos sobre ciertos disturbios puede, en rigor, resaltar objetivos específicos, pero nada de esto permitirá sacar conclusiones acerca de la identidad entre la acción sobre estas perspectivas y la naturaleza de los disturbios observados" (Lebovici, comunicación oral).

EL SÍNDROME DE COLON IRRITABLE

Este apelativo es una adopción literal del título de las publicaciones anglosajonas a las que debemos los primeros estudios sistematizados del síndrome [6]. Su originalidad, sin embargo, no se les había escapado a los pediatras franceses: desde la década de los cincuenta, el profesor Lelong lo designaba en sus clases con el nombre de "diarrea motriz benigna del lactante" y prevenía contra los regímenes abusivos recomendando tratamientos simples y sobre todo una garantía para la familia. El desmembramiento ulterior de las diarreas crónicas del lactante debió echar un poco al olvido este síndrome, en favor de las intolerancias y de las malas absorciones intestinales, seguramente importantes pero relativamente escasas. El temor de las mismas no justificaba las hospitalizaciones y exámenes complementarios reiterados, en los que eran involucrados muchos niños y niñas afectados de colopatías benignas.

Descripción clínica

Definida como colopatía funcional no específica sin consecuencias en el aumento póndero-estatural, el síndrome de colon irritable representa la causa más frecuente de la aparición de diarreas crónicas en el niño pequeño. Navarro y colaboradores complementaron esta definición subrayando su curso evolutivo, de una longitud desesperante, y la poca eficacia de los tratamientos, causas de la permanencia de la angustia familiar y en consecuencia del disturbio [17]. Tomamos prestada una gran parte de su descripción efectuada a partir de 288 niños y niñas de menos de cuatro años, que se compara con los resultados de una revista analítica de esta bibliografía.

Según estos autores, la edad media de entrada en esta enfermedad es de siete meses, por lo tanto más temprano de lo que clásicamente se admitía (diarrea de los niños que empiezan a andar: *toddler diarrhea),* con una proporción de la mitad antes de seis meses y una fracción considerable al final del primer trimestre. El predominio masculino es claro. La diarrea es el elemento clínico constante. Ésta es a veces continua y otras, más frecuentes, intermitente, y con accesos de intensidad y de frecuencia muy variables. Salvo en los casos de segunda infección, las deposiciones son simplemente numerosas y poco formadas, con residuos alimentarios visibles, o reducidas durante algunos días a una sola emisión cotidiana, sorprendente por su volumen y su falta de consistencia. Los dolores abdominales son inconstantes.

El estado general y el aumento ponderal no se alteran. Algunos tienen incluso un peso superior al promedio. Ningún índice de carencia o desnutrición, salvo en el caso de restricciones alimentarias particularmente iatrógenas cuando se relacionan con las grasas. El niño permanece impetuoso y activo. Los progresos psicomotores no se ven afectados.

La evolución se hace por accesos, frecuentemente ritmados por factores desencadenantes que son múltiples y no específicos, aunque en ocasiones son precisos en un niño determinado. Las descripciones pediátricas ponen, por orden de importancia, las causas alimentarias, las infecciosas (rinofaringitis, otitis, sinusitis) y las psicológicas.

La frecuencia de las infecciones ORL (otorrinolaringológicas) es impresionante (162 veces de cada 288 en el estudio). Merecerían, creemos, ser estudiadas desde una perspectiva psicosomática en lugar de limitarse a la trivialidad de las causas desencadenantes de los accesos.

La tendencia regresiva espontánea en el cuarto año es un último elemento discriminativo. En el 80% de las observaciones, los síntomas digestivos terminaron por desaparecer completamente. Este elemento es fundamental cuando se conoce la importancia de los factores de angustia en la persistencia y en el desencadenamiento de los accesos evolutivos [17].

La etiopatogenia del síndrome está sometida a debates. Navarro y colaboradores optan por la suposición de una disquinesia cólica primaria, quizá constitucional, cuya activación es puesta en movimiento al producirse una agresión no específica inicial que precipitaría la entrada en la enfermedad. La frecuencia comprobada de un terreno atópico familiar plantea el problema de las interrelaciones entre el componente motriz y un mecanismo inmunoalérgico. Los elementos psicológicos caen dentro de la categoría de factores de estimulación motriz intestinal.

Los problemas patogénicos del colon irritable no están muy lejos de aquellos que debimos evocar para los cólicos del primer trimestre. El parentesco de estos síndromes ha sido abordado muchas veces. Davidson piensa que el cólico del lactante predispone a problemas gastrointestinales funcionales ulteriores [6]. Para Jorup, el 40% de los lactantes afectados de cólicos tiene más tarde diarreas y colitis espasmódicas dolorosas [11]. Pero estas correlaciones no son admitidas unánimemente.

El pequeño colópata y su entorno

La importancia de los factores emocionales y del ambiente familiar está abundantemente subrayada en la bibliografía pediátrica, pero sin grandes precisiones. El estudio psicosomático del colon irritable todavía está por hacerse. Nosotros, sin embargo, aportaremos algunas conclusiones obtenidas de una veintena de casos suficientemente explorados. Aquí sólo podemos encontrar algunas deducciones a modo de orientaciones generales.

Las condiciones traumáticas más evidentes afectan la relación en su continuidad y su coherencia. La colopatía diarreica del niño pequeño es con frecuencia la enfermedad de un cuidado mal efectuado. La discontinuidad afecta los vínculos o las personas: alternancias de los modos de custodia en intentos desafortunados bajo pretextos diversos: irregularidad de las personas que se ocupan del bebé en el transcurso de la semana o en el transcurso del día en los momentos sensibles de los cuidados. La incoherencia toma a veces un curso inesperado. Muchos casos están relacionados con niños que tenían una guarda intermitente "organizada" en dispositivos de auxilio transitorio.

Un niño de dos años nos fue traído a consulta por una diarrea que se prolongaba, cuyo inicio remontaba al octavo mes. Su pediatra nos lo mandaba asombrado por el nerviosismo del niño y su agitación, sueño difícil y caprichos alimentarios. Había sido hospitalizado dos veces por sospecha de una intolerancia alimentaria: y se habían intentado régimenes que no dieron resultado. Era criado por su madre, que no trabajaba, pero que lo había puesto desde el sexto mes en *halte-garderie* tres medios días por semana. Su elección se debía a un principio educativo extrañamente aplicado a los bebés pequeños y que aconsejaba ponerlos en contacto con niños de su edad "para desarrollar las capacidades de socialización". Bastó con una corrección de la situación para hacer desaparecer la diarrea en pocos días, y al mismo tiempo, las otitis repetidas que se desarrollaban periódicamente desde hacía meses.

Debemos hacer una campaña contra la moda que se expande en Francia de utilizar la *halte-garderie* como medio de cuidado regular para los niños pequeños. Ahí no

encuentran ni la continuidad de las puericultoras ni la permanencia de otros niños, como en una guardería habitual. La *halte-garderie* es un recurso bueno pero que no debe caer en mal uso.

Pero sería simplista reducir las condiciones patógenas a errores materiales que atañen al modo de vida del niño o de la niña.

Una niña de tres años se enfermó durante su segundo semestre luego de una gastroenteritis aguda. Este incidente infeccioso trivial había despertado en la madre un recuerdo doloroso: un hermano había muerto a los 8 años por una rectolitis hemorrágica y, peor aún, la perseguía la imagen de una visita al hospital en la que se había derrumbado sin conocimiento a la vista y el olor del enfermo. Esta imagen se le imponía con la insistencia repetitiva de una neurosis traumática en cada una de las diarreas de su pequeña y la hacía temer que se vaciara hasta la muerte.

Este fantasma de muerte por evacuación intestinal no es raro en tales circunstancias.

La consecuencia más evidente de la diarrea es la atención obsesiva que la familia pone en la función de evacuación, lo que introduce una desviación del sistema interactivo en detrimento de la calidad global de la investidura. Un momento crucial de la investigación psicosomática de estos niños es la evaluación de las posiciones personales de sus compañeros de interacción frente a los problemas de la analidad. Las garantías tranquilizadoras para los padres, preconizadas con toda razón por los pediatras, son con frecuencia inoperantes si no están fundamentadas en esta apreciación. Ésta revela grandes diferencias, desde las reacciones a las que todo padre está expuesto frente a una anomalía funcional, hasta las conductas obsesivas patológicas y patógenas. Algunas mujeres parecen no inquietarse demasiado por la enfermedad de su niño y molestarse en cambio por el retardo que el disturbio implica para la adquisición de hábitos de limpieza. Otras viven obsesionadas pensando en un mal irremediable.

Nuestros jóvenes colópatas exhiben una gran diversidad de comportamientos, aunque con alguna preponderancia de estructuras afectivas, analizadas desde el ángulo de vulnerabilidad psicosomática (cf. cap. 27). Otros ofrecían las características descritas en los jóvenes alérgicos: la familiaridad, la avidez de contacto con otros, la necesidad de captación del otro... Algunos de ellos reunían las características de los recién nacidos llamados "hipertónicos", observadas en los cólicos del primer trimestre –y que además se hicieron a veces presentes en su pasado, como ya se dijo. Todos sorprendían por su gran reactividad y su vulnerabilidad emocional, visible en el desencadenamiento de crisis diarreicas en situaciones de cambio o bajo la influencia de tensiones excesivas. El proceso psicológico de la somatización pertenece más frecuentemente al exceso de excitación que a la depresión.

El enfoque psicoterapéutico se incorpora a las técnicas de la consulta terapéutica empleadas en el psicosomática del lactante [14].

LOS CÓLICOS DEL PRIMER TRIMESTRE

Por su frecuencia en la práctica pediátrica corriente, por la pluralidad de puntos de vista etiológicos que se oponen y por el lugar que ocupa en el problema de los gritos y llantos del lactante, el síndrome de los cólicos de los primeros meses propone un modelo de reflexión acerca del sufrimiento en el niño pequeño, por lo que toca a sus interferencias somáticas, relacionales y psicológicas. Es, junto a los disturbios primarios del sueño, el modelo más precoz y el más habitual de una patología psicosomática que surge desde la aurora de la vida.

Los primeros estudios pediátricos son de origen norteamericano y fueron expuestos en 1956 en un simposio organizado alrededor de este síndrome [3, 4, 15, 22, 24, 26]. Desde entonces, las publicaciones no dejan de sucederse a un ritmo de varias por año. La bibliografía francesa ha permanecido silenciosa acerca del problema planteado por los llantos del recién nacido, pero sería injusto olvidar la singular intuición de C.-M. Billard (1828), ese joven médico tan rápidamente desaparecido del *Hospice des Enfants Trouvés,* quien describía precisamente al bebé con cólicos en su *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle* [1].

Spock, a quien debemos el nombre de "cólicos de los tres meses", y Spitz echaron las bases de una concepción psicológica de una verdad todavía actual [22, 24]. Reflexiones ulteriores le han aportado complementos y ajustes [12]. En este artículo sugeriremos propuestas acordes con las concepciones del Institut de Psychosomatique [14].

Descripción clínica

Los disturbios surgen poco después del nacimiento pero luego de un intervalo considerable que va de diez a veinte días; es decir, un poco después del regreso de la clínica donde se llevó a cabo el parto. El cuadro clínico podría resumirse en gritos, pero con connotaciones semiológicas importantes.

El horario tiene un predominio vespertino (cólicos de la tarde). Después de un principio de jornada tranquilo, los gritos se inician hacia la mitad o el fin de la tarde y duran horas; a veces incluyen parte de la noche. La ritmicidad es prandial. El biberón o el pecho se toman normalmente, seguidos de eructación, y el bebé comienza a adormecerse cuando, tras un intervalo de unos diez minutos, comienza a agitarse y a hacer gestos; luego se pone a gritar muchas veces hasta la próxima comida.

Los gritos se acompañan de una mímica y una agitación motriz elocuentes. "Algunos segundos antes de que se oigan los gritos, sale de su adormecimiento; el tronco se curva en contorsiones, los miembros se agitan: los muslos se doblan espasmódicamente sobre la pelvis, los puños se cierran y se llevan hacia la boca abierta de la cual escapan los primeros gritos taladrantes;

la cabeza se echa hacia atrás, los músculos de la cara expresan sufrimiento, la cara se congestiona más o menos. La intensidad del grito, variable entre un momento y otro, recuerda otros paroxismos más o menos similares; entre éstos hay pausas relativas o incluso absolutas, de algunos minutos a veces, durante las que el bebé se distiende, cierra los ojos, el sueño parece acercarse. El comportamiento de este bebé podría hacer pensar equivocadamente en un hambre imperiosa y dolorosa, si la proximidad de la comida no nos obligara a hablar más bien de seudo-hambre dolorosa. Se impone la idea de que ese bebé pasa por un sufrimiento paroxístico intenso, que se ubica muy probablemente en el tubo digestivo" [8]. Es frecuente percibir, aun a distancia, muchos borborigmos, seguidos de frecuentes emisiones de gas por el ano, a los que puede suceder un cierto apaciguamiento.

Durante las crisis, el bebé es inconsolable. Sin embargo, existen dos medios de aliviar su sufrimiento aunque sea pasajeramente. El más importante es la succión. Basta, en efecto, con ofrecerle un biberón lleno que acepta y succiona con avidez, para que cesen la agitación y los gritos..., cuando menos hasta el próximo acceso. Sucede a veces que la acción sedativa de la succión sea confundida con el apaciguamiento del hambre, lo que puede conducir a multiplicar desconsideradamente el número de comidas. El otro método es el arrullo, pero está dotado de un efecto calmante menos claro. Así, uno ve a las madres mover interminablemente la cuna o a los padres pasar horas relevándose en caminatas rítmicas alrededor del cuarto, con el bebé en los brazos, o salir y recorrer las calles hasta muy tarde en el automóvil o empujando la carriola.

Sin embargo, ninguna otra manifestación patológica aparece en el niño, impetuoso y despierto, y que crece velozmente. No vomita, sus deposiciones son normales, aunque a veces coexiste una pluridefecación con un ritmo prandial. Esta impresión de malestar digestivo conduce con demasiada frecuencia a la aplicación de regímenes tan variados como ineficaces, sin otro resultado que el de añadir a los disturbios iniciales desórdenes dispépticos secundarios.

Las reacciones de la madre y el entorno son moduladas según sus personalidades y circunstancias, desde una clara percepción del malestar del bebé y la inquietud comprensible que éste ocasiona, hasta la angustia patológica, los contrasentidos de interpretación, la pura negación del dolor y la impaciencia agresiva (los gritos paroxísticos figuran como causa y consecuencia de maltratos físicos).

Así, pasan días y semanas; la familia está literalmente con los nervios de punta cuando, hacia la edad de tres meses, todo vuelve a entrar en orden, casi de un día para otro.

Tal es el síndrome del cólico del primer trimestre, descrito en su evolución espontánea. Sus formas son variables en intensidad y duración. Su importancia se aprecia con base no sólo en la impresión de los padres –cuya subjetividad está sometida a una capacidad de tolerancia frente a los gritos y al sufrimiento de su niño–, sino con base en una vigilancia cuidadosa del ritmo nictemeral que incluye el comportamiento, los paroxismos y sus relaciones

referidas a las comidas y el sueño.

Las condiciones etiológicas generales se agregan a estas descripciones. Los cólicos del primer trimestre no existen, por decirlo así, en los medios colectivos de crianza (hospital o guardería). Lévine, cotejando los expedientes de 645 niños y niñas de cero a tres meses, criados en guardería, no encontró un solo caso auténtico [15].

Desde las primeras descripciones [26] se ha subrayado la electividad del disturbio en relación con un medio familiar y un compañero electivo para el niño, hasta llegar a proponer la separación; medio radical, pero cruel e inapropiado.

Ni el sexo ni el rango en la fratría intervienen de modo evidente. Los niños prematuros no están ni más ni menos expuestos que los otros, con la diferencia de que el disturbio aparece después del plazo correspondiente a la maduración.

La frecuencia del disturbio es alta, como lo demuestra la facilidad con que se le encuentra en las consultas pediátricas. Pero su evaluación está sometida a grandes diferencias, según los grupos observados y según los observadores.

El mecanismo fisiopatológico no ha recibido una explicación completa. El desencadenamiento prandial, la ritmicidad espasmódica, los borborigmos, la sedación en la evacuación de los gases intestinales, todo ello sugiere una localización intestinal y un mecanismo funcional espasmódico que tiene que ver con el colon [8, 10]. En apoyo a esta interpretación, las exploraciones manométricas han aportado la confirmación de un hiperperistaltismo cólico y de una hipertonía rectal que responden a medicamentos antiespasmódicos [11]. La aerocolia, sugerida por el meteorismo abdominal y verificada a veces por medio del examen radioscópico, es de frecuencia variable e incluso discutida [10]. Estos exámenes complementarios son superfluos en la práctica corriente.

Es evidente que el diagnóstico de cólicos no puede hacerse sin haber eliminado toda causa orgánica, en particular los síndromes de obstrucción intestinal. Esto no presenta grandes dificultades; éstas empiezan sobre todo con el problema del dolor y del síndrome de los gritos paroxísticos.

El dolor y los gritos

El cólico de los tres primeros meses plantea, de modo particularmente esclarecedor, el problema del dolor en el niño, del que Annie Gauvain-Piquard ha expuesto las dificultades de apreciación (cf. cap. 31).

Como sucede con cualquier algia del niño pequeño, la precisión cuantitativa y cualitativa del cólico es muy difícil. La succión y el arrullo son medios demasiado triviales para apaciguar la tensión y un sufrimiento a veces vivo. En otros tiempos se ofrecía al recién nacido un simple chupón como anestésico, durante una intervención de la estenosis del píloro. Esta acción nos demuestra

el poder defensivo de los medios autoeróticos en las situaciones de malestar.

Las dificultades de interpretación del dolor tienen que ver incluso con la definición misma del síndrome y el difícil problema para delimitarlo. Los pediatras norteamericanos lo han resuelto prácticamente. Siendo el grito la expresión dominante del síndrome, el problema principal que se plantea al clínico es saber si los gritos son excesivos en relación con la norma, sobre la base de estudios estadísticos, como el clásico estudio de Brazelton [2]. Se consideran como afectados de cólicos los bebés que gritan sin razón más de tres horas por día y más de tres días por semana [2] o cuya duración cotidiana de gritos es dos veces y media mayor que la de los grupos testigo [26].

El escepticismo de algunos observadores llega incluso a negar el dolor. Para Carey, quien considera el síndrome a la interesante luz de las condiciones interactivas anormales, "no existe ningún criterio objetivo de sufrimiento cólico, sólo cuentan los criterios de duración, de intensidad y de frecuencia de estos gritos". El término de cólico es inapropiado, dice él, y propone la denominación de "gritos primarios excesivos" [5].

Nosotros nos ponemos al lado de aquellos que atribuyen al síndrome la realidad de un sufrimiento visceral, vinculado a crisis espasmódicas del intestino terminal. Esta convicción incita a individualizar los cólicos entre un grupo más amplio de gritos excesivos y paroxísticos. Aunque numerosas condiciones etiológicas los unen, esta diferenciación es importante en una perspectiva psicosomática.

Los cólicos de los tres primeros meses podrían ser la forma más precoz de colopatía funcional. Esta suposición no surge de la pura teoría. En los antecedentes de niños o adolescentes que sufren de colon irritable o de otros problemas funcionales, se han podido establecer relaciones con antecedentes de cólicos precoces [21].

Las concepciones etiopatogénicas

El cólico de los tres primeros meses ha recibido numerosas explicaciones con frecuencia contradictorias. Las teorías de la intolerancia alimentaria y de la alergia que han sido defendidas se basan en una organicidad exclusiva. Ésta no ha dejado de ser llamada, en auxilio y apoyo de numerosos trabajos, desde las primeras descripciones [4] hasta las recientes [16]. Esta convicción no es tan firme frente a un desorden tan frecuente en los niños alimentados con el seno como en lo otros, y es sensible a las condiciones cambiantes y de resolución espontánea súbita al tercer mes. La intolerancia a la leche de vaca puede ciertamente provocar dolores abdominales, aunque acompañados de un síndrome digestivo que se aparta notablemente del cólico de la tarde [10]. De hecho, aun si los fenómenos alérgicos pudieran ser probados, sólo nos incitarían a iniciar una búsqueda psicosomática, como haríamos para el asma y el eczema.

Illingworth, el ardiente promotor de una medicación anticolinérgica, se apoya en la acción de esta droga para interesarse principalmente en el mecanismo del síndrome, que considera de naturaleza espasmódica, hasta que no se descubran mediadores neuroquímicos que, según él, nos darán la clave del problema etiológico [9]. Esta posición es típica de una confusión ya mencionada entre el "por qué" y el "cómo" de los fenómenos.

Spock y Spitz han sido los iniciadores de una concepción relacional del síndrome, que puede precisar los conocimientos actuales acerca de la capacidad del recién nacido y de las concepciones psicosomáticas contemporáneas.

La elucidación del desorden en una perspectiva psicosomática se basa en la investigación que, a lo largo de su desenvolvimiento, nos permite descubrir: 1] al niño en su doble vertiente médica y psicológica; 2] las características interactivas; 3] la personalidad de los participantes claves de la interacción: la madre (o su sustituto), el padre y el ambiente familiar y social [13, 14].

El niño

Muchos observadores se han sorprendido con las particularidades que aparecen en el bebé desde su nacimiento. El estado tónico de estos lactantes representa, según Spitz, la vertiente de la complacencia somática del síndrome. Los pediatras conocen bien esta cualidad de los bebés llamados hipertónicos, en razón de la intensidad de la hipertonía fisiológica y de la facilidad del surgimiento de reflejos arcaicos.

Existe una concepción de los cólicos del primer trimestre basada enteramente en la suposición de una participación del colon en esta tendencia tónica excesiva [26].

La aptitud de estos bebés se caracteriza por capacidades de una particular agudeza. Desde el nacimiento sorprenden por la presencia de su mirada y la vivacidad de las respuestas a las solicitaciones exteriores. La menor excitación cutánea, los ruidos, una movilización un poco brusca, desencadenan la motilidad y a veces agitación y gritos. Pasan sin transición del sueño al estado de vigilia, y ese sueño es frágil. Las capacidades de habituación (Brazelton) son reducidas.

Pero, por frecuentes que sean estas particularidades, no son ni constantes ni específicas. Así, las encontramos en otros desórdenes psicosomáticos precoces, como los disturbios del sueño, los vómitos funcionales o el colon irritable. Sin duda van aparejadas a una sensibilidad álgica aguda y a una expresión amplificada de las sensaciones y los afectos penosos.

Consideradas por lo general innatas, ¿no podrían tales particularidades estar inducidas por las condiciones interactivas precoces, como lo ha supuesto Fain [12], o incluso por las circunstancias del embarazo?

Con una frecuencia significativa, el insomnio primario, los cólicos y los gritos paroxísticos son el resultado de una gestación distinguida por una angustia, cuya cualidad e intensidad sobrepasan con mucho las inquietudes de

toda madre. Los bebés de estos embarazos conflictivos nacen con disposiciones de sensibilidad particular identificables: la hipertonía, el exceso de vigilancia y la gran receptividad a los estímulos exteriores [14].

Las influencias interactivas

Los cólicos del bebé pertenecen a la patología interactiva del exceso de excitación y de la incoherencia. La sobrecarga se localiza a veces en aspectos materiales flagrantes: un clima ruidoso y agitado, cuidados compartidos entre muchas personas, el bebé pasa de mano en mano entre la abuela y las hermanas o es sometido a variaciones de ritmo que atentan contra su quietud y la regularidad de los ritmos vitales. Pero con frecuencia la interacción es afectada sencillamente por desviaciones imaginarias y fantasmáticas.

Nicolás es un magnífico bebé de dos meses, alimentado con el pecho. Sufre de cólicos desde el regreso de la maternidad. Se han intentado numerosos medicamentos, y visto muchos médicos sin resultado. Interrogada sobre su embarazo, la madre revela una gran inquietud surgida luego de una ecografía en la que se emitieron dudas, frente a ella, acerca de la cabeza del embrión. Estas reflexiones habían despertado un pasado familiar hacía mucho enterrado: el deceso de un hermano mongólico cuando éste tenía tres o cuatro años.

El papel de la madre fue analizado desde las primeras descripciones psicológicas del síndrome. Spitz describe eso que denomina la solicitud angustiosa primaria, de la que desmonta los mecanismos inconscientes fuertemente impregnados de agresividad [23]. Spock describe una solicitud exagerada de sobreprotección [25]. Es cierto que la ansiedad de la madre es a veces flagrante y está al acecho de la menor reacción de su bebé: una mímica, un gesto, un gemido dan lugar a la preocupación. Toma al bebé frecuentemente en sus brazos, se despierta de noche y corre a la cuna para verificar si el niño respira. Pero sería simplista atribuir al síndrome un perfil materno específico. Un estudio monográfico de numerosos casos nos ha podido exponer la gran variedad de personalidades: desde la variación de la normalidad hasta las francas caracteropatías. Se pueden encontrar ejemplos de esto en *L'enfant et son corps* [12].

Estas dificultades forman parte del problema de las vicisitudes de la investidura materna. Aparecen con una gran claridad en las situaciones de investigación conjunta de la madre en contacto con un bebé afectado de malestar psicosomático. "La psicoterapia, e incluso las simples entrevistas con una madre inquieta, en la medida en la que le permitan recibir y percibir mejor las señales emitidas por su bebé, eliminando algunas defensas, hace que cierta información integre una mejor regulación de la homeóstasis del lactante; entonces desaparece el espasmo" (Soulé) [12].

Se ha hablado mucho acerca de las razones de la evolución espontáneamente regresiva al tercer mes, invocando la salida de la inmadurez neonatal, según los modelos, tanto biológicos –teorías de la inmadurez digestiva

[3]– como psicológicos (Spitz). No menos importante de entender es el acceso del otro a las capacidades de la maternidad.

Una perspectiva fecunda consiste en considerar los gritos paroxísticos y los cólicos del primer trimestre a la luz de una crisis del nacimiento, cuya evolución es obstaculizada por una falla en el ajuste entre un niño difícil y una mujer incómoda al poner en juego sus capacidades de joven madre; sin omitir la maduración del padre en cuanto a su papel y el de la familia entera por lo que toca a la recepción del recién llegado.

La orientaciones terapéuticas

El síndrome de los gritos paroxísticos ofrece un buen ejemplo de la acción curativa de una consulta conducida con un fin psicoterapéutico, paralelo al proceso diagnóstico. Un primer objetivo es el de liberar a la madre y a la familia de la idea de una enfermedad orgánica amenazante. Más que en afirmaciones perentorias, la garantía tranquilizadora se apoya en la paciencia para escuchar las dolencias de la madre y de los parientes, y en el cuidado aportado por el médico durante el examen clínico del bebé en su presencia. La multiplicación de investigaciones complementarias, lejos de tranquilizar el entorno, no hace sino confirmar el temor de una enfermedad no evidente.

Este primer proceso es insuficiente si no desemboca en la concientización de un malestar ligado a la vez a una sensibilidad particular del niño y a las condiciones ambientales, que tolera mal. Esta revelación no deja de tener riesgos por parte de una mujer en quien naciera la idea de que se pone en entredicho todo aquello que esté en relación con sus capacidades maternas.

Numerosos artículos sobre el cólico resumen la acción del pediatra en consejos bastante dogmáticos: información acerca de los gritos normales del lactante, la organización del régimen alimentario, el respeto de los ritmos individuales y del sueño, la satisfacción de necesidades de succión y de contacto y la eliminación de las causas de sobrestimulación: un ambiente ruidoso, la irregularidad del modo de vida, demasiadas personas a su alrededor... La importancia de estos consejos es evidente. Una modificación que no cueste mucho, pensada conjuntamente con los padres, puede ser suficiente para lograr un regreso a la calma. Pero a veces estas circunstancias aparentemente simples ocultan un malestar relacional, cuyo análisis revela cuánta es su complejidad.

La influencia comportamentalista fue la primera que abordó el síntoma. Para Taubman, por ejemplo, los cólicos provienen de un error de interpretación de los gritos normales del bebé, lo que produce respuestas inapropiadas por parte del grupo familiar [27]. Taubman invita a los padres a hacer un recuento diario de los gritos para entender mejor su sentido y para modificar el comportamiento de los mismos según el malestar expresado: hambre, sueño, necesidad de succión, de estimulación o de contacto corporal; o incluso para que respeten los gritos normales de los que todo bebé tiene necesidad. El autor se aparta deliberadamente de las motivaciones que han podido llevar a

los padres a cometer estos errores. Su modo de comprensión de los disturbios y las correcciones que hay que aportar se quedan en lo fenomenológico y comportamental con objetivos terapéuticos únicamente sintomáticos.

La utilización de medicamentos es discutida: rechazada por unos o sólo aceptada en calidad de placebo [18] y alabada por otros como único recurso [10], en particular la diciclomina hidroclórica, muy utilizada en los países anglosajones, pese a existir sobre ella ciertas reservas de toxicidad. Ésta no está comercializada en otros países. La gran crítica contra los medicamentos depende del punto de vista puramente sintomático que deja fuera la realidad del problema.

La acción psicoterapéutica es lo esencial del tratamiento. Contemporáneo al periodo neonatal, el síndrome es revelador de una crisis del nacimiento cuya resolución se efectúa mal, por falta de un acuerdo entre los compañeros de la díada, uno y otra desconcertados por sus reacciones recíprocas. La rapidez de esta acción es a veces sorprendente, en tanto que sea la adecuada. Se halla al alcance de la mayoría de los clínicos de la primera infancia, dotados de una formación psicológica enfocada a los bebés. Las indicaciones de una intervención especializada, psicológica o psiquiátrica, dependen menos de la intensidad del problema que de la gravedad de las incidencias familiares o mentales.

El cólico del primer trimestre es típico de una situación de crisis particularmente adaptada a la consulta terapéutica y a las psicoterapias breves entre padres e hijo(a). Veamos un ejemplo. Esta intensidad poco común reúne cólicos, un síndrome de gritos paroxísticos y un insomnio severo.

Una chiquita de cuatro meses nos había sido enviada por un pediatra del hospital por problemas de una intensidad tal que se sospechaba un daño cerebral. Los exámenes complementarios múltiples habían resultado negativos, y los intentos de medicación habían sido inoperantes. Desde el regreso de la maternidad, día tras día, se quedaba despierta desde el mediodía hasta las cuatro de la mañana, con periodos de agitación y de alaridos, sufría manifiestamente del vientre. En otros momentos eran gritos interrumpidos que estaban a punto de sofocarla. Sólo lograba dormirse durante la última parte de la noche, y también entonces su sueño estaba entrecortado por frecuentes despertares.

La madre hizo una larga y minuciosa descripción de los síntomas apoyándose en gráficas llevadas día a día. Era impresionante verla manipular a su bebita como si ésta estuviera desprovista de conciencia y de sensibilidad; sólo la movía la intención de calmarla, la ponía sobre el vientre, la apoyaba contra su hombro o se levantaba para pasearla. A medida que se desarrollaba la entrevista le hicimos notar varios índices del comportamiento y de la interacción que podrían con toda seguridad afirmar su integridad mental y para que la niña fuera poco a poco calmándose hasta dormirse. Mientras tanto fue evocado muchas veces un embarazo caracterizado por sucesos penosos que ella no precisaba. Supimos después que en el octavo mes de este embarazo había perdido a una hermana más joven en circunstancias particularmente dramáticas. Luego de esta muerte tuvo mucho miedo de un mal parto y se puso rígida, con la preocupación de proteger a su niño "encerrando su dolor", decía. Los disturbios disminuyeron rápidamente a partir del momento en que la joven mujer pudo empezar a elaborar su duelo [14].

BIBLIOGRAFÍA

[1] Billard, C.M., *Traité des maladies des enfants nouveau-nés et à la mamelle*, París, 1828.

[2] Brazelton, T.B., "Crying in infancy", en *Pediatrics*, 1962, 29: 579-588.

[3] Brennemann, J., "Breast feeding and mixed feeding", en *Practice of Pediatrics*, 1943, I, cap. 25.

[4] Bruce, J.W., "Infantile colic", en *Pediatr. Clinic. North. Amer.*, 1961, 8, 143-145.

[5] Carey, W.B., "'Colic'. Primary excessive crying as an infant environment interaction", en *Pediatr. Clinic. North. Amer.*, 1984, 5: 993-1005.

[6] Davidson, M., y R. Wassermann "The irritable colon of childhood (Chronic non specific diarrhea syndrom)", en *J. Pediatr.*, 1966, 69: 1027-1038.

[7] Davidson, M., "Paroxysmal fussing", en *Pediatrics*, A.M. Rudolph (comp.), Nueva York, Appleton Century Crafts, 1977.

[8] Hennequet, A., "Le problème des cris paroxystiques chez le nourrisson ou les coliques idiopathiques du premier trimestre", en *Concours médical*, 1959, II, 7: 521-529.

[9] Illingworth, R.S., "Evening colic in infant. A double-blind trial of dicyclomine hydrochoride", en *Lancet*, 1959, 2, I: 1119-1120.

[10] Illingworth, R.S., "Infantile colic revisited", en *Arch. Dis. Child.*, 1985, 60: 981-985.

[11] Jorup, S., "Colonic hyperperistaltism in neuro-labile infant", en *Acta Paediatrica*, 1952, Suppl. 85, I: 110.

[12] Kreisler, L., M. Fain y M. Soulé, "Coliques des trois premiers mois", en *L'enfant et son corps*, París, PUF, 1987, pp. 45-71.

[13] Kreisler, L., *El niño psicosomático*, Buenos Aires, Abril, 1981.

[14] Kreisler, L., *Le nouvel enfant du désordre psychosomatique*, véase "Douleurs abdominales récurrentes", 87-90. "La consultation thérapeutique en psychosomatique du nourrisson", 283-291. "Bébés de mères endeuillées", 293-299. Toulouse, Privat, 1987.

[15] Levine, M. y A. Bell, "The treatment of colic in infant by use of the pacifier", en *Pediatrics*, 1950, 32.

[16] Lothe, I., T. Lindberg y I. Jakobson, "Cow's milk formula as a cause of infantile colic", en *Pediatrics*, 1982, 70: 7-10.

[17] Novarro, J., J.-L. Charritat y J.-P. Cezard, "Le syndrome du côlon irritable. À propos de 352 observations", en *Journées parisiennes de pédiatrie*, París, Flammarion, 1982, pp. 307-314.

[18] O'Donovan, J.C. y A.S. Bradstock, "The failure of conventional drug therapy in the management of infantile colic", en *Am. J. Dis. Child.*, 1979, 133: 999-1001.

[19] Paradise, J., "Maternal and other factors in the actiology of infantile colic", en *JAMA*, 1966, 197: 191-199.

[20] Rolland, J.-C., y C. Maurage, "Diarrhée chronique aspécifique de l'enfant en *Rev. Med. Tours.*, 1981, 15: 163-168.

[21] Savilahti, F. y O. Simell, "Chronic non specific diarrhea", *Arch. Dis. Child.*, 1985, 60: 452-456.

[22] Spitz, R.A., "The psychogenic diseases in infancy", en *Psychoan. Study Child.*, 1961, 6: 255-275.

[23] Spitz, R.A., *El primer año de vida del niño*, París, PUF, 1958.

[24] Spock, B., "Etiological factors in hypertrophic pyloric stenosis and infantile colic", en *Psychosom. Med.*, 1944, 6: 162-165.

[25] Spock, B., *The common sense book of baby and child care*. Traducción francesa *Comment soigner et éduquer son enfant*, París, Marabout, 1976. [*Tu hijo*, Buenos Aires, Vergara, 1990.]

[26] "Symposium on Colics", en *Pediatrics*, 1956, 18: 5.

[27] Taubman, B., "Clinical trial of the treatment of colic by modification of parent-enfant interaction", en *Pediatrics*, 1984, 74, 6: 998-1003.

[28] Wessel, M.A., S.C. Cobb y E.B. Jackson, "Paroxysmal fussing in infancy sometimes called colic", en *Pediatrics*, 1954, 14: 412-424.

31. EL DOLOR Y EL BEBÉ

ANNIE GAUVAIN-PIQUARD

¿El dolor de los bebés? He aquí algo que hasta hace poco no era objeto de un título serio, esto a pesar de los gritos considerados como inevitables durante lo cuidados que se dan a los lactantes. Lo cierto es que de tiempo atrás se ha considerado que el pequeñito sufría menos con los dolores que el adulto [12], opinión reforzada ante la aparente rapidez de recuperación del niño pequeño después de un esfuerzo físico y de su supuesto olvido.

Esto hace referencia implícitamente a una imagen del niño concebido como un adulto no terminado, cuyo sistema nervioso central está todavía demasiado inmaduro para recibir el mensaje propioceptivo y registrarlo. Han sido necesarios los hallazgos recientes sobre las capacidades de los muy pequeñitos para revisar esta opinión y abrir un debate sobre la vivencia dolorosa del bebé. Cabe esperar que se tomen más en cuenta estas vivencias y el desarrollo de tratamiento antálgicos para los bebés.

¿EL BEBÉ SIENTE DOLOR?

La pregunta merece plantearse porque los medios pediátricos han respondido a ella desde hace mucho con la negativa [17]. ¿No se practicaban todavía muy recientemente intervenciones menores de cirugía infantil en lactantes sin anestesia (hernias inguinales, estenosis del píloro, circuncisión) porque la contención era fácil?

¿Qué es el dolor?

La definición del dolor ha variado mucho, de acuerdo con las influencias filosóficas, entre un polo puramente propioceptivo (el dolor sería entonces comparable a una cierta cantidad de neurotrasmisores) y un polo afectivo (el dolor sería una cualidad particular de la sensación).

El descubrimiento de una vía específica para la conducción del influjo propioceptivo, pero también el descubrimiento de los controles de éste (entradas de control medular, endorfinas cerebrales, haces inhibidores descendentes) y de sus estrechas conexiones con el sistema límbico y la retícula, así como el progreso de la psicología del dolor, han hecho que se proponga una nueva definición "El dolor es una experiencia sensorial y emocional desagradable,

asociada a un daño real o virtual del tejido, o descrito en cuanto a un tal daño" [13]. Esta definición sitúa al dolor como una experiencia radicalmente subjetiva, pero relacionada con una sensación corporal desagradable que puede corresponder, o no, a una lesión. Comprender el dolor del otro es algo que sólo puede realizarse por medio de la comunicación.

Reacciones del lactante a la propiocepción

Un recién nacido a quien uno pica en el talón para obtener una muestra de sangre da un grito intenso y presenta una clara aceleración de su frecuencia cardiaca, mucho más brusca que aquella que acompaña los estados de atención [15]. Según la definición que hemos dado aquí arriba, estos datos bastan para hablar de dolor en el recién nacido. Coinciden con el punto de vista ontogenético: la expresión de una angustia en respuesta a una lesión en el tejido es esencial para la supervivencia del bebé [14].

De hecho, la percepción del dolor podría incluso existir antes del nacimiento: el feto picado accidentalmente durante una amniocentesis presenta, en la ecografía, un movimiento brusco de retracción. Se han dedicado muy pocos estudios al desarrollo de las reacciones ante el dolor en el niño pequeño. Daremos aquí sólo unos puntos indicadores.

A las pocas semanas de nacido, el lactante a quien se le ha puesto una inyección, después de una cierta latencia se retuerce, y lanza un grito de sorpresa y asombro, seguido de un llanto de rabia y luego de angustia. No existe todavía una reacción de orientación hacia la parte dolorosa del cuerpo. A partir del año, y a veces un poco antes, el niño sigue con lo ojos a la enfermera y anticipa, por una rigidez del cuerpo, la inyección. Intenta protegerse empujando la mano de ésta. Esto podría indicar una memorización de inyecciones precedentes [10].

Independientemente de estas reacciones a los dolores provocados, a partir de la edad de ocho meses un lactante se lleva la mano a la oreja o a la cabeza en caso de otitis o de cefalea. A la edad de dieciséis meses, lo hace a uno comprender después de una caída dónde se lastimó.

Los mecanismos de control del dolor en el lactante

El adulto que tiene dolor dispone de medios psicológicos de lucha contra éste, cuyos mecanismos serían la estimulación de sistemas inhibitorios del influjo propioceptivo, principalmente la secreción de las endorfinas, una especie de morfina natural.

El sujeto que siente dolor puede también remitirse a su experiencia personal de dolores análogos y decirse que ya va a pasar. Puede pedir una cita con el especialista adecuado, y sabemos el valor analgésico que tiene el simple

llamado al dentista. Puede decidir no pensar más en ello y buscar distraerse. Puede incluso hablar de su malestar y así integrarlo a su historia personal. Pero el lactante no puede beneficiarse de ninguno de estos mecanismos.

Además de la ausencia de estos métodos de defensa de naturaleza psicológica, parecería que el sistema inhibidor endorfínico del mismo lactante es poco funcional: los receptores de endorfinas son poco numerosos en el nacimiento y se conforman progresivamente. Esto podría explicar el fracaso comprobado de los suministros de morfina por vía peridural en el lactante (doctor Meignier).

Así, el niño de pecho parece particularmente indefenso frente a la irrupción del dolor.

¿Cuándo puede el lactante sentir dolor?

Encontrarse con el dolor es ineluctable en la vida de un lactante: ya se trate de dolores resultantes de las imperfecciones del cuidado (ropa mal puesta, alfiler que se abre, collar de la madre que lo rasguña), del crecimiento (los dientes), de las inyecciones de vacunas o de las caídas durante el aprendizaje de la posición sentada y luego para caminar.

La mayor parte de los lactantes lo encuentra igualmente durante episodios somáticos benignos, cólicos, rozadura, otitis, forman parte de los sucesos triviales de la primera infancia. Pero un cierto número de bebés se encuentra sometido a tratamientos dolorosos más importantes: reanimación neonatal, tratamientos ortopédicos, quemaduras, hipertensiones intracraneanas, enfermedades somáticas graves.

Conviene poner aparte un síndrome que se resume en algunas manifestaciones que hacen pensar en dolores: los cólicos del primer trimestre de la vida, que fueron abordados largamente en el capítulo anterior.

¿QUÉ SIENTE EL BEBÉ QUE TIENE DOLOR?

El dolor es un estado de molestia, relacionado con una sensación corporal desagradable: la imagen del cuerpo participa según la manera en que se integre el dolor. En otro plano, para poder decir o pensar "me duele", hay que poder decir o pensar "yo". El dolor, para ser percibido psíquicamente como tal, debe serlo con un cierto grado de exterioridad, de extrañeza con relación al yo.

Ahora bien, el bebé no distingue entre el interior y el exterior de sí mismo, él (o ella) y su madre forman un todo, sellado por la ilusión de poderlo todo. Parece pues que para él la percepción propioceptiva se integra esencialmente en el plano psíquico como una ruptura del estado de bienestar.

Así, Anna Freud piensa que a esta edad cualquier tensión, necesidad o

frustración es experimentada probablemente como dolor, sin hacer una distinción real entre la experiencia difusa de incomodidad y la experiencia precisa y localizada de una fuente de dolor [5]. El dolor sería comparable a cualquier otro estímulo demasiado fuerte y por tanto se parecería a la definición dada por Freud [6].

Cambier y sus colaboradores atribuyen este estado a un nivel de integración subcortical mesencefálico [4]. "El dolor correspondería a una sensación mal definida espaciotemporalmente, que desencadenaría reacciones globales cuyo propósito sería la protección de todo el organismo." Las primeras experiencias del dolor, experimentadas con una cierta confusión al principio, se irían inscribiendo poco a poco en las interacciones con las respuestas de la madre.

Es esta indiferenciación de la sensación dolorosa (supuesta pero todavía no demostrada) lo que en parte podría explicar las dificultades para reconocer el dolor en el bebé: su expresión es común a la de otras incomodidades y es dependiente de la situación del lactante: el grado de tolerancia es inferior en un bebé que tiene hambre y está en una mesa, que en aquél que está tranquilamente en los brazos de su madre. Por eso ella se confunde frecuentemente con las emociones del bebé.

Sólo poco a poco el bebé va percibiendo su cuerpo y los límites del mismo. Paralelamente, su madre da sentido a lo experimentado por el bebé. Probablemente existen grandes variaciones respecto de la manera en que una madre responde a las señales de dolor de su bebé y deja percibir su propio sentir. Entre la simple identificación que permite los cuidados adaptados y la proyección máxima, existe toda una gama de actitudes maternas que participan en el desarrollo no sólo de una expresión de dolor en el niño, sino también de una cierta modalidad de experiencia de este dolor. Y opuestamente ¿qué le sucede al bebé si la madre no percibe su dolor?

¿QUÉ DEFENSAS ADOPTAN LOS BEBÉS CONTRA EL DOLOR?

Ya hemos visto que los bebés son muy inermes, por lo que toca al control y al dominio del dolor. Para sobrevivir a episodios dolorosos deben recurrir a defensas arcaicas y toscas. Parece posible describir dos de éstas. El primer modo de defensa, muy primitivo, es idéntico a la respuesta ante un estímulo demasiado fuerte: el regreso a un estado de hipovigilancia, verdadero blindaje activo. Éste puede ser frecuente en bebés atacados por dolores permanentes. Este retraimiento de valor analgésico se hará sin embargo en detrimento del lactante: al no manifestar más su malestar, no se le reconocerá ninguna indisposición. También afecta su vida relacional, de la que ahora tiene más necesidad que de costumbre. Anotemos que Burton y colaboradores describieron un caso de coma inducido por el dolor de un lactante en el transcurso de su primer

ataque de glaucoma [3]. Por nuestra parte, pensamos haber descubierto casos similares, particularmente en pequeños afectados de neuroblastoma metastásico. El segundo modo de defensa es la proyección hacia el objeto externo, a quien entonces se atribuye el origen del sufrimiento. "Los niños pueden atribuir indistintamente al objeto externo o interno cualquier suceso que se produzca en el interior del cuerpo o cualquier daño que tenga que ver con el cuerpo", juzga Anna Freud [5]. La consecuencia de esto es que el bebé puede llegar a mostrarse indiferente e incluso hostil frente a su entorno, y particularmente frente a su madre. A cargo de ésta queda el tratar de no hacer caso de ello y seguir siendo una madre "lo suficientemente buena". Poco a poco, con la adquisición de la autonomía y el desarrollo de su psique, el pequeño adquiere la capacidad para controlar el dolor y hacer menos sistemático el recurso a estos modos arcaicos de defensa. Sobre todo, después del episodio de dolor, el niño pequeño busca reparar esta brecha en su interior. Gutton describe tres procesos utilizados por el niño(a) [7, 8]: la identificación con el agresor, muchas veces acentuada por el juego de la jeringa, el acceso a la simbolización (el niño da un sentido a su historia) y la aportación libidinal del entorno. Alby y colaboradores añaden a esto la bipartición de las relaciones, lo que implica una alianza con el personal que lo cuida y un comportamiento regresivo con la madre, así como la ritualización y el bloqueo de la vida fantasmática [2].

¿CÓMO RECONOCER EL DOLOR DEL BEBÉ?

El comportamiento general del niño

El bebé expresa, con el conjunto de su comportamiento, su sentimiento de molestia o malestar. La expresión es diferente según el tipo de dolor.

Los dolores agudos. Son de aparición muy rápida y cesan en algunas decenas de minutos. La sintomatología principal la representan el llanto y la agitación, que no ceden frente a las "recetas" acostumbradas (mimos, biberón de agua endulzada, chupón, etc.). Una cierta nota de hostilidad es muy significativa: después de haber querido ser tomado en brazos, el bebé continúa agitándose y no se acurruca como de ordinario. Su cuerpo no se distiende y rehúsa el apoyo confiado. Izard y colaboradores parecen haber demostrado que la expresión facial del lactante es específica del dolor, y se diferencia de la expresión de cólera [9].

Esta expresión de dolor depende mucho, en su intensidad, de la imagen preexistente de la madre. ¡Algunos lactantes que sufren de dolores moderados pueden calmarse completamente en los brazos de su madre!

Los dolores de larga duración. Éstos imponen al bebé una adaptación a su estado, adaptación tanto más rápida cuanto más joven es el lactante: no se

puede gritar durante horas y horas sin riesgo de agotamiento. Las señales son entonces una reducción de la actividad motriz espontánea global, cercana a la disminución de la depresión del adulto [20], un empobrecimiento de los intercambios con el mundo exterior y, además, hostilidad. Se trata de esos bebés que duermen o están muy somnolientos y pueden no reaccionar en absoluto durante curaciones dolorosas [18].

Los dolores debidos a exploraciones médicas y curaciones. Las reacciones de los pequeños ante ciertas circunstancias (toma de sangre, etc.) son bien conocidas: los servicios de pediatría truenan de gritos y los equipos temen esas sesiones en las que son necesarias muchas personas para sujetar al pequeño. De hecho, se trata en esos casos de manifestaciones no de dolor sino de angustia de tipo fóbico, cuyo valor analgésico no hay que subestimar [21].

Los comportamientos específicos del dolor

Éstos aparecen progresivamente con la maduración neurológica y la aparición de la autonomía, mientras que las respuestas reflejas se difuminan: las posiciones antálgicas se buscan en el descanso (espontáneamente, el bebé se pone en una posición acostumbrada) y durante su gesticulación espontánea; las reacciones durante la movilización o el palpamiento de la zona dolorosa; la localización de la zona dolorosa mediante gestos de la mano.

Más tarde, hacia los dos años, aparecen los comportamientos de protección de la zona dolorosa y las quejas verbales, cuya confiabilidad se relaciona a la intencionalidad puesta por el niño en su queja.

¿MEDIR EL DOLOR DEL BEBÉ?

Desde luego, medir el dolor es un sinsentido. Lo más que se puede hacer es tratar de evaluarlo según la expresión que tenga.

Las medidas fisiológicas

Una aceleración del pulso, una elevación de la tensión arterial, un aumento de la frecuencia respiratoria, una dilatación de las pupilas o la elevación de la temperatura corporal, son los síntomas que se describen cuando surge un episodio de dolor agudo. Estos parámetros tienen la ventaja de ser fácilmente mensurables. Pero se han mostrado muy poco específicos, pues aquello que los causa puede ser tanto el miedo como la irritación [1, 19].

El análisis espectrográfico del llanto

El llanto es la señal más frecuentemente mencionada en las descripciones de niños con dolor. Su principal objetivo es el de suscitar la emoción de los padres. Se han efectuado muchas investigaciones acerca del carácter, para el análisis espectrográfico, del llanto. Parece surgir un consenso [14]: no existe una diferencia estable cualitativa entre los gritos de cólera, de hambre y de dolor. Esto ha sido confirmado igualmente por tentativas de discriminación mediante el oído humano. La diferencia entre el llanto de dolor y otros sería puramente cuantitativa: los gritos de dolor duran más y son más fuertes. De hecho, el llanto sería una señal graduada que depende sólo del nivel de motivación del lactante, es decir de su nivel de desamparo.

La heteroevaluación global e intuitiva

El médico o la enfermera del bebé, luego de pasar un tiempo con él, dicen "algo le duele" o bien "no le duele nada": se trata de una heteroevaluación global e intuitiva. Ésta, luego de un estudio efectuado, se reveló muy poco sensitiva y poco concordante [16]. Los resultados reflejan la dificultad para reconocer el dolor de los niños de pecho.

Las escalas de observación del comportamiento del lactante están todavía por realizarse. Sólo McGrath ha intentado una elaboración de tal escala para los niños de uno a cinco años en salas de recuperación [11].

EL ENTORNO DEL BEBÉ QUE SUFRE

En el hospital

Es seguro que la enfermedad del lactante, y más específicamente su dolor, lastima a los padres, quienes se encuentran reducidos a una situación de impotencia. Además, todo ello reaviva la culpabilidad ligada a la agresividad que existe en todo padre o madre frente a su hijo. Este examen de su propia imagen de padres, que puede ayudar y proteger a su bebé, es reforzado al mismo tiempo por las proyecciones negativas que el bebé hace sobre ellos y su hostilidad, por una parte, y por la "desposesión" de su niño que representa el recurrir a las estructuras médicas, por la otra. Es el caso de estos padres que no pueden evitarle a su hijo el sufrimiento y, encima de eso, son suplantados y alejados de él o ella por la capacidad del personal médico. Ésta es probablemente una de las explicaciones que frecuentemente niega el dolor de los pequeños, incluso de parte de los padres, particularmente, cuando hay patologías severas.

En la casa

Las manifestaciones del dolor del bebé son una agresión a los padres y la calma a la que aspiran. Es este sentimiento de persecución ("es un capricho") lo que éstos deben poder superar para reconocer el dolor de su bebé, al mismo tiempo que deben reconocerle una autonomía de sujeto: él o ella sienten alguna cosa que ellos no pueden sentir.

Algunos dolores pueden ser enfrentados por los jóvenes padres, con la ayuda de su propio entorno, gracias a las recetas culturales trasmitidas: el azúcar para los dolores dentales y el aceite caliente para las otitis son ejemplos de esto. Pero la inquietud de no poder calmar al bebé, el miedo de que lo que tiene sea grave, la fiebre, pueden hacer que se incremente la angustia, a veces de manera irracional, y hacer que se recurra a la institución médica.

Nunca se insistirá lo suficiente acerca de las graves perturbaciones que se implican en las relaciones precoces con los dolores repetidos del lactante que no son diagnosticados (inicio de glaucoma, reflujo gastroesofágico, hernias con estrangulamientos espontáneamente resolutivos, etc.) La madre se confronta entonces con un sufrimiento de su bebé al que no puede darle sentido.

AYUDAR AL BEBÉ QUE SUFRE

En los primeros meses, el nivel de tolerancia al dolor es probablemente bajo, y las sensaciones dolorosas se convierten pronto en traumatismos. La respuesta del bebé no es una buena indicación de la impresión causada por el dolor [5].

Esto refleja en qué medida el bebé que tiene dolor debe ser aliviado, lo que es posible ahora gracias al arsenal del que dispone la medicina contra el dolor. Pero también tiene necesidad de ser atendido. La presencia de la madre en el transcurso de los actos dolorosos es de una importancia capital, aun si el bebé no parece por ello tranquilizarse. El arrullo, las caricias en los brazos, la posibilidad de que fije la atención en un juguete, son otros tantos medios para ayudarlo a franquear el episodio de dolor.

Más tarde, en el niño pequeño, las técnicas de control del dolor se vuelven utilizables: la distracción, el apósito sobre la pequeña herida, las explicaciones, son otros tantos medios reales de ayuda a la analgesia.

Pero, hay que repetirlo, el lactante que tiene un dolor tiene necesidad, sobre todo, de que su entorno no deje de ser "lo suficientemente bueno", a pesar de sus proyecciones negativas, de que lo compense con un aporte libidinal, jugando y compartiendo con él el placer.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Abu-Saad, H., "Assessing children's responses to pain" en *Pain,* 1984, 19: 163-171.

[2] Alby, N. y D. Alby, "L'intervention psychologique dans un centre de recherche et de traitement d'hématologie", en *Psychiatrie de l'Enfant,* 1974, 14: 465-504.

[3] Burton, I.F. y A. J. Derbyshire, "Sleeping fit caused by excruciation pain in an infant", en *J. Dis. Child.,* 1958, 95: 258-260.

[4] Cambier, J. y Ph. Bovier, "Douleur et habitation corporelle", en *Evolution psychiatrique,* 1982, 47: 1033-1044.

[5] Freud, A., "The role of bodily illness in the mental life of children", en *The Psychoanalytic Study of the Child.,* 1952, 7: 69-81.

[6] Freud, S., "Proyecto de psicología", en *Obras completas,* vol. I, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.

[7] Gutton, P., "L'enfant et sa souffrance", en *Psychologie médical,* 1975, 7: 1469-1492.

[8] Gutton, P., "À propos du travail de la souffrance de l'enfant", en *Psychanalyse a l'Université,* 1979, junio: 435-444.

[9] Izard, C.E., E.A. Hembree y L.M Dougherty, *et. al.,* "Changes in facial expression of 2 to 19 month old infants following acute pain", en *Develop. Psych.,* 1983, 19: 418-426.

[10] Levy, D.M., "The infant's earliest memory of inoculation: A contribution to public health procedures", en *J. of Genetic. Psychol.,* 1960, 96: 3: 46.

[11] McGrath, P.J., G. Johnson, J.J. Goodman y J. Schillinger, "The development and validation of a behavioral pain scale for children: The children's hospital of Eastern Ontario pain scale", en *Pain. Suppl.* 1984, 2: 25.

[12] Mason, D., "An investigation of the influences of selected factors on nurses inferences of patient suffering", en *International Journal of Nursing Studies,* 1981, 18: 251-259.

[13] Merskey, H., "Pain terms: A list with definitions and notes on usage", en *Pain,* 1979, 6: 249-252.

[14] Owens, M.E., "Pain in infancy: Conceptual and methodological issues", en *Pain,* 1984, 20: 213-230.

[15] Owens, M.E. y E.H. Todt, "Pain in infancy: Neo-natal reaction to a heel lance", en *Pain,* 1984, 20: 77-86.

[16] Pichard-Leandri, E. y A. Gauvain-Piquard, *La douleur chez l'enfant,* París, Medsi, McGraw-Hill, 1989.

[17] Poznanski, E.O., "Children's reactions to pain: A psychiatric's perspective", en *Clinical Pediatrics* (Filadelfia), 1976, 15: 1114-1119.

[18] Stoddard, F.J., "Coping with pain: A developmental approach to treatment of burned children", en *Am. J. Psychiatry,* 1982, 139: 736-740.

[19] Whaley, L. y D. Wong, *Nursing care of infants and children,* St. Louis, C.V. Mosby Co., 1983.

[20] Widlöcher, D., *Le ralentissement dépressif,* París, PUF, 1984, 95 pp.

[21] Willer, J.-C., H. Dehen y J. Cambier, "Analgésie provoquée par le stress", en *La Nouvelle Presse Médicale,* 1982, II: 1389-1391.

32. LOS PROBLEMAS DE LA VISIÓN Y LA PSICOPATOLOGÍA DEL BEBÉ

DORIS M. WILLS

Este artículo debe mucho a los enriquecedores estudios de Selma Fraiberg, especialmente en lo que se refiere a las normas de edad que han surgido del estudio que ella hizo con sus colaboradores en diez niños ciegos o ambliopes de 0 a 3 años, en quienes no había surgido ninguna anomalía neurológica o que dependiera de cualquier otro sistema fisiológico [6]. Claro que la prudencia se impone cuando se trata de ampliar los resultados obtenidos a partir de un grupo tan pequeño de niños sin otro impedimento hacia el total de la franja de niños ciegos con el que nosotros trabajamos; pero es difícil construir un grupo de niños ciegos que no presente otros disturbios, y un grupo así constituye una base empírica para estudiar las consecuencias de la ceguera en el desarrollo, independientemente de otros déficit o disfuncionamientos. Si extendemos los resultados obtenidos por Fraiberg en su grupo de niños al grupo de niños con el que nosotros trabajamos,[1] debemos tener en mente que éstos sufren quizá un padecimiento neurológico y disturbios fisiológicos, y que, fuera de un programa de investigación definido, no hubiera sido razonable someterlos a los exámenes necesarios, que sabemos son tan molestos para todos los niños pequeños. Igualmente nuestros niños se hallarán quizá fuera de las normas de edad de Fraiberg. Existen otras escalas de desarrollo en inglés que implican también normas de edad, pero se apoyan en franjas más amplias y por ello más heterogéneas que la de Fraiberg [9, 11].

Todos los niños citados en este trabajo estaban ciegos en la edad escolar, es decir que habían tenido que aprender el Braille para estudiar; todos tenían una inteligencia normal, a excepción de aquellos que se indicarán en el texto.

LOS EFECTOS ACUMULATIVOS DE LA CEGUERA EN EL DESARROLLO PRECOZ

Se dice con frecuencia que un niño ciego no es más que un niño vidente desprovisto de un sentido; puede ser importante recordarlo a veces. Pero la pregunta que se plantea es: ¿cómo va a afectar el conjunto del desarrollo la pér-

[1] El grupo de estudios sobre los niños ciegos ha sido dirigido durante cerca de 20 años por la señora Dorothy Burlingham en la Hampstead Child Therapy Clinic (hoy el Centre Anna Freud). Fue financiado por la Fundación Grant de Nueva York y el National Institute of Mental Health de Bethesda, Maryland. Agradezco a todos los miembros de este grupo haberme permitido consultar su material.

dida de un sentido tan capital? Su efecto será acumulativo, debido a que el retardo o la modificación de una fase repercute en la fase siguiente. El niño ciego, por ejemplo, lleva un retardo por lo que se refiere a la investigación de los objetos situados a su alrededor, puesto que sólo puede efectuarla a partir de índices sonoros. Es por esto por lo que presenta un gran retraso en cuanto a hacer consciente la existencia permanente de su madre en tanto que persona separada. Como Fraiberg lo expone en su estudio [5], lo más tempranamente que logra esto es a la edad de 25 meses, mientras que los niños videntes lo adquieren entre los 9 y 25 meses [5, p. 176]. La manera en la que aprehende a sus personajes familiares y al mundo que lo rodea –eso que podríamos llamar su mundo representacional– es extremadamente vaga durante un periodo peligrosamente largo. En este mismo artículo, Fraiberg sugiere que el retardo en cuanto a la conciencia de la separación y al establecimiento de la permanencia de la madre en el niño ciego, condiciona a su vez el uso tardío del "yo", como pronombre, y por tanto la aptitud para utilizar un osito o una muñeca para representarse a sí mismo en un juego. Así, antes de este estadio, una pequeñita a la que se le da una camita de muñeca va a tratar de meterse ahí ella misma. El niño ciego tiene así que aprender mucho con la ayuda de sus padres, sobre todo de su madre, pues en la mayoría de los estadios del desarrollo se encuentra menos avanzado que sus pares videntes.

Desde el punto de vista del psicoanálisis, pensamos que al nacer el niño vidente está desde el principio preocupado por su cuerpo y luego por el de su madre. Este periodo es casi inmediatamente seguido de otro, en el transcurso del cual su interés se dirige hacia el mundo exterior porque la visión hace a este último muy atractivo. El niño ciego manifiesta el mismo interés al principio; está preocupado por su cuerpo y por el de su madre, pero el movimiento siguiente es menos rápido debido a que los sonidos no parecen ejercer una atracción tan fuerte y, en todo caso, no son portadores de una significación tan grande. La madre deberá ser la intermediaria de su experiencia vivida. El niño va a interesarse en las cosas que están estrechamente asociadas con él, y en las que ella lo va a iniciar. Luego, si todo va bien, su interés se va a dirigir poco a poco hacia otras personas y otras cosas con las que está asociado. Toda separación súbita con las personas familiares o todo cambio de ambiente, a los que el niño vidente se enfrenta con relativa facilidad, pueden ser en él una causa de máximo retraimiento y de regresiones. De hecho, con frecuencia se tiene la impresión de que ciertos niños ciegos no han emergido jamás de sus regresiones, y que la pobreza de su desarrollo ulterior ha sido demasiado fácilmente atribuida –equivocadamente– a lesiones orgánicas de las que nunca ha sido posible aportar pruebas.

Se trata de una visión de conjunto de algunas de las muchas suspensiones y modificaciones que provoca la ceguera en el desarrollo precoz del niño. En este contexto, hace falta mucha sensibilidad y habilidad por parte de los padres, y especialmente de la madre, para que el niño alcance la normalidad.[2]

[2] Se hace referencia a la "madre" en este artículo porque es ella la que más frecuentemente está implicada. Sin embargo, la importancia del padre en su relación con el niño, así como en su función de apoyo de la madre, no debe subestimarse.

Tiene tanto que aprender con su ayuda... y seguirá siendo su *alter ego* durante un periodo más largo que el habitual. Desde el principio, ella tendrá que establecer una interacción placentera con su niño, tarea en cuyo desempeño la mayoría de las madres tiene necesidad de ayuda y de sostén, y todavía con más razón en un momento en el que se encuentran inevitablemente deprimidas.

Vamos a describir ahora más detalladamente el desarrollo precoz del niño invidente.

EL PRIMER AÑO (DEL NACIMIENTO AL AÑO)

Relación con los padres y otras personas

Aun cuando sus sonrisas son esquivas, Fraiberg ha demostrado que el niño ciego sonríe, alrededor de la misma edad que el niño vidente, a la voz, al contacto y al juego corporal. Muchas madres se esfuerzan por obtener esta sonrisa, pues les da la impresión de un mayor contacto con su niño. Esta sonrisa va a volverse selectiva, y se dirigirá como respuesta a los padres más que a una asistente social. Luego, hacia los cinco meses, va a manifestar una respuesta diferenciada según la persona que lo manipule; se retuerce en los brazos de una persona extraña pero se calma cuando es regresado a los de su madre. La angustia del extraño se desarrolla entre los 8 y los 12 meses, y puede exacerbarse si el niño pasa algún tiempo en el hospital, que es con frecuencia el destino de los niños ciegos. Como lo subraya Fraiberg, la angustia del extraño es una indicación importante del establecimiento de un vínculo más fuerte del niño con la madre. Los niños ciegos manifiestan esta angustia en menor grado, pero una ausencia de angustia hacia la edad de un año (en un niño relativamente normal en los otros sectores del desarrollo) debe llamar la atención porque no se trata de un signo de buena socialización sino de una falta de apego a la familia.

Desarrollo motor

Como lo ha demostrado Fraiberg, el desarrollo postural del bebé ciego se hace con relativa normalidad: la posición sentada, los primeros pasos con las manos al aire, la etapa en que se para solo, aparecen en los periodos habituales pero se retrasa la movilidad a iniciativa personal, por ejemplo la del bebé que se levanta con los brazos cuando está acostado boca abajo, se levanta cuando está sentado y se pone de pie y camina solo. Es la madre quien deberá animarlo en estas actividades, pues a él le falta la motivación de la curiosidad visual.

Las madres de los bebés ciegos o débiles visuales

A. Harrison-Covello y G. Lairy las describen atónitas tras el traumatismo que significa descubrir la ceguera (1985). Perciben pronto que el niño es otro. Sobreinvisten la palabra como si el niño entendiera todo y usan un lenguaje hiperconcreto y factual. Pierden el placer vinculado al establecimiento de otros canales de comunicación: los arrullos, el contacto de piel a piel, las vocalizaciones, etc. Y de ahí el riesgo de una evolución no armoniosa del niño(a).

A. Harrison-Covello y G.C. Lairy, "El niño ciego y ambliope congénito", en Lebovici (comp.), *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente,* Madrid, Biblioteca Nueva, 1988.

Como lo subraya Fraiberg, el uso de las manos y la prensión manual están seriamente afectados, en parte debido a las ausencia del placer de verlas. El retardo en el hecho de llevar la mano hacia un objeto es un asunto importante:

Una madre reaccionó a este problema de la manera siguiente. Acababa de saber que su hermosa hijita, Cynthia, de 9 meses, era ciega debido a una retinitis pigmentaria. Durante mi primera visita, Cynthia estaba sentada en los brazos de su madre, tenía las dos manos en alto y los puños cerrados, como si fuera un bebé más pequeño. La madre aceptó nuestra sugerencia de jugar ella misma con las manos de Cynthia, y quince días más tarde ésta comenzó a abrir sus puños y a tocar a la madre. Luego se puso a jugar con los dedos de su madre y, entre los 12 y los 18 meses, se instauró un juego en el que Cynthia se divertía tratando de atrapar las manos de su madre que aplaudía.

Vocalización

El niño invidente debe apoyarse en la comunicación verbal para comprender el mundo exterior al que el niño vidente llega por medio de la visión, gran organizador de lo vivido. Pero Fraiberg probó que la ceguera no es un obstáculo para la adquisición del lenguaje durante los dos primeros años, en el grupo de niños estudiados que fue objeto de un atento apoyo [6].

Sin embargo, observamos a algunos niños ciegos que permanecieron silenciosos en el transcurso de su primer año e incluso del segundo, pese a todas nuestras intervenciones. Todos los intercambios de expresiones y miradas entre madre e hijo, que instauran los fundamentos del lenguaje en el niño vidente, faltan en el niño ciego. La madre debe ofrecer otras formas de contacto y alentar los placeres en relación con la boca, como hacer burbujas de aire y volver divertida la producción vocal. Debe tener al niño cerca de ella y hablarle mientras trabaja. Hará bien en imitar sus vocalizaciones, quizá porque eso le indicará que puede actuar sobre ella de manera inmediata. Y claro que, como a todos los niños, a los niños ciegos les gustan los cantos infantiles y las canciones.

Juego

En el transcurso de esta primera parte del primer año de vida, el bebé ciego es atraído por los objetos ruidosos dispuestos en lugares previsibles, y por objetos estrechamente asociados a su madre y a la rutina cotidiana. Los intercambios vocales, los cantos infantiles que implican repetición y la actividad corporal son muy apreciados. Hacia el fin del año, juguetes grandes como los columpios, estimulan el movimiento corporal, lo que con frecuencia provoca a su vez las vocalizaciones.

MADRE E HIJO EN EL TRANSCURSO DEL SEGUNDO AÑO Y PRINCIPIOS DEL TERCERO

Relaciones con los padres y las otras personas

Al inicio del segundo año, el desarrollo del niño ciego se retrasa más claramente en relación con el del niño vidente, y esto sucede en muchos campos. El retardo se da no sólo en el andar autónomo y el lenguaje, sino igualmente en el juego, puesto que no puede divertirse haciendo construcciones de varios colores ni manipular los objetos, tan apreciados por los videntes de esta edad; tampoco puede valorar los juguetes que representan un objeto en miniatura, y su juego se revela muy diferente del de sus padres videntes. Si estos desfases y diferencias en el desarrollo deprimen a la madre, él tendrá que afrontar esta depresión y el retraimiento correspondiente; la madre puede tener necesidad de un sostén particular en esta fase.

Como ya dijimos más arriba, el mundo representacional del niño ciego sigue siendo extremadamente vago durante un largo periodo, y parecería que le lleva más tiempo establecer una concepción durable de la permanencia de la madre y de su regreso sin la ayuda de una imagen visual para consolarse en su ausencia. En consecuencia, los niños que han podido establecer un vínculo de apego con la madre pueden sufrir de angustia aguda de separación durante todos estos primeros años. Ésta pasa muchas veces inadvertida y es posible incluso no atribuirle la regresión que ella misma es capaz de provocar en el comportamiento.

Cynthia, de 16 meses, fue confiada a sus abuelos en su propio domicilio cuando su madre fue hospitalizada por un periodo de cinco días, en el transcurso del cual fue llevada junto a ésta dos veces. A su regreso, Cynthia manifestó la privación habitual de la madre seguido del asimiento a ella, como se observa generalmente en los niños videntes. En los dos meses y medio que siguieron, Cynthia se negó a usar la cuchara, lo que había comenzado a hacer desde hacía mucho, y sólo aceptaba biberones o aquello que su madre le daba con los dedos.

Fraiberg ha descrito casos aún más espectaculares, por ejemplo el de Jack, de 17 meses, quien reaccionó a una separación de tres días de su madre con largas crisis de llanto y una regresión máxima. Sus llantos y gritos parecían deberse a su cólera y a

su impotencia, y por eso se recomendó a su madre que le diera una batería de cocina o juguetes a los que pudiera pegarles, y animarlo a hacer eso [4]. La madre informó que algunos días esos juegos habían tenido un "efecto mágico" y que Jack era otra vez el mismo.

Sin duda, debido a este vínculo con la madre, el niño ciego se muestra más claramente apegado a la rutina en el transcurso del segundo año, lo que aparentemente le da una sensación de seguridad y confianza.

El destino de la agresividad en el niño ciego amerita ser mejor estudiado. Su sumisión excesiva e inhabitual hace suponer una peligrosa supresión de la agresividad infantil normal. En el transcurso del segundo año, cuando el niño hace alguna cosa indebida y hay necesidad de reprimirlo, esto puede dar lugar a la supresión de todo comportamiento espontáneo, o a un retraimiento con respecto a su madre, a quien siente imprevisible. Por ello, tiene la necesidad de recibir garantías en esos momentos.

Simón (ciego a causa de una fibroplasia retrolental) atraviesa en el transcurso del segundo año una fase de negativismo permanente. Sufría también un retardo en el lenguaje. La madre nos informó que si ella o el padre de Simón debían hablarle severamente o si, en raras ocasiones, debieron darle una palmada que lo hubiera contrariado; no lo dejaban jamás solo en el suelo sino que lo mantenían en brazos o abrazado; de otro modo, decía la madre, "se enfurruñaba", con lo que seguramente quería hacerles ver que se retraía. De ese modo, los padres mantenían el afecto para que éste pudiera ligar –superar– la cólera del niño.

El niño ciego no tiene acceso a numerosos métodos de descarga de la agresividad. Es útil que verbalice su cólera: el ruido y una actividad motriz pueden servir como medios de descarga menos específicos.

Desarrollo motor

El niño ciego acusa un retardo en la adquisición del andar independiente, porque en ausencia del contacto visual con su madre y su entorno no desea abandonar su sostén táctil. Aquí también algunos niños que habían comenzado a andar solos pueden dejar de hacerlo luego de padecer una mala experiencia. De hecho, muchos niños revelan retardos un tanto inexplicables en este terreno. Poner al niño en andadera o hacerlo empujar un carrito puede ayudar. Fraiberg sitúa alrededor de los 15 meses los tres primeros pasos que efectúa solo, es decir, un retardo de unos tres meses y medio respecto del niño vidente [6].

El retardo en el andar, y en consecuencia la circunscripción de la actividad motriz en el niño ciego, constituye un obstáculo para todos los placeres que el niño vidente puede extraer del correr, saltar, etc. Este bloqueo parcial de una actividad importante afecta necesariamente su desarrollo psicológico. De hecho, algunos niños parecen muy frustrados hasta el momento de adquirir la autonomía del andar.

Desarrollo del lenguaje

Fraiberg ha demostrado que la ceguera no dificulta considerablemente el desarrollo del lenguaje en el transcurso de los primeros años, pero ha observado después un retardo prolongado en la adquisición de una concepción estable del "yo". Señala que en el seno de una franja proveniente de niños ciegos, algunos no adquirían esta concepción antes de la edad escolar y otros incluso más tarde [6].

Como psicoanalistas, al igual que Fraiberg, pensamos que esta etapa conceptual, y de hecho el lenguaje mismo, no se basan en un entrenamiento para hablar, sino en el reforzamiento de vínculos humanos que van a desarrollar en el niño un deseo de comunicarse con una persona amada. La manera en que nuestra institutriz de escuela preprimaria hizo aparecer el lenguaje en un niño prácticamente mudo ilustra este fenómeno.

Tim, cuya ceguera se debía a una fibroplasia retrolental, vino a la escuela preprimaria a la edad de dos años acompañado por su madre, quien tenía otros niños. Mostraba poco contacto con ella y apenas podía vocalizar, pero era muy activo y se desplazaba en el cuarto libremente, explorando y manipulando los objetos inanimados. La institutriz le propuso actividades atractivas y permaneció muy cerca de él. Tim cambió con extremada lentitud, pues al principio no buscaba ni consuelo ni contacto, pero terminó por apreciar una caricia. Fue en este contexto que un día respondió verbalmente diciendo por primera vez "A-coo", lo que aparentemente significaba "más" (*encore*). Sin embargo se inclinó por olvidar estas primeras palabras y la institutriz pensó que debía insistir y cultivar el apego de Tim hacia ella excluyendo a su ayudante. A la edad de cinco años, cuando debió dejarnos, Tim sabía expresar y comunicar sus deseos verbalmente [3].

Tim empezó a hablar normalmente y aprendió el Braille con éxito, pero su escolaridad, fuera de la música, se vio entorpecida por una falta de comprensión de las cosas cotidianas, lo que pudo haberse debido a este retardo en la comunicación.

Los niños videntes de esta edad exigen constantemente la ayuda de su madre para obtener algún objeto que los atrae visualmente pidiéndolo con insistencia. Como ella les responde con frecuencia, saben que pueden usar a la madre como agente. Los niños ciegos tienen dificultades para darse cuenta de esto; pronuncian las palabras casi como para no olvidarlas, sin necesidad. Cuando el lenguaje del niño se atrasa, la madre debe procurar responder a estas palabras cada vez que pueda.

Boris, niño anoftálmico, tenía un cierto retardo en el lenguaje y no se había señalado ningún balbuceo en el transcurso del primer año. Durante el segundo, aparecieron algunas vocalizaciones (que su madre imitaba siempre), y hacia los 18 meses apren-

dió, con ayuda de su madre, que las palabras le aportaban algo: "más" y "en el suelo", cuando estaba apoyado en las rodillas de su madre para que ésta le repitiera una cancioncilla. Un día, pasando delante de una pastelería donde su madre le había comprado una galletita, pidió tranquilamente "una galletita", que su madre le compró rápidamente, con lo cual estableció un precedente.

Esta experiencia le permitió darse cuenta de que la comunicación puede tener una significación particular y que vale la pena hacerla.

Juego

El juego es importante para todos los niños como medio para dominar la experiencia vivida: pueden por ejemplo darse cuenta de manera activa de una gran parte de lo que hasta entonces han vivido pasivamente. Por otra parte nos resulta fácil comprender el juego imaginario de un niño vidente a partir de nuestra propia experiencia, pero es bastante más difícil entender el del niño ciego.

En las primeras etapas intenta repetir las experiencias vividas y las conversaciones, como se han producido realmente, y se opone a todo cambio, con lo que demuestra que lucha por dominar la experiencia vivida. El juego más imaginativo se manifiesta de manera desacostumbrada y a veces es más fácil escuchar que mirar. Esto puede por lo general comprenderse cuando el niño es más grande.

En el transcurso de su tercer año, Cintia se ponía con frecuencia a errar ella sola jugando con sus manos y profiriendo sonidos que no tenían sentido. Daba la impresión de que hacía como que jugaba con sus hermanos y hermanas mayores (los niños ciegos son muchas veces abandonados por los otros niños). Sólo a los ocho años pudo confirmarse esta impresión: comenzó un juego un poco análogo y dijo, cuando se le interrogó, que le gustaba mucho ir de aquí para allá de esa manera y añadió que inventaba todas las voces de los niños que imaginaba.

El escuchar y producir sonidos constituyen campos de gran placer para el niño ciego, que uno puede explotar proponiéndoles juegos musicales, verbales o sonoros. Los cuentos o las canciones grabados son más fácilmente comprensibles que los programas de radio y televisión. Los juegos que implican actividades físicas son también una fuente de placer, por ejemplo los caballos de madera, los triciclos y los columpios.

CONCLUSIÓN

En todo esto, la dificultad consiste en distinguir el papel que desempeña la ceguera en el desarrollo de estos niños y el papel que tienen otros disturbios no diagnosticados de los que también sufren frecuentemente. El estudio de Fraiberg constituye una base a partir de la cual podemos tener una idea del mundo del niño ciego. Dorothy Burlingham [1], con toda su empatía, pensaba

que un niño ciego seguía en todos los estadios de su desarrollo un camino particular, que tenía una vida secreta paralelamente a sus interacciones con el mundo exterior, y no había nunca aceptado afirmaciones como las que se hallan en la bibliografía, según las cuales el niño ciego carece de imaginación; ella se decía: "sin duda nosotros no la percibimos".

El bebé ciego y los otros impedidos

Cuando la ceguera está ligada a una encefalopatía puede asociarse a otros impedimentos: aquí se cita frecuentemente la sordera, que puede evidentemente plantear arduos problemas de reeducación. El estado depresivo de la madre puede persistir, y si se deja cercar por su terror el niño no podrá hacer otra cosa más que encerrarse en un repliege autista. Algunos, dada la frecuencia tan grande de estereotipos en estos niños retraídos, hablan de una posible evolución hacia el autismo. Es un hecho que algunos niños autistas son ciegos, pero si los estereotipos de los ciegos pueden depender de la autosensorialidad son diferentes de los de los autistas.

Quedan muchas cosas por descubrir. Además de la importancia práctica que tiene la prosecución de estas investigaciones, podemos esperar que éstas nos permitan entender el desarrollo de otros niños impedidos, por ejemplo los niños borderline o los retrasados mentales. Estos niños tienen ciertos problemas en común con los ciegos, como su apego a la rutina o a su ecolalia, problemas que podrían ser una manera para estos tres grupos de circunscribir sus disturbios, más que el efecto de una dificultad particular añadida a su impedimento personal.*

BIBLIOGRAFÍA

[1] Burlingham, D., *Psychoanalytic studies of sighted and blind,* Nueva York, International University Press, 1972.

[2] Burlingham, D., "To be blind in a sighted world", en *Psychoanal. Study Child.,* 1979, 34: 5-30.

[3] Curson, A., "The blind nursery school child", en *Psychoanal. Study Child,* 1979, 34: 51-83.

[4] Fraiberg, S., "Parallel and divergent patterns in blind and sighted infants", en *Psychoanal. Study Child,* 1968, 23: 264-300.

[5] Fraiberg, S., "Congenital sensory and motor deficits and ego formation", en *Ann. of Psychoanalysis,* Nueva York, International University Press, 1977, pp. 169-194.

[6] Fraiberg, S., *Insights of the blind,* Nueva York, Basic Books, 1977.

[7] Hunt, H. y D.M. Wills, "The family and the young visually handicapped child", en *The practique of paediatric ophtalmology,* K. Wybar, D. Taylor (comps.), Nueva York, Marcel Dekker, 1983, pp. 95-105.

[8] Jan, J. E., R.D. Fremann y E.P. Scott, *Visual impairment in child and adolescents* Nueva York, Grune y Stratton, 1977.

[9] Mafiel, K.E. y S.A. Buchbolz, *Social maturity scale for blind pre-school children,* Nueva York, American Foundation for the Blind, 1957.

[10] Nagera, H. y A.B. Colonn "Aspects of the contribution of sight to ego and drive development", en *Psychoanal, Study Child,* 1965, 20: 267-287.

[11] Reynell, J., *Manual for the Reynell-Zinkin scales. Development scales for young visually handicapped children. Part i: Mental development.* Windsor, Inglaterra, National Foundation for Educational Research Publishing Co., 1959, p. 52.

[12] Sandler, A.M. y D. Wills, "Preliminary notes on play and mastery in the blind child", en *J. Child. Psychotherapy,* 1965, I, 3: 7-19.

[13] Scott, E.P., J.E. Jan y R.D. Fremann, *Can't your child see?,* Baltimore, University Park Press, 1977, p. 201.

[14] Urwin, C., "Preverbal communication and early language development in blind children", en *Stanford Papers and Reports in Child Language Development,* 17, Stanford, California, agosto de 1979, pp. 119-127.

[15] Vernon Smith, Keen J.,*Visual handicapped in children,* Heinemann Medical Books, 1979, 172 pp.

[16] Warren, D.H., *Blindness and early childhood development,* Nueva York, American Fondation for the Blind, 1977, 308 pp.

[17] Wills, D.M., "The ordinary devoted mother and her blind baby", en *Psychoanal. Study, Child.,* 1979, 34: 31-49.

[18] Wills, D.M., "Some notes on the application of the profile to young blind children", en *Psychoanal. Study Child,* 1981, 36: 217-240.

33. RESONANCIA ACTUAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS GRAVES

FRANÇOISE WEIL-HALPERN,
ROSINE DEBRAY Y COLETTE PERICCHI

Desde su infancia, la niña pequeña, futura madre, teje con amor un sedoso manto narcisista que enrollará alrededor de ella misma y su bebé. El golpe que anuncia la enfermedad o la malformación perforará ese manto y comprometerá a esa madre en un proceso de reparación que va a intentar dominar desesperadamente. La cooperación en el campo de las ciencias biológicas y de las disciplinas médicas ha creado condiciones excepcionales debido al aumento de los conocimientos, especialmente por lo que toca a la apertura de nuevas vías diagnósticas y terapéuticas. Como se dijo en la introducción, es posible detectar anomalías antes del embarazo en la madre y en el feto, así como después del nacimiento en el niño; se puede evitar así el nacimiento de niños cuya existencia no llegaría a su término y/o que experimentarían un grado considerable de sufrimiento. También se puede suplantar un órgano deficiente por uno sano, e incluso mantener la vida empleando terapéuticas paliativas.

Estos fantásticos progresos científicos no siempre evitan que se traiga al mundo un niño enfermo, lo que puede ser vivido como un encarnizamiento del destino, como una "maldición". Los científicos intentan descubrir la fuente de las anomalías genéticas, el desarrollo del proceso maligno, el arma que dará en el blanco y destruirá los virus criminales. El médico es antes que nada terapeuta y frente a un bebé enfermo utilizará las armas que posee. Los padres también exigen la vida, la integridad para su hijo: la herida narcisista y los mecanismos de culpabilidad que ponen en funcionamiento el anuncio de la anomalía o de la enfermedad engendran particularidades del sistema interactivo madre/lactante en función de su propia historia y de la especificidad de la enfermedad. Es importante observarlos y comprenderlos para establecer acciones preventivas y, eventualmente, psicoterapéuticas.

Una enfermedad grave es aquella en la que: 1] el pronóstico vital está en juego; 2] y/o que dejará secuelas neurológicas y funcionales de todo orden, tanto inmediatas como de largo plazo; 3] y/o puede limitar la vida cotidiana; 4] y/o en el transcurso de la cual serán o habrán sido necesarias las terapias de reanimación; 5] y/o que tiene necesidad del empleo de técnicas de injerto de órganos con la extracción de éste en algún miembro de la familia o un pariente, y eventualmente un confinamiento en un recinto estéril durante varios meses; 6] y/o para la que se puede plantear un diagnóstico pero no proponer una terapéutica; 7] y/o para la cual se toma en cuenta la noción de cro-

nicidad, de duración y de calidad de vida.

Toda enfermedad grave hace intervenir a un trío: padres, niño o niña y equipo médico, y cada uno de estos elementos puede tener su propia percepción de la enfermedad.

Cuando el equipo médico puede hacer un diagnóstico y proponer un tratamiento, es que tiene, a pesar del carácter letal de la enfermedad, dominio sobre la información que da a los padres. Informa acerca del tratamiento, su duración, las consecuencias y los riesgos a corto, mediano y largo plazo. Esta información da a los padres límites objetivos que podrán servirles de barrera contra la angustia: podrán a su vez responder a algunas preguntas de su hijo y de su entorno.

Para un cierto número de enfermedades, en especial las virales, puede hacerse el diagnóstico y proponerse tratamientos paliativos frente a las infecciones, pero no existe actualmente ningún tratamiento antiviral. Los bebés mueren generalmente después de periodos de mejoría aparente de los signos infecciosos. La vacilación del médico somete a los padres a una gran angustia y los obliga a veces a reaccionar intempestivamente. Por tanto es muy importante que el médico informe a los padres respecto de sus posibilidades y de sus esperanzas, pero también respecto de sus imposibilidades; es decir, debe intentar mantener un equilibrio entre la esperanza de una curación espontánea y la desesperanza del pronóstico letal. La aparición de la infección del virus VIH o SIDA, enfermedad viral trasmitida por las vías sexuales o por la sangre, a pesar de la existencia de un contexto en el que se acepte el problema, provoca muchos trastornos. Y es que, por primera vez, hay que enfrentar una epidemia que ataca a la madre, al padre y al niño. Si en los primeros casos se trataba de recién nacidos que habían tenido una trasfusión en el periodo neonatal, actualmente los niños de pecho fueron ya infectados durante la gestación. Esta afección, como lo veremos más adelante, no es sólo una enfermedad, también es un fenómeno social.

No hemos querido pasar revista a todas las enfermedades graves del niño. Nos parece que un cierto número de ellas posee las mismas características y engendra las mismas consecuencias. Veremos algunas de las enfermedades hereditarias, las fetopatías y finalmente las enfermedades adquiridas, enfermedades malignas o enfermedades virales. Estudiaremos a los bebés afectados de hemofilia, de déficit inmunitarios congénitos de diabetes, de males cardiacos, y a los afectados por el VIH como sus padres. Esta elección arbitraria está ligada a la experiencia de los autores. Esperamos que la bibliografía llene complementariamente los vacíos de información.

Si la realidad y la fisiopatología de la trasmisión de la enfermedad hereditaria son objeto de un esquema y de una codificación para el médico, si su proceso es el de descubrir en las ramas del árbol genealógico la primera huella de la enfermedad, esta realidad es para los padres una marcha forzada y dolorosa por el camino quemante de la culpabilidad edípica, con sus transgresiones fantasmáticas, sus deseos homicidas y sus secretos. Cuando la novela familiar y edípica después de aclarado el secreto se vuelve realidad, se asiste con mucha frecuencia a los estragos causados por un sismo generacional. El fantasma se convierte en mito, en toda su crueldad.

El diagnóstico de hemofilia o de un déficit inmunitario, combinación severa de un bebé originario de un país de América Latina, hizo descubrir a la madre, después de una investigación llevada personalmente en su familia, que ella no había sido la niña abandonada y adoptada por el tío materno de su marido, sino la hija adulterina del tío. Lo que la hacía prima hermana de su marido; la consanguinidad los hacía responsables de la tara mortal que transmitieron a sus hijos.

Otro secreto, otra historia dolorosa, es la de los padres originarios de un país del Maghreb donde la adopción no está del todo reconocida. El padre, personaje importante de su país, quiso esconder su esterilidad adoptando desde el nacimiento a la hija de un joven de 15 años que su mujer y él habían albergado durante su embarazo. Un episodio somático grave llevó a la hospitalización de este bebé. Los exámenes practicados en búsqueda de un déficit inmunitario y de un posible donador, con el objeto de llevar a cabo un injerto de médula ósea, descubrieron el secreto. El padre entró en una cólera de una violencia difícilmente controlable cuando se enteró de que nosotros sabíamos que ni él ni su mujer eran los progenitores de su hija. Fueron necesarias numerosas entrevistas para que pudiera aceptar que esta información, tan dolorosa y cargada de culpa para él, tenía para nosotros una importancia diagnóstica y, por tanto, terapéutica.

Estas investigaciones en los meandros de los orígenes revelan numerosas exclusiones de paternidad y muchos nacimientos incestuosos.

Cuando Dominique entró en el hospital con un diagnóstico de linfohistiocitosis, teníamos una gran esperanza de encontrar un donador idéntico entre alguno de sus ocho hermanos y hermanas. El estudio HLA (paternidad) reveló que ninguno de los niños era del padre que conocíamos, y que se ocupaba tan bien de sus hijos. El médico y los miembros de su equipo poseían, gracias a las nuevas herramientas biológicas, información que tenía la fuerza "de una fuerte carga de dinamita" psíquica. La comprensión de la dinámica familiar y del equilibrio psicológico de cada uno de estos miembros sólo permitía una desactivación. El psicólogo participa en tanto que agente de la temporabilidad, operando como mediador de la comunicación entre los diferentes miembros del equipo y de la familia, en esta desactivación. Retrasmite al equipo lo que los familiares han asimilado, metabolizado, rechazado y negado de la información que ellos han dado. El conocimiento de estos "rechazos" permitirá por ejemplo al médico: prevenir a la señora A de que un cambio de pareja, en una trasmisión ligada al cromosoma X, no suprime los riesgos de tener un hijo con hemofilia; aceptar la incapacidad temporal de la señora L de permanecer junto a su hijo luego de que lo colocan en una cápsula de aislamiento porque para ella es como ponerlo en un ataúd; respetar la presencia de M.P. afectado de una enfermedad mental virgen de todo tratamiento psiquiátrico y aumentar la vigilancia del niño; volver a dar a ciertas familias la información relacionada con el diagnóstico prenatal, información que en situaciones traumáticas como la reseñada se niega o se olvida.

EL BEBÉ HEMOFÍLICO Y SU MADRE

La hemofilia es un ejemplo actual de esta contradicción entre los progresos científicos y el encarnizamiento de la "maldición". Afección hemorrágica hereditaria, de trasmisión recesiva vinculada al cromosoma X, es una enfermedad rara que ataca a uno de cada 5 000 muchachos*. Las primeras referencias a la hemofilia aparecen en el Talmud de Babilonia; está escrito ahí que el tercer hijo de una mujer, cuyos dos hijos mayores habían muerto de hemorragia después de una circuncisión, puede no ser circuncidado. Pero sólo hasta el siglo XIX la hemofilia es descrita por primera vez como una entidad clínica. En 1820 se precisa el carácter hereditario. A principios del siglo XX se observa la prolongación del tiempo de coagulación de la sangre de los hemofílicos, y su corrección mediante adjunción de plasma normal. En 1944, gracias a Pavlowski, se observan dos tipos de hemofilia, y, en 1954, se denominará hemofilia A a la hemofilia relacionada con un déficit en el factor VIII, y hemofilia B a la afección ligada a un déficit en el factor X. A partir de 1958, se llegan a fabricar concentrados de los factores X, el PPSB y el factor VIII o factor antihemofílico, utilizados hasta nuestros días para el tratamiento de la hemofilia B y A.

Paralelamente, la trasmisión hereditaria de la hemofilia se esclarece con el estudio de las familias de los hemofílicos. Se realizan los primeros diagnósticos prenatales en 1979; y la última gran etapa es la clonación del gene de la hemofilia B en 1982 y el de la hemofilia A en 1984, lo que tiene consecuencias prácticas importantes de orden diagnóstico y terapéutico, puesto que se puede rastrear a las trasmisoras y practicar los diagnósticos prenatales.

Las hemofilias A y B no son clínicamente diferentes una de la otra. Se caracterizan por hemorragias aparentemente espontáneas o provocadas por traumatismos mínimos. Pueden ser externas o producirse dentro de los tejidos. Las primeras hemorragias se producen raras veces durante el periodo neonatal, excepto si ha habido traumatismo obstétrico. Durante el transcurso del segundo semestre de vida, en el momento en que el niño adquiere una cierta autonomía motriz, generalmente hacen su aparición las equimosis, hematomas o hemorragias persistentes en forma de pequeñas llagas que conducen al diagnóstico.

La detección de trasmisoras de la hemofilia se hace gracias al análisis de un árbol genealógico de las mujeres con riesgo, a las que se divide en dos grupos: las trasmisoras obligatorias y las trasmisoras potenciales. Las obligatorias son hijas de hemofílicos, las madres de dos niños hemofílicos, las madres de un niño hemofílico emparentadas con hemofílicos por el lado materno. Las trasmisoras potenciales son las madres emparentadas con hemofílicos por el lado materno (hermanas, primas y tías de hemofílicos), pero que no han dado nacimiento a un niño afectado, y las madres de un solo hemofílico sin antecedente familiar de hemofilia. En este último caso, puede tratarse de una mutación en el plano de los gametos de la madre que no es trasmisora. Si hemos

vuelto a describir en detalle esta historia de la hemofilia y los medios actuales de detección, es porque nos parece que está en el corazón del drama que se juega actualmente para muchas mujeres.

Es el caso de una joven mujer que se entera, a la edad de 16 años, que es trasmisora de esta enfermedad y que uno de cada dos hijos que de ella nazca será hemofílico. Como también esa joven madre que a raíz de la caída de su bebé de 18 meses, y que le provocó una hemorragia, se entera de que éste es hemofílico. El diagnóstico se da en estos casos de hemorragia, en condiciones siempre dramáticas.

Cuando la enfermedad es conocida en la familia, induce a un "secreto familiar"; el nacimiento de un niño afectado confirma a la joven madre la gravedad de su destino. Las posibilidades actuales de rastreo de la enfermedad permiten anunciarles desde la adolescencia que corren el riesgo de traer al mundo un bebé afectado por ese mal, lo que provocará en ellas el mismo sufrimiento que han vivido sus madres; esto, sin embargo, no siempre será suficiente para evitar la gravedad de este destino.

La señora L es la tercera hija de una familia de cinco. Tiene un hermano 15 años mayor que ella y que no fue su compañero de infancia. Tiene un carácter muy retraído, no está casado y parece muy protegido por la madre. Según ella, él siempre estuvo mal. De su hermana, ocho años mayor que ella, no puede decir nada a no ser que es particularmente agresiva, más bien masculina; con una profesión que la obliga a alejarse del país, que no la ha vuelto a ver desde hace tres años. Es de su joven hermano, nacido 18 meses después que ella, de quien la señora L. no deja de hablarnos, o al menos de esto que es para ella "el suceso central de su vida" y el que señala para siempre su destino. Ella tenía tres años y medio, jugaba "al bebé" con Jerónimo en su cama, un diván muy bajo. Jerónimo se reía a carcajadas y rodaba para escapársele; cayó al suelo cubierto con alfombra y salió riéndose del cuarto. En ese momento la señora L notó unas grandes manchas en el suelo. Pensando primero en pintura o en mermelada, llamó a su madre. Ésta volvía con el niño en brazos, comprimiendo la cara de Jerónimo con un pañuelo enrojecido de sangre. Su madre estaba desconocida, lívida. La señora L recuerda haber lanzado un grito de terror y haberse regresado corriendo al cuarto. Cree haberse dormido porque su recuerdo siguiente es una imagen de ella hundida en su cama. Era de noche. Las manchas en el suelo estaban secas y parduscas. Su madre jamás le habló de este incidente. Jerónimo fue hospitalizado muchas otras veces. Ella jamás supo las razones. Él llevaba una especie de boya inflable alrededor de su rodilla. Ella jamás supo por qué. Fue Jerónimo quien, a los siete años, constreñido a permanecer varias semanas inmóvil, le dijo que era hemofílico y le explicó los síntomas del mal. La señora L se acuerda de haber estallado en llanto y haberle dicho: "Es mi culpa, pues te caíste de la cama jugando conmigo", Jerónimo la abrazó y la consoló diciéndole: "Pero no es tu culpa, es culpa de mamá."

El amor que después de esto tuvo la señora L por su hermano, joven muy fino e inteligente, la ayudó a soportar muchas inquietudes y sufrimiento. Jerónimo tiene una forma muy grave de hemofilia que hace necesarias, con frecuencia inyecciones del factor VIII. Habiendo tenido muchas infecciones de tipo otorrinolaringológico, se ha visto muchas veces en peligro mortal. A pesar de esto ha hecho brillantes estudios y se dedica a la administración de finanzas.

La señora L ha querido dedicar su vida a hacerse cargo del sufrimiento de otros. Estudió enfermería y trabaja en una clínica. Encontró a su marido durante una excursión alpina. Él es ingeniero y ejerce su oficio en una gran empresa aeronáutica. Curiosamente, dice ella, a partir de ese momento se produjo una especie de ruptura entre su familia, su infancia y su vida de futura mujer. Vivieron "fuera del matrimonio" durante tres años y luego quisieron tener un hijo. Por eso mismo regularizaron su situación. En 1982, era posible obtener un diagnóstico del sexo y practicar una interrupción del embarazo si se trataba de un futuro niño. Pero la señora L, que había informado de la "tara" familiar a su compañero, borró de su pensamiento esta información. Pensaba que de haber tenido relaciones "naturales" con su madre las dos habrían hablado de eso. Pero su madre, que pudo evitar la depresión gracias a una rigidificación de su sistema de defensa, no fue nunca capaz de abordar con su hija todo aquello que formaba parte de los hechos de la vida: amor, vida sexual, nacimiento. ¿Fue por esto que la señora L escotomizó la enfermedad de su hermano y los riesgos que implicaba? Nos plantearemos de nuevo el problema cuando hablemos de su hermana menor.

David es un pequeño muy despabilado. Caminó a los nueve meses. Desde su nacimiento, la señora L experimenta manifestaciones fóbicas que tienen consecuencias en su vida familiar y profesional. Consultó a un psiquiatra y tomó algunos medicamentos que tuvieron poco efecto. No soporta que nadie se ocupe de David, lo que plantea problemas de guarda, y su marido ya no la reconoce. Él piensa que está fatigada por el embarazo. El charco de sangre en el que encuentra a David una mañana le confirma la gravedad de su destino; todos sus síntomas desaparecen "milagrosamente". La señora L entró en el mismo mecanismo que su propia madre. Se escruta para rastrear en ella misma las reacciones que había observado en su madre. Su drama y su sentimiento de culpa llegarán al apogeo cuando se entere de la ceropositividad de David. Reaccionará tomando parte en las acciones de asociaciones de lucha contra el SIDA y haciéndose cargo activamente de su hermana, a quien nos enviará.

Ana María tiene 19 años. Nos da la impresión de sentirse bien consigo misma, está haciendo una licenciatura en psicología pero orientada hacia una formación de ergoterapeuta, porque, nos dice de entrada, tendrá niños impedidos y debe poderlos ayudar.

Luego de esta y otras entrevistas con hermanas de hemofílicos, vemos claramente que la hemofilia de un hermano y su cortejo de angustia y sufrimiento crean, para una hermana que ha vivido en este clima, una situación que no debe perpetuarse. En cambio, completamente identificada con su madre, ella también se crucifica en el altar del sufrimiento. Lo que el médico, el científico, puede ofrecerle para escapar de las garras del destino, no puede ser aceptado. Ella quizá modifique su posición cuando se trate de un proyecto de matrimonio o en el momento de querer un bebé o incluso —como ya lo vimos—, después del nacimiento de un bebé afectado, el de una hermana, de una prima o el suyo.

El bebé hemofílico es objeto de mucha atención y gran angustia, lo que induce a comportamientos de superprotección de parte de la familia. Con frecuencia este niño es extremadamente activo y provoca situaciones de peligro, con lo que se crea el círculo vicioso de gritos anunciadores de la madre previniendo al niño de lo que va a sucederle y de lo que efectivamente le sucederá. Estas madres, agotadas, no llegan a tener con su niño interacciones armoniosas. El bebé acapara la atención de su madre, en detrimento de los hermanos y hermanas y del padre. Uno encuentra con mayor o menor intensidad este clima ya sea que la enfermedad sea aceptada, rechazada o negada. Parece, sin embargo, según nuestra experiencia con adolescentes hemofílicos, que este tipo de interacciones puede tener efectos positivos, quizá en la medida en la que permiten "utilizar" o "vivir" la angustia. Encontraremos esto en todas las familias que tienen un bebé enfermo.

EL BEBÉ CON DÉFICIT INMUNITARIO CONGÉNITO PROFUNDO Y SU FAMILIA*

Los nuevos descubrimientos en el campo de la inmunología permiten diagnosticar en el lactante déficit inmunitarios congénitos profundos. Los bebés que morían antes de terminar el primer semestre de vida pueden ahora ser salvados por un transplante de médula ósea, técnica que requiere del confinamiento del bebé en un recinto estéril o en una "burbuja" durante varios meses, con el fin de reducir los riesgos de infección. El bebé es puesto ahí desde el diagnóstico, durante el proceso de transplante y hasta la aparición en su organismo de los primeros signos de reconstitución inmunitaria. El lactante se ve de esa manera separado de su madre ya sea desde el nacimiento, ya en el transcurso de los seis primeros meses de vida. Además, vive en un espacio que limita ciertos estímulos como el olfato, el tacto y las experiencias exploratorias. Los estudios que hemos hecho desde 1972 nos han revelado que la burbuja es un lugar seguro que permite el desarrollo armonioso del bebé, lo que produce en la madre un sedante para su angustia y una restauración de su capacidad de ser madre. Así, en el marco de esta enfermedad, la burbuja es, contrariamente a lo que se podría creer, una técnica de protección que favorece y restaura las relaciones entre madre y bebé, que han sido perturbadas y a veces afectadas desde el anuncio del diagnóstico.

La burbuja es un recinto de plástico transparente en el que circula un aire tibio y humectado. Ésta se mantiene inflada mediante una ligera sobrepresión. El recinto reposa en un zócalo provisto de una bandeja técnica de la altura de una mesa. Actualmente son recintos bastante vastos en los que los niños pueden ponerse de pie y desplazarse. La manipulación y los cuidados se hacen por medio de guantes de caucho dispuestos en una parte de la burbuja. Es posible introducir en la burbuja toda la ropa, objetos o juguetes que utilizan los niños. No hace falta ropa particular ni precaución alguna para los adultos que se mueven alrededor de la burbuja. Es posible que cualquier persona se acerque, juegue con el niño e intervenga inmediatamente cuando éste llama. Por otra parte, el niño puede diferenciar los sexos, las estaciones

* Françoise Weil-Halpern.

según la vestimenta y muchos otros parámetros necesarios para el desarrollo de su curiosidad y de su inteligencia.

Desde 1983, los nuevos descubrimientos han permitido reducir la duración del confinamiento, que actualmente es de un promedio de dos a seis meses, y aumentar el número de niños que puedan beneficiarse con un transplante medular, puesto que ahora es posible hacer una extracción de la médula ósea del donante y en consecuencia utilizar la médula del padre o de la madre. Por lo que toca a la prevención del nacimiento de un niño afectado, ésta se ha hecho posible mediante la práctica de un diagnóstico prenatal en las familias en las que se sabe del riesgo.

Los bebés en "burbuja" y su familia

Los padres son, en su mayoría, parejas jóvenes. Puede ser el primero o el segundo bebé, el primero en morir de una afección grave. En este caso, las primeras señales de infección en el segundo son las que orientan a los médicos hacia una investigación de un déficit inmunitario congénito. En otras familias, se trata del primer hijo donde había sólo hijas. En algunas familias extranjeras no es raro que el bebé hospitalizado sea el quinto de una familia en la que todos los hijos han muerto en el transcurso del primer año de vida.

El modo de trasmisión es autosómico recesivo en ocho de cada diez casos, y en cuanto a los otros dos casos la trasmisión está ligada el cromosoma X y, como en la hemofilia, es la madre la que trasmite "la tara" al niño. La consanguinidad aumenta el riesgo de aparición, pero también intervienen la fatalidad o el azar de un encuentro con un consorte que tiene la misma "tara" dentro de la misma rama cromosómica, o si no, la mala suerte de coincidir con la rama del árbol genealógico materno donde murieron todos los niños de sexo masculino en generaciones precedentes. Los bebés tienen entre un día y tres años de edad; el 60% tiene de tres a 12 y 15 meses. Están afectados de déficit inmunitarios congénitos profundos (SCID), de granulopatía, de la enfermedad de Wiskott-Aldrich, de déficit inmunitario por falta de expresión de HLA.

En esta situación, existen dos grupos de compañeros, el equipo médico y cuidador, y la familia y su bebé. La aventura de la revelación del diagnóstico y de la terapéutica se hacen en el hospital en una unidad especializada. Existen cuatro de éstas en Francia, dos en París (el Hospital de Niños Enfermos y el Hospital Robert-Debré), una en Nancy y otra en Lyon. Son lugares pluridisciplinarios donde colaboran pediatras, investigadores, una asistente social, uno o varios psicólogos y los médicos. Se establece una verdadera comunicación entre los miembros de este equipo, la familia y el niño. El respeto de la función y del papel de cada uno, pese al drama permanente y la muerte frecuente, hace posible que reine una atmósfera de esperanza y de deseo de vivir para los niños.

La metodología de acogida y cuidado de las familias y de los niños

La reflexión del equipo se dirige hacia la siguiente pregunta ¿cómo pueden una madre y un padre traumatizados por una realidad semejante "ocuparse" de un bebé que les causa tanto dolor?

Se trataba de favorecer las condiciones de recibimiento abriendo la unidad las 24 horas para los padres a fin de ofrecerles la posibilidad, si lo deseaban, de asistir a las visitas médicas y a los cuidados de enfermería; para que también, a pesar y a causa de la hipertecnicidad, pudieran reunirse el bebé y su madre, y se estuviera en la posibilidad de responder a sus preguntas iterativas, apremiantes y con frecuencia repetitivas.

Las propuestas de recibimiento las hace el médico que reciba a la familia desde su llegada al servicio; e insiste en ellas la supervisora, en el transcurso de una entrevista, y más tarde la enfermera, quien, tras haber sido informada de los hábitos y del modo de vida de la familia y del bebé, anota la información en un cuaderno de vigilancia que permanecerá en el cuarto; la supervisora da luego alguna información sobre el mantenimiento de la burbuja y las precauciones de higiene que hay que tomar. Todo esto es finalmente confirmado por un fascículo de recibimiento elaborado por el equipo y enviado a las familias. Todas estas etapas nos parecen esenciales en esta primera fase. En efecto, los padres están en un estado de perplejidad, experimentan una incapacidad para memorizar alguna información. El equipo funciona en este caso como una prótesis momentánea, de apoyo, de venda sobre esta herida "intolerable", la de haber fracasado en la función parental.

La adaptación del niño, su desarrollo, sus actividades lúdicas, sus manifestaciones de agradecimiento, de amor o incluso de oposición, reconfortarán a la madre, quien después de una duración variable según su estructura puede abandonar esta ayuda y recobrar su autonomía relacional. Durante esta fase de estupefacción la madre siente una necesidad imperiosa de ver a su bebé, de verificar que está vivo pues se encuentra privada de su bebé imaginario, sólo está vivo el bebé real. Tocar a su niño, sentir su calor, comunicarse con él, le hace posible llegar a una reintegración del niño imaginario que asegurará su equilibrio psíquico, especialmente si el niño real llega a morir.

Las modalidades de hospitalización se han modificado progresivamente para favorecer una mejor comunicación entre las familias y el equipo, y responder al deseo de éste de trasmitir una buena información. Por lo mismo es necesario conocer, a través de las propias familias, el grado de asimilación de la información, su progreso y sus escotomas.

Observación de Roberto y su familia

Roberto, tiene siete meses de edad, su madre y su padre llegaron de un país de Europa. Una carta de un médico, unas semanas antes, anunciaba la posible llegada de un

bebé afectado por un déficit inmunitario. Los padres, el señor y la señora L, no hablan más que su lengua materna.

Es imposible, al momento de su llegada, conocer su situación ¿tienen hospedaje?, ¿tienen familia?, ¿cuáles son los hábitos alimentarios del niño? Encontramos un intérprete y averiguamos que el padre tiene 27 años, la madre 19 y que se casó a los 14, quedó encinta a los 16 y perdió su primer bebé, una niñita, de un déficit inmunitario cuando tenía siete meses y, finalmente, que tuvo un parto espontáneo un año más tarde.

Roberto fue hospitalizado en la capital de su país desde la edad de tres meses. Los padres son originarios de un pueblito del norte de ese país. El padre es obrero de un astillero naval y la madre no trabaja. Las dificultades de comunicación explican quizá que seamos testigos de manifestaciones muy ansiosas de la madre durante los primeros días. Le habla muy fuerte a su bebé, grita, exige biberones sin cesar, alimenta a su niño de ocho a nueve veces por día de modo muy especial: le introduce el alimento en la boca y luego un chupón, lo que lo lleva a deglutir.

Le toma sin cesar la temperatura y la intensidad de sus gritos nos informa sobre los grados de temperatura. El padre nos indica las "burbujas" iterativamente y nos hace comprender que no sabe por qué su hijo no fue confinado en una desde su llegada.

Alrededor de una mesa, el médico responsable, el interno, la supervisora, la enfermera, el intérprete y nosotros mismos, nos dimos el tiempo necesario para que esta familia pudiera hacer sus preguntas, y nosotros las nuestras.

Estas entrevistas efectuadas dos veces a la semana durante el periodo pre y posinjerto, después una vez a la semana y finalmente bimestrales, volvieron a hacerse semanales debido al surgimiento de dificultades psicológicas. Estas reuniones nos permitieron moderar la exigencia urgente por parte de los padres de hacer el injerto y hacer que aceptaran un periodo de espera bastante largo sin tratamiento, necesario para el establecimiento y para la precisión del carácter del déficit inmunitario, así como para elegir al donador. También facilitaron, en esta madre frágil y traumatizada, la preparación para la donación de médula, la explicación del carácter hereditario y de la transmisión de la enfermedad, y finalmente la aceptación de la burbuja, con una hospitalización de varios meses.

Todas estas modalidades no suscitan en todos los padres las mismas reacciones. Las familias integran estos diferentes elementos según su estructura, su historia y su cultura.

Para la señora L la espera es intolerable: la espera de un biberón le hace dar gritos y golpear el suelo con los pies; la espera de los resultados de los análisis provoca gritos, llanto o una sucesión de llamadas telefónicas a todas las personas que conoce.

La paciencia de los diferentes miembros del equipo, la información y la explicación de los mecanismos de extracción del injerto, modificaron este comportamiento. Sin embargo, en un momento dado, ella nos hizo saber, en el transcurso de una entrevista, que no podrá venir a ver a su hijo cuando éste sea puesto en una burbuja; esto a pesar de haber simpatizado con la madre de una pequeña que estaba en una burbuja, de haber jugado con ella y de haberla cambiado y haberle dado el biberón muchas veces.

Como se obstinaba y rechazaba toda comunicación, intentamos hacerla imaginar lo que era un bebé enfermo en una burbuja. Mientras el intérprete traducía pudimos darnos cuenta de la asociación entre los ataúdes, que en su país tienen una cubierta de vidrio transparente, y la burbuja.

La explicación del carácter hereditario nos permitió percibir una culpabilidad en relación con su propia familia. Durante una entrevista ella había "escondido" el deceso, en la línea materna, de varios bebés. Fue durante una investigación genética cuando ella "dejó" pasar esta información, lo cual la deprimió mucho.

Durante una entrevista supimos que la señora L tiene un retardo en su regla. Por esta razón pudimos medir la importancia del traumatismo en esta joven mujer. Se rehúsa a ver a un ginecólogo y a hacer los exámenes necesarios para invalidar o confirmar este embarazo. Se encierra en un "no", baja la cabeza, y toda comunicación se vuelve imposible.

Cuando se reanuda la comunicación, las precisiones relativas a la posibilidad de un diagnóstico prenatal y la necesidad de saber si está encinta, a causa de su próxima identidad HLA, la hacen aceptar e incluso soportar el examen ginecológico y el ecográfico, que felizmente anulan este embarazo. Tres meses más tarde, la señora L ha aceptado, después de haber expresado todos sus miedos de esterilidad relacionados con la información destiladas por la iglesia ortodoxa, un anticonceptivo. La obtención de la médula ósea, que se hace con anestesia general y exige dos noches de hospitalización por parte del donante, fue relativamente bien soportada.

Esta joven mujer, temerosa, dependiente de su marido, acepta quedarse sola en París para ocuparse de su hijo. Ha integrado de modo admirable los mecanismos de la inmunidad. Hace preguntas más que pertinentes en el momento de la reaparición de problemas digestivos (que habían sido los iniciadores de la enfermedad y por tanto del diagnóstico). Pregunta si estos disturbios se deben a una vuelta de su enfermedad, o a un reintroducción demasiado rica o demasiado rápida de la alimentación; otro ejemplo: luego de haber sido informada de los resultados que confirmaron una obtención de injerto, quería saber si son las células transplantadas las que "trabajan" o si éstas le permiten funcionar a las células de su hijo. Así, durante esta primera fase, que es un periodo denominado "activo", el modo en que nos hacemos cargo permite a la señora L una cierta sedación de su angustia. Ella puede, apoyándose en un cierto número de "hitos de señalización" puestos por los diferentes miembros del equipo, mantener un sistema de relaciones con su hijo.

Cuando entró al servicio, Roberto era un niño de siete meses, sonriente, muy flaco: tenía el aspecto de un "viejito" de ojos grandes, ojerosos, y una boca que, cuando sonreía, parecía ir de oreja a oreja. Su madre tenía gestos muy vivos, brutales con él y con los objetos. Tuvimos que decirle, antes de ponerlo en la burbuja, que ella provocaba sobresaltos en el niño con sus brusquedades. Así, cuando dormía apaciblemente, ella bajaba brutalmente la barrera de la cuna, lo despertaba sorpresivamente y gritaba al ver llorar al niño.

Su modo de alimentación, que ya describimos, era muy especial. Le pusimos un catéter antes de ponerlo en la burbuja, lo que permitía hacer una transfusión y alimentarlo en caso de que tuviera problemas digestivos graves, vómitos o algo por el estilo. La madre tiene gestos tan brutales que muchas veces arranca el catéter, felizmente sólo donde se necesita un cambio de conducto. En otra ocasión, rompió la puerta del contenedor por la rabia que le produjo no poder cerrarla inmediatamente. A cada movimiento de rabia o de cólera, intentamos comprender y evitar otros incidentes de este tipo. Roberto parece habituado a las manifestaciones del carácter de su madre. Se pone de pie, juega con juguetes para su edad, apila cubos, pone anillos en un eje, balbucea. Responde muy bien a la estimulación de los adultos y está bien investido por las enfermeras que se ocupan de él.

El padre es tranquilo, las interacciones entre su hijo y él son sintónicas, se ve orgu-

lloso de su hijo. Modera las palabras de su mujer, le explica tras un acceso de lágrimas, que vale más estar separados en navidad reunidos para el duelo de su hijo. Sus gestos son seguros y uno diría que su hijo debe sentirse feliz entre los brazos de su padre.

La fase de espera de reconstitución inmunológica para un injerto semi-idéntico, como es el caso de Roberto, es de tres a cuatro meses. El padre regresó a trabajar a su país, la madre se quedó en París y tuvo la suerte de ser muy bien alojada en la familia del intérprete del hospital.

Después de que su marido se fue, la señora L. se mantuvo activa, presente e inquieta. Telefoneaba por lo menos tres veces al día a la persona que la albergaba para hacerle las mismas preguntas.

Si la temperatura de Roberto ascendía por encima de lo normal, expresaba su angustia con movimientos bruscos, cólera y una "ruptura" de la comunicación. Las entrevistas con los médicos volvían a traer momentos de calma.

Durante el tercer mes de hospitalización que corresponde al segundo de confinamiento, se observan signos de apatía en el niño, que corresponden, parecería, a una presencia reducida de la madre a la hora de la comida. Por otra parte, se nota en ella un adelgazamiento que le va bien, y una mayor coquetería en el vestido y el maquillaje. En algunas semanas, se transformó de provinciana en parisiense, Roberto se desmejora, se niega a ponerse de pie, no ve más lo que sucede alrededor de él e inaugura movimientos rítmicos, pierde el apetito y luego el contacto. Durante nuestra experiencia de más de trece años, es la primera vez que asistimos a la instalación de una fase depresiva en un bebé confinado.

Poco después sabemos que la mamá se encontró con un estudiante de su país. Viene todos los días a ver a Roberto y luego se sale con la madre. Ella está enamorada de este hombre, piensa llevar a Roberto con su padre luego de que se cure y después regresar a París a vivir con este hombre. Éste, al darse cuenta de los proyectos de la señora L, que no son los de él, desaparece. El sueño de la madre se derrumba brutalmente. Llora horas enteras escondida detrás de la burbuja engorda y no parece darle importancia a su apariencia. La madre y el hijo viven cada uno en su mundo. Roberto, que había iniciado una alimentación normal antes de este episodio, ahora totalmente anoréxico y los médicos se ven obligados a suministrarse nutrición parenteral.

Se propone una entrevista grabada en video que se hace con la presencia del intérprete. A nuestra pregunta: ¿Cómo encuentra usted a su niño?, responde que ya no soporta el confinamiento. Para ella los vómitos se deben a problemas somáticos. Se evoca con la señora L su historia y la de Roberto.

Nos describe una infancia aislada o más bien solitaria en un pueblito. No tiene recuerdos felices. Cuando cumple sus 14 años, el domingo de Ramos, su padre le informa que un joven que ella conoce la pide en matrimonio; tiene todo el día para pensar. La señora L. nos dice que no sabe por qué respondió que sí; habría podido decir no y sus padres hubieran aceptado. Inmediatamente tiene miedo de no poder tener un hijo. Sólo cuando estuvo encinta de su primer bebé, a la edad de 16 años, por primera vez se sintió calmada y tranquila.

Este primer embarazo es vivido como un paréntesis, sin angustia. Sin embargo el miedo del parto fue muy intenso. Las relaciones entre madre y bebé se ven obstruidas por la suegra, que es también quien la acusa de la muerte de la pequeñita. Esta suegra le impide llevar a Roberto a la capital cuando nació para practicarle los exámenes biológicos que habían sido propuestos a la madre después de la muerte de su hija, en caso de que se produjera un nuevo nacimiento.

La señora L dice con una voz monocorde que durante los primeros tres meses posteriores al nacimiento de Roberto ella se encerró en su cuarto a oscuras con su bebé y rehusó toda comunicación con quien fuera. Se describe a sí misma como embrutecida, disgustada.

Parece que tenemos suficientes puntos significativos para comprender el síndrome depresivo de este niño.

En efecto, la señora L se hallaba en estado de shock, de duelo no elaborado en el momento de ese otro nacimiento. Se encontraba totalmente incapacitada para tener un niño imaginario, para tener un niño vivo, anonadada en la evolución de su desarrollo psíquico por un traumatismo sexual, su matrimonio. Nos ha parecido que para ella estar encinta ponía fin al traumatismo repetido que es el acto sexual. Comprendemos por qué la propuesta de una consulta ginecológica provocó una tal reacción de angustia. Se negó a ir a una consulta cuando se habló de anticonceptivos y gritó que no tendría más hijos, que no tendría más relaciones sexuales. El marido estaba al lado de ella, escuchó y pareció sufrir, aceptar la cólera y los propósitos de su mujer-niña.

¿Qué es él para ella? Un hombre al que no ama y que está dispuesta a abandonar dejándole al hijo, un secuestrador, un violador, que le ha impedido realizar sus sueños de niña: "ser aviadora, policía, oficial de marina". Estos sueños relacionados con oficios masculinos o de mujer uniformada nos intrigan. En efecto, hemos notado la forma en que la señora L manipula a su bebé como lo haría un padre o un hombre, o como una adolescente con un hermanito.

La brusquedad, la asintonía de las intenciones, la ausencia de anticipación del deseo o de la necesidad del niño, el desconocimiento de lo que experimenta, de lo que siente, habían sorprendido a todos los miembros del equipo que se ocupaba de Roberto. La discontinuidad de su presencia cerca de él, la alusión, muchas veces, de dejarlo con su marido y venir a vivir a París, nos permitieron comprender por qué este bebé presentaba un estado depresivo no resolutivo y sin las señales de molestia que estábamos acostumbrados a observar en otros bebés confinados. La mediocridad de las posibilidades de investidura de esta madre produce en este bebé una fragilidad muy acentuada. No está seguro de la continuidad de las relaciones con su madre. Siente la desinvestidura y se protege con conductas de retraimiento.

Cuando nos volvimos a dar cuenta de que la madre hacía simples apariciones de algunos minutos, lo que dejaba al niño en un verdadero estado de paralización, y después de una entrevista con los médicos, el intérprete, la supervisora, la madre y nosotros mismos, le impusimos algunas horas de presencia y un programa de actividades: hacerse cargo totalmente de su hijo, lavado, alimentación, limpieza de la burbuja, etc. Ella reaccionó con un movimiento de contrariedad que nos dejó indiferentes. Los resultados fueron como los esperábamos, pero sorprendieron al equipo médico y asistente.

Con esta actitud pedagógica de sentido parental, forzar a la madre a ocuparse materialmente de su hijo, permitimos un restablecimiento o un establecimiento de continuidad que tranquilizó y protegió a Roberto. Pudimos observar una rápida multiplicación de sus modos de expresión lúdica y relacional, respondiendo a las solicitaciones y provocando otras, con lo que creaba toda una cadena de interacciones que quizá estaba presente pero había sido puesta en reserva.

La madre es muy sensible a este cambio y por primera vez observamos en ella comportamientos cálidos, maternales, incluso dulces.

Luego de dos días, la señora L se ha vuelto activa, estimulada por su hijo. Llega cada vez más temprano en la mañana y se va tarde al anochecer sin quejarse de cansancio. Comienza a poder contar las travesuras y las acciones de su hijo.

Sin embargo, continúa pensando y expresando que los comportamientos de enojo y los balanceos quieren decir que su hijo está fastidiado de estar en la burbuja y, tiene ganas de salir.

Nuestra experiencia de confinamiento nos lleva a la conclusión de que ningún niño, independientemente de su edad y de la duración del confinamiento, quiere salir de la burbuja. La salida es un momento difícil para el bebé. Se observan comportamientos estereotipados que van del pánico total a actitudes de retraimiento fóbico. Por ello, manejamos la salida de tal modo que se haga progresivamente y según el propio ritmo del niño.

Planeamos la salida en dos días: en la víspera se retiran en repetidas ocasiones los guantes de goma y se pide a los padres que dejen que el niño se acostumbre al contacto de la piel; el día de la salida, se retiran los guantes y se realizan todos los actos cotidianos con las manos desnudas. Luego se abre la puerta de la burbuja y se propone al niño que salga. El tiempo de salida puede variar desde algunos minutos hasta varias horas. Describiremos la salida de Roberto que semeja por su intensidad de afecto y de comportamiento a muchas de otros niños.

Pedimos al intérprete que estuviera presente para moderar, por medio de sus explicaciones, los movimientos de la madre. La enfermera preferida de Roberto quita una parte circular de goma negra que normalmente sostiene un guante y mete la mano. Roberto se sienta, la observa: está estupefacto, se inmoviliza, después se va hasta el fondo de la burbuja y suspende toda actividad. Toda su atención está fija en esta mano.

La madre le propone un objeto que ella retira cuando él lo quiere agarrar. Intervenimos para que lo deje hacer. Roberto toma con frenesí los objetos que ella le da y los avienta inmediatamente. Está a la vez petrificado y asustado. Luego de unos minutos, emite un gruñido que se intensifica. Volvemos a poner el guante, se tranquiliza. Volvemos a empezar la maniobra, reaparece el gruñido, la madre le acaricia la pierna, él la retira, rechaza con las manos un objeto imaginario, como si empujara el aire a su alrededor.

La angustia se vuelve manifiesta, total, y decidimos volver a colocar el guante. Roberto vigila la operación, sonríe, se echa a reír y aplaude cuando la enfermera ha terminado. Reanuda inmediatamente sus actividades lúdicas y motrices.

La madre está roja de confusión, jamás, dice, hubiera imaginado una reacción como ésa (nos damos cuenta de que no aceptó nuestra descripción).

Nos parece que a través de la historia interrelacional de la señora L y de su hijo Roberto pueden percibirse las intercomunicaciones entre los dos grupos protagonistas.

Hemos podido evitar un deterioro de las relaciones entre madre y bebé en un periodo difícil; había que obligar a la madre a tomar conciencia de las consecuencias de su desinvestidura con respecto al comportamiento de Roberto, pero también de las consecuencias positivas de su reinvestidura. Si bien no podíamos cambiar su historia, pudimos evitar un rompimiento relacional y, en cierto modo, constituimos una prótesis parental para la madre y el bebé.

La expresión de malestar psíquico en un bebé provoca una fuerte emoción en el seno de un equipo, y amenaza con desencadenar actitudes agresivas o de rechazo frente a la madre. Es necesario "reubicar" estos periodos dentro de la historia de las interrelaciones familiares. La sedación de los trastornos y la recuperación evolutiva del sistema interactivo son aportaciones muy importantes para el equipo asistente y médico. El reconocimiento del sufrimiento psíquico, del malestar o de la expresión del psiquismo, es completamente necesario y saludable para el porvenir del niño y de su familia.

La historia relacional de Roberto en nuestro servicio es específica, particular al mismo tiempo que parecida a otras.

¿Cómo puede un niño de pecho, atendido con angustia por una madre que no ha procesado un duelo, desarrollarse armónicamente y establecer relaciones objetales? La respuesta, pese a todas nuestras observaciones y nuestra comprensión de los hechos, contiene su parte de milagro. ¿No tenía el recién nacido en sí una "fuente" pulsional objetal lista a surgir cuando el mundo circundante le diera la posibilidad? Esta pregunta príncipe, siempre presente, es un factor dinámico para un equipo médico como el nuestro. La visión cotidiana de un lactante encerrado en una burbuja despierta en los asistentes una problemática conflictual que es un elemento positivo para el niño, porque éste evita el escollo de la enfermedad de las desinvestiduras, mal crónico de los servicios pediátricos que en gran parte se debe a la longitud de las hospitalizaciones que no ameritan urgencia, así como el desinterés médico y científico.

Para los "bebés burbuja", la motivación de los asistentes y de los padres es parecida, aunque no sea objetivable de la misma manera: reconstituir un niño sano, completo, que pueda vivir. Este objetivo común y compartido crea un "mantenimiento" y una continuidad en los cuidados. Cada uno participa en el proceso. Esta investidura permite quizá atenuar los efectos de las fallas personales, los cambios de persona en un solo día y la rigidez carencial del sistema administrativo hospitalario.

Parece que la totalidad del equipo llegó a orquestarse alrededor de Roberto y alrededor de otros bebés burbuja, una función maternante entre varios, entre la que se incluye la madre, esté ella presente físicamente o no. El equipo inviste los cuidados maternos y no el lugar de la madre. Esta función maternante permite una cierta homeóstasis relacional en la que cada quien siente, en momentos diferentes, esperanza o desilusión; mantiene un equilibrio entre la investidura y la desinvestidura del bebé, y tiene por efecto ejercer una función de paraexcitación. La señora L. no se siente en absoluto excluida. Sabe que el equipo no le quitará a su hijo y por lo mismo puede delegar "sus cuidados".

Así, si las condiciones de recibimiento y de "mantenimiento" de la madre y de su lactante son favorables, no sólo se atenúan los efectos de una situación

catastrófica sino que además se catalizan y permiten que la madre sea madre de su niño, y que el niño ejerza sobre ella las "restricciones" habituales.

Observamos a otra madre, la señora G, que también actuó bajo el peso de un duelo no elaborado, sin utilizar los mecanismos de negación. Por una parte, pudo investir la enfermedad y el futuro de su niño gracias al despertar afectivo y motor que le ofrecía. Por la otra, contrainvistió sus pulsiones agresivas suscitadas por la situación cotidianamente traumática, por su vida onírica y especialmente por sus pesadillas. Gracias al apoyo de su marido, se permitió a sí misma, de algún modo, ser reparada por su bebé. Se estuvo en presencia de un placer recíproco de comportamientos y verbalización afectuosos. Todos estos elementos tienen un valor de apaciguamiento narcisista, pero para esto, esta madre debía ver a su niño vivir la situación actual, como si el niño imaginario fuera para ella el espectro del niño muerto, con lo que el niño real dominaría al niño fantasmático. La señora G nos confirmó esto con su oposición a ver amigos que le hicieran preguntas, lo que para ella reflejaba una "curiosidad morbosa". Estas preguntas le provocaban una herida narcisista irreparable contra la que se protegía y protegía a su hija.

Esta madre y otras nos han hecho reflexionar sobre la teoría del apego, revelándonos que el amor pasa por "la cabeza", por el "fantasma subyacente", y no única y prioritariamente por el intercambio sensorial. Pese a la barrera que representa, el desarrollo de estos niños criados en burbuja demuestra el establecimiento de una organización del yo y de las relaciones objetales. Todos estos niños han elaborado actividades autoeróticas satisfactorias y evolutivas. Su buena capacidad para jugar espontáneamente y reaccionar a la prohibición de una actividad, prueba que el confinamiento no altera la constitución de la actividad mental.

De este modo, todas estas familias en duelo por un niño deseado, heridas en su función de trasmitir vida, de legar una parte de sí mismas, han asistido en este cataclismo no sólo a la enfermedad, al sufrimiento o a la desaparición de un niño, sino también al estremecimiento y a la resquebrajadura de sus imagos parentales. Huérfanas de una infancia real o imaginaria se sienten trasmisoras de muerte, incapaces de garantizar la supervivencia de su niño. Es mediante la creación de este espacio interrelacional como sus padres, mutilados en su función parental e independientemente de la muerte o la supervivencia milagrosa de su bebé, pueden volver a dar la existencia a un imaginario genealógico, con una cierta comprensión interna, tras esta tragedia generacional. Recrean así un árbol genealógico no influido por la tara en una rama que les reconoce y garantiza su capacidad para engendrar niños que deberán vivir y sobrevivirlos.

En este caso, el médico, la enfermera, el biólogo, el psicoanalista, colaboran: unos hacen posible la supresión de la repetición de la fatalidad; otros trabajan para la aceptación, la integración de estos nacimientos, de estos asesinatos y de estas transgresiones.

EL BEBÉ DIABÉTICO*

La aparición de una diabetes insulino-dependiente, enfermedad actualmente irreversible, representa para los padres del bebé o del niño pequeño afectado, un traumatismo innegable, que sin embargo hay que ayudar a suavizar.

Prevalencia e incidencia

De hecho la diabetes es excepcional antes de los seis meses e infrecuente antes del año, y cuando aparece sigue un cuadro muy clásico con deshidratación secundaria por poliuria, hasta la aplicación de insulina que reduce la sintomatología.

Se describen, sin embargo, casos de diabetes en el lactante durante los dos primeros meses de vida y, en general, antes de la tercera semana; una hiperglucemia transitoria precisa de una insulinoterapia cuyas dosis son habitualmente decrecientes, sin embargo una remisión definitiva puede implicar el riesgo de una recaída, diez o veinte años más tarde (alrededor del 60% de los casos) [1, 4, 6].

En un trabajo reciente efectuado en Nueva Zelandia, la incidencia de diabetes se estima entre dos y cuatro niños menores de dos años por cada 100 000 personas [5]. A partir de un año y hasta los 15, la incidencia es relativamente constante con un máximo entre los ocho y los diez años [2].

Perspectiva psicosomática

En el niño muy pequeño, los "cuidados maternos" tienen relación con la noción de falla en el sistema de paraexcitación; esto es lo que se debe adoptar en primer lugar, ya sea que la falla corresponda a una falla objetiva (separación real de la madre) o a una falla aparentemente menos visible (estado depresivo de la madre, por ejemplo). Se trata pues de una especie de "conjunción explosiva" que asocia brutalmente entre sí elementos de origen multifactorial, en proporciones variables según el caso: factores congénitos o hereditarios, el bebé o el niño pequeño era "portador" de la enfermedad diabética: factores vinculados a su economía psicosomática del momento; factores ligados a eso que hemos llamado la falla del sistema de paraexcitación de la madre o de su sustituto.

La importancia de la enfermedad y del tratamiento médico

Como en toda enfermedad irreversible surgida en un bebé o en un niño muy

* Rosine Debray.

pequeño, la evolución ulterior es en gran parte función de la calidad de los reacondicionamientos que los padres sean capaces de hacer frente a este nuevo estado de su niño. Después de la impresión que provocan el anuncio del diagnóstico y lo aparatoso del tratamiento médico diario, los padres deben poder efectuar un verdadero trabajo de duelo en relación con el niño fantasmático y a la vez real, vivido como anteriormente intacto, que en el presente se revela estropeado. La necesaria ambivalencia, hecha de culpabilidad y de agresividad subyacente, puede traer consigo conductas de sobreprotección materna o paterna, indispensables cuando el niño es muy pequeño, pero perjudiciales para su desarrollo ulterior. De hecho, padre y madre deben permanecer en la proximidad física inmediata de su hijo o hija diabético, a fin de asegurarse de que se le apliquen la o las inyecciones cotidianas de insulina y se hagan los análisis de orina para verificar su glucemia y los aportes alimentarios controlados en el día.

El problema de la separación

En este contexto, separarse puede ser algo muy penoso, y más en la medida en que la diabetes aparezca tempranamente en la vida del niño. La madre puede pensar, en efecto, que ella es la única capaz de descubrir –basándose en los menores indicios sólo perceptibles por ella– las primeras señales anunciadoras de una eventual hipoglucemia. Una convicción semejante puede aumentar o retardar la separación, que significaría, por ejemplo, la entrada a la guardería o a la escuela preprimaria.

Repercusiones en la constitución del aparato psíquico del niño pequeño

Éste es el aspecto más importante por considerar. No cabe subestimar la importancia que puede tener para la psique materna el conocimiento de la existencia de una enfermedad irreversible en su niño. Podemos decir que se trata para ella del enfrentamiento con un verdadero estado de neurosis actual: la realidad de la enfermedad, en la que pesa la amenaza siempre posible de un coma, es como un freno muy importante que bloquea la libre circulación de fantasmas. Por otra parte, lo sabemos, mientras más grande sea el obstáculo fantasmático en la madre, menos rápidamente podrá el niño desarrollar su propio aparato psíquico con un valor funcional suficiente. La hiperansiedad materna, así como la fe demasiado rigurosa en el aspecto puramente operatorio del tratamiento, pueden implicar cierto daño en la vida fantasmática del niño y reducirlo a una especie de máquina en la que todos los estados emocionales, por poco intensos que sean, deberán ser relacionados con las variaciones del estado de su glucemia.

Lo ideal sería intentar reducir, hasta donde fuera posible, el sitio atribuido a la enfermedad y su tratamiento en la psique materna, y luego, secundariamente, en la economía psicosomática del niño. Es sólo a este precio como el enclave de realidad irrefutable que la enfermedad representa, se verá circunscrito a su más simple expresión, lo que por otra parte permitirá la suficiente circulación fantasmática y por ende un desarrollo satisfactorio del niño diabético pequeño.

La ayuda puntual o duradera del psiquiatra infantil, así como una eventual psicoterapia conjunta especializada de la madre y el bebé pueden ser extremadamente eficaces según el caso y según los momentos de desarrollo del niño.

EL BEBÉ CARDIACO

La patología cardiovascular en los niños pequeños se debe esencialmente a las cardiopatías congénitas. Siete u ocho niños entre mil presentan en el nacimiento una malformación cardiaca congénita. La gravedad es variable, va desde la persistencia del conducto arterial o de una comunicación interauricular, fácilmente reparables, hasta la atresia del corazón izquierdo o malformaciones complejas que constituyen un grave impedimento. La mayoría de las malformaciones cardiacas son reparables gracias a las cirugía, que ha logrado progresos muy considerables en los últimos años, especialmente en lo que se refiere al niño de pecho.

Las cardiopatías son actualmente, en su mayoría, detectadas en las primeras horas o en los primeros días de su vida, y a veces incluso, gracias a la ecografía, antes del nacimiento. Así, es posible intervenir muy rápidamente. La etiología de las cardiopatías en el 85% de los casos es de origen desconocido. Se busca una anomalía cromosómica, una infección viral o una intoxicación en la madre. En cuanto a los problemas del ritmo cardiaco, son en su mayor parte casos detectados en el periodo neonatal (taquicardias, bradicardias, cardiomiopatías). Las cardiopatías congénitas tienen como característica, como todos los daños de los que puede ser portador un niño al nacer, el hacer difícil e incluso imposible la investidura por parte de los padres. Pero es el simbolismo del corazón, y sobre todo el peligro de muerte, de muerte súbita, anexado a las enfermedades del corazón, lo que pesa sobre el niño y amenaza, al mismo tiempo, a su familia, que no puede inicialmente investir a este niño. Esta falta de investidura es con frecuencia inconsciente y enmascarada por una sobreprotección muy importante. Es la causa de las carencias afectivas, responsables de la aparición de disturbios en las esferas cognoscitiva, instrumental, practognósica, verbal y la relacionada con los problemas de la personalidad.

La enfermedad cardiaca, las intervenciones quirúrgicas y las hospitalizaciones precoces y repetidas no tienen –como se pensó cuando la cirugía cardiaca infantil alcanzó un gran auge hace unos 30 años– como consecuencia directa retardos intelectuales y problemas de comportamiento [1]. Son más

bien las repercusiones en las reacciones del entorno de la cardiopatía del niño las que son importantes.

Debido a los hechos que rodean el nacimiento de un niño afectado de una cardiopatía grave (conmoción para los padres al descubrir la cardiopatía, las hospitalizaciones precoces), la relación entre madre y lactante puede sufrir perturbaciones importantes. Son muchos los padres que temen venir a ver a su recién nacido hospitalizado o que no pueden tocarlo. Decía una madre "Mis caricias pueden matarlo", y sin embargo esta madre es cálida. Había comprobado que cuando tocaba ligeramente la mano de su bebé de tres días en la incubadora [1], se aceleraba el ritmo cardiaco del niño en el monitor. Algunos padres se quedan tiesos y no pueden hablarle a su bebé.

Las repercusiones psicológicas de la enfermedad cardiaca en el bebé

A la edad de los lactantes, los niños cardiacos son frecuentemente descritos por sus madres como niños muy tranquilos y silenciosos. Algunos son pasivos y replegados en sí mismos y dan muestras de poco entusiasmo frente a su madre o un adulto en general. Pocas veces se observan en él gestos de exploración de la cara del adulto. Los gestos anticipatorios son escasos o inexistentes, así como los juegos de intercambio con el adulto. Así, el juego que consiste en dar y recuperar un objeto, como aquel en que el niño lo deja caer fuera de la cuna en espera de que el adulto se lo dé, es poco frecuente. Más tarde, las actividades de ir y venir que consisten en vaciar y llenar, meter y sacar, subir y descender, no se ven muy seguido.

Muy pocos bebés cardiacos juegan con sus manos, sus pies o ciertas partes de la cuna. Las conductas autoeróticas, como la succión del pulgar, con frecuencia están ausentes, aunque estos niños chupan gustosamente los juguetes que se les presentan. Sorprende la ausencia frecuente de balbuceos; los niños permanecen despiertos y silenciosos; más tarde, muestran frecuentemente retardos en el lenguaje. En cambio, son niños extremadamente sensibles al contacto social y reaccionan vivamente a la separación (llantos, rechazo a comer, a dormir). Quizá, acaparados por su relación con el otro, abandonan su relación con los objetos físicos que los rodean [3]. Si un examinador, en el transcurso de una evaluación psicométrica, no toma en cuenta esta particularidad, obtiene, de modo inadecuado, calificaciones muy bajas en las pruebas de desarrollo.

Se pueden observar ciertos automatismos: el bebé que mueve incansablemente su mano en su campo visual o el que vuelve siempre la cabeza del mismo lado. Pero estos estereotipos aparecen a veces en niños que han estado mucho tiempo hospitalizados.

Es sobre todo en la esfera orobucal y en el terreno de la alimentación donde se encuentran dificultades importantes, quizá debidas a un estado de fatiga, a una rápida sofocación o a una sensación de saciedad, alcanzada en

apariencia muy rápidamente, pero el recién nacido y el lactante cardiacos se rehúsan con frecuencia a beber o dejan de hacerlo después de haber tomado un poco de leche o de legumbres. Necesitan un cierto número de pausas: deben descansar y recobrar el aliento. Cada comida dura mucho más tiempo que en el niño normal. Es frecuente oír a las madres decir que pasan sus días en eso, y a veces incluso sus noches.

El control del peso en estos niños es de una importancia capital. Engordan muy poco y un cirujano recomienda un peso mínimo para operar con el máximo de oportunidades de éxito. Por esto es por lo que podemos observar, en un cierto número de madres y a veces incluso de enfermeras, comportamientos que nos hacen pensar en los de ciertas madres de anoréxicos. Sin embargo, ese bebé que se rehúsa a comer, con frecuencia está ávido de mamar. El chupón calma su llanto.

Para estos niños cardiacos parece que ninguna satisfacción ni sustituto de satisfacción puede venir de sus propios cuerpos. La satisfacción debe venir del otro o, a falta de algo mejor, tomar como modelo la situación del otro. Así, ese niño que parece indiferente a la galleta que tiene en la mano, pero que empieza a mordisquearla cuando ve que un adulto hace lo mismo delante de él y expresa su satisfacción.

En el plano más específico del desarrollo psicomotor, se observan en los niños cardiacos desarmonías en las adquisiciones motrices, del lenguaje y de la relación con los objetos inanimados y con las personas. Todos los investigadores que han estudiado el desarrollo intelectual de los niños cardiópatas congénitos están de acuerdo en decir que no hay diferencia entre estos niños y la población general, y esto aproximadamente hasta la edad de cinco años. Sin embargo, los niños que traen una comunicación interventricular presentan retardos importantes que desaparecen después de las intervenciones quirúrgicas. El medio sociocultural es particularmente importante para el niño cardiópata, e incluso para el niño cardiaco. En efecto, se diría que el niño cardiaco parece más sensible que otro a la presencia o a la ausencia de estímulos provenientes de su entorno [1].

Por lo que concierne más directamente a su enfermedad, aun siendo muy pequeño, el niño cardiaco parece tener una intuición sutil de lo que pasa en su cuerpo. En su comportamiento puede leerse la llegada próxima de ciertas mejorías o agravaciones. Una tensión psicológica o un suceso vital, en un niño portador de una malformación cardiaca, pueden desencadenar o provocar descompensaciones, en tanto que hasta ese momento la cardiopatía era bien tolerada.

El apoyo psicológico a los padres debe proporcionarse muy precozmente, aun cuando se ha descubierto una cardiopatía *in utero*. Parece que podría evitarse, así, la llegada inesperada, en los padres y en el niño, de una patología psicosomática o de dificultades causadas por esta situación catastrófica que es el anuncio de la enfermedad.

La posibilidad para estos padres de poder expresar sus dificultades, su

agresividad y el deseo de muerte por lo que toca a su niño, así como su sentimiento de culpa, les haría posible reconocer igualmente los afectos positivos. Tendrían una visión más justa de la realidad, la que en consecuencia les parecería menos destructiva. Por último, podrían amar a su hijo o hija y ocupar para él su lugar de buenos padres. El hecho de que se les aliente a hacer los gestos correspondientes puede ayudarlos en esta vía.

CONCLUSIÓN

Nos parece que el momento en que se anuncia el diagnóstico es particularmente importante y predictivo de la manera en que los padres van a asumir la enfermedad del niño y a investirlo. Otros momentos particularmente difíciles son el regreso a la casa tras largos periodos de hospitalización y, sobre todo, cuando el bebé ha estado hospitalizado desde el nacimiento. El niño cardiaco presenta dificultades de orden psicológico relacionadas en parte con la sobrecarga de afectos provocada en el momento en que se anuncia a los padres la enfermedad. Se trata esencialmente de disturbios en la expresión motriz, de disturbios relacionados con el lenguaje y la adaptación, de disturbios psicosomáticos ligados o no a la enfermedad cardiaca y cuya determinación es de orden psíquico. Encontramos también disturbios de la personalidad, debidos quizá a la falta de investidura global del niño. Raras veces se trata de psicosis franca o de autismo, son más bien desarmonías evolutivas; el niño mantiene el contacto con la realidad, pero con márgenes importantes de inadaptación o de inadecuación que varían según los sectores de actividad, los polos de interés, las personas y los momentos.

Dada la parte capital que desempeña en el desarrollo del niño la investidura de los suyos, es esencial preservar en los primeros días de vida esta investidura pese al duelo brutal que deben hacer los padres del niño que esperaban sano, y pese a la grave herida que se ha hecho a su narcisismo. En esta óptica, una precoz atención a los padres quizá podría evitar la instalación en ellos de defensas demasiado rígidas que dificultarían una investidura suficiente del niño.

El acompañamiento del cardiólogo y del médico de la familia es esencial en este apoyo, pero también la atención del psicólogo y del psicoterapeuta especializados. La naturaleza de las palabras dichas para anunciar la cardiopatía, como las que se profieran durante las diferentes consultas y episodios de la enfermedad, son igualmente determinantes en la manera en que el niño será asumido por los suyos y en que podrá desarrollarse él mismo como un individuo íntegro.

EL BEBÉ VÍCTIMA DE SIDA Y SU FAMILIA*

El primer caso de SIDA diagnosticado en Francia, en abril de 1983, fue en un lactante. Esto provocó de principio problemas psicológicos, sociales y éticos. Para una mejor comprensión de las dificultades suscitadas por esta nueva patología, parece apropiado recordar el contexto médico y científico así como el clima emocional que reinaban en aquel momento.

Un rumor alarmante, difundido desde hacía varios meses por los medios de difusión masiva, presentaba al SIDA como una enfermedad vergonzosa que se propagaba en el seno de grupos marginales y raciales: los homosexuales, los toxicómanos, los haitianos, los africanos, y que representaba por su modo de trasmisión sexual y sanguínea un verdadero peligro para nuestra sociedad. Ese estado de rumor pronto fue dejado atrás; se instaló un clima de pánico cuando se diagnosticó esta patología en sujetos que no formaban parte de esos grupos marginales, pero que habían recibido trasfusiones sanguíneas o de productos derivados de ellas.

El diagnóstico de SIDA en este lactante, hospitalizado por una sospecha de déficit inmunitario congénito, confundió brutalmente el juego relacional existente. El valor simbólico difundido por esta enfermedad, su origen vergonzoso, el riesgo de contagio, el pronóstico fatal, el vacío terapéutico y el exceso de los medios de comunicación tuvieron un efecto de anonadamiento, de paralización. La corriente de información y de relación no circuló más en el sentido habitual. El equilibrio entre el equipo investido de un saber médico, un poder terapéutico y una familia que pone en él su confianza y esperanza, como lo hemos visto en los otros capítulos, estaba roto. Para restablecer el cuadro terapéutico fue necesario un trabajo previo de desbrozamiento, con todas las personas involucradas, respecto de la información poco escrupulosa, vaga, contradictoria, nefasta, seudocientífica; y luego, en una segunda etapa, un trabajo de redifusión de una información correspondiente a los conocimientos, a las observaciones, a la evolución, concernientes tanto a la etiología como a una acción terapéutica posible. Sólo después de un cierto tiempo pudimos hablar de pronóstico, y también cercar mejor los riesgos y los modos de contagio.

La estrategia acostumbrada de los cuidados se había paralizado brutalmente. El efecto traumático, debido al miedo y a la culpa, trajo consigo actitudes de negación. El "secreto" resurgió con una rapidez tal que uno podría pensar en un cambio de mentalidad. Sin embargo, la dinámica institucional debió movilizarse alrededor de los niños y de sus familias. El marco terapéutico se modificó en función de esta enfermedad y sus consecuencias, al mismo tiempo en el comportamiento de los padres, así como en el del grupo asistente y el de los medios de comunicación.

La temporalidad ya no aparece en el registro de la velocidad. Se inscribe más bien en el de la espera, a partir de un estado estacionario que oscila

* Françoise Weil-Halpern.

entre la agravación y el mejoramiento sin restauración hasta el estado inicial. Los tratamientos se dirigen contra los gérmenes oportunistas. Los niños hospitalizados están enfermos. Tienen SIDA. Hasta el momento sólo eran portadores de virus y podían no tener señales clínicas.

¿Quiénes son estos bebés y sus familiares? Los grupos de familias y niños son vigilados en la unidad, cada uno con su carga de dificultades y consecuencias: 1] los lactantes nacidos de madres seropositivas; 2] los lactantes y los niños enfermos.

Los lactantes nacidos de madres seropositivas

Es todavía difícil determinar, desde el nacimiento, si un niño está infectado o no. Lo más frecuente es que su examen clínico sea normal. El virus VIH no parece ser responsable de malformaciones o retardo de crecimiento intrauterino, y las formas de inicio neonatal son excepcionales. En el nacimiento se detecta la presencia de anticuerpos de origen materno, pero se practican sistemáticamente serologías a los seis, a los nueve meses y hasta los 15 meses. Si la serología es siempre negativa, se continúa verificando una vez por año hasta los tres años, previendo una posible positivación ulterior.

La supervisión clínica de un lactante debe hacerse todos los meses; deben tomarse medidas profilácticas: contraindicación del amamantado materno, propuestas a la madre de anticonceptivos y abstención de vacunas vivientes. En el caso de una infección del virus VIH del lactante o ante la persistencia de una serología positiva después del noveno mes, un examen clínico es un balance biológico que incluye un estudio inmunológico, una serología completa y una radiografía pulmonar que deben practicarse cada dos meses. Así, en este grupo, lo que agrava la tribulación de los médicos y aumenta la inquietud de las familias es la poca precisión que se puede ofrecer en cuanto a la seropositividad en el niño, el pronóstico y el momento de inicio de la enfermedad. En cada consulta puede caer la cuchilla. No puede imaginarse una situación más experimental de tensión y de perturbación en las interacciones entre madre y bebé. Uno ve instalarse en los padres mecanismos de negación frente a la enfermedad, lo que simplemente les permite vivir día con día. Pero si bien estos mecanismos permiten que los padres luchen contra lo insoportable, no los protegen mucho contra una inquietud más profunda, que es sin cesar reavivada por los medios de información.

Las familias que vienen regularmente a consulta desaparecen cuando se les anuncia el primer síntoma clínico o la seropositividad de su niño. El aislamiento socioafectivo, en el que se ven obligados a vivir, concentra esta angustia en el seno del grupo familiar, por desgracia con frecuencia muy restringido. Muchas madres viven solas, en situaciones profesionales económicas muy inestables.

El pediatra se encuentra en una situación muy especial en espera de la llegada de los síntomas de una enfermedad contra la que no existe ningún arma. Luego, cuando los síntomas aparecen, se encuentra en una relación médico/familia totalmente trastornada, por lo que se refiere a la relación normalmente basada en la confianza, en el saber y en el poder terapéutico. En este caso, los padres y él mismo poseen la misma información en cuanto a la evolución de la enfermedad, el pronóstico letal y la ausencia total de terapéutica. Por vez primera, se encuentra no sólo frente a un niño en vías de ponerse gravemente enfermo y a su familia, sino también ante un fenómeno médico sociológico que requiere de conocimientos epidemiológicos, psicológicos y sociológicos muy vastos, que él no tiene. Está constantemente confrontado a situaciones dramáticas que comprometen el porvenir de una mujer o de una pareja. Anunciarle a una familia que su bebé, quien sufrió una trasfusión en el momento de nacer, ha sido contaminado con el virus VIH y que va a morir de esa enfermedad de la que la prensa habla tanto, o ser el testigo, en el transcurso de una consulta pediátrica, de la confesión del padre del niño a su compañera de su homosexualidad activa, no es fácil para quien ha elegido convivir con la inocencia de la infancia.

Después de la aparición de los primeros síntomas clínicos y/o biológicos, infecciosos o neurológicos, los padres asisten a una degradación neurológica, a una pérdida progresiva de las facultades en su niño. Los disturbios del sueño y los digestivos, refractarios a cualquier terapéutica conocida provocan grandes perturbaciones en la vida familiar. Cada consulta tiene para los padres un peso fantasmático de esperanza o de milagro. Cada vez salen de ahí decepcionados, porque es el lugar donde vuelven a la realidad. Llenos de preguntas, permanecen mudos, estupefactos. El pediatra debe poder ponerse en el lugar de estos padres, imaginar su vida cotidiana, hacerles preguntas respecto de la calidad de su sueño, de su alimentación, y aportar soluciones prácticas, sencillas, pediátricas, teniendo a su disposición un arsenal de "trucos", como el de la alimentación líquida enriquecida, o los tratamientos sintomáticos para los disturbios del sueño o encontrar un buen antálgico. Las consecuencias en la familia son enormes. La complejidad del modo de contagio (toxicomanía, homosexualidad confesada o no y transfusión sanguínea) es un factor que agrava la repercusión psicopatológica y las relaciones conflictuales en el seno de la pareja y de la familia. Esto va desde la disminución de las relaciones sexuales hasta su rechazo absoluto, lo mismo la ausencia o la negación de todo deseo de tener niños por miedo a un contagio mediante productos sanguíneos.

Frecuentemente se observa una sobreinvestidura del niño, con negación de la deterioración neurológica, actitud de desafío frente al porvenir familiar, profesional o económico. Algunos padres expresan una depresión, que en la mayor parte de ellos es una reacción a la situación que viven, y que puede disminuirse con una consulta psiquiátrica o con medicamentos. Para algunos, se trata de un estado psicopatológico anterior, reactivado o desequilibrado

por la enfermedad del niño. Independientemente de cuál sea la etiología de la depresión ésta provoca una fragilidad, una intolerancia a las dificultades de la vida cotidiana y, en consecuencia, conflictos. La depresión puede manifestarse por medio de una agresividad que va desde el mutismo hasta el paso al acto, como un intento de suicidio, pasando por obsesiones homicidas frente al otro, que puede ser un miembro de la familia o del equipo médico.

Algunos sólo pueden expresar su desesperanza por medio de disturbios psicosomáticos. Los hermanos y hermanas del niño afectado tampoco están protegidos contra esto. La angustia priva en la familia y genera comportamientos contradictorios: existe frente a ellos, ya sea un miedo irracional de contagio que puede obstaculizar su vida social, ya una actitud de trivialización que impide a los padres tomar en cuenta las necesidades psicológicas de su niño.

Por otra parte, nos encontramos por primera vez en una situación en la que padre, madre y niño, están infectados por el mismo virus. Hemos presenciado el inicio de la enfermedad de muchas madres, y su deceso antes o después del de su niño, así como los decesos de tres o cuatro miembros de la familia: padre, madre, niño. Ahora bien, gracias a la evolución actual de los conocimientos epidemiológicos, y especialmente gracias al trabajo de S. Blanche y S. Veber, quienes estudiaron una cohorte de 380 niños desde el nacimiento, se sabe que el 30% de estos bebés fue infectado durante su vida fetal. En la misma época, septiembre de 1988, los servicios sociales de la ciudad de Nueva York lanzaban un llamado de ayuda previendo, para 1989, 72 000 huérfanos de padres muertos por el SIDA. Frente a estas cifras, nos parece que la única prevención, por el momento, es dejar latente el deseo de embarazo en las parejas en las que uno de ellos es seropositivo.

Cuando la madre es la enferma, la situación se vuelve más dramática. Estas mujeres están cansadas, agotadas, con frecuencia hospitalizadas para su tratamiento o el de sus problemas infecciosos. Culpabilizadas, se organizan para ocuparse a toda costa de su niño, pero muchas veces les faltan las fuerzas y eso no hace más que aumentar su desesperación. El ambiente familiar puede hacer en algunos casos el relevo, pero la agravación de la situación provoca a veces conductas de fuga de o soslayo. Se podría pensar que la muerte del niño pone fin a este largo calvario. Por otra parte, se observa que el carácter intolerable de esta enfermedad y sus consecuencias ha provocado tales movimientos afectivos en los registros de la agresividad y del odio, que en muchas familias han reducido a nada todo sentimiento moderado positivo y toda capacidad de relación. Es raro que un proceso de duelo sea posible. Los mecanismos de hiperinvestidura mantienen la imagen de un niño vivo, con frecuencia indemne de cualquier impedimento y que hace progresos. La familia continúa viviendo una pesadilla traumática, reconstruyendo retrospectivamente toda la historia del niño y de la enfermedad, y proyectando en uno o varios miembros del grupo familiar o médico la falta, la muerte.

El aislamiento socioafectivo es inmenso y aumenta más el sufrimiento, agrava el estado psicológico de los padres y los deja solos en peligro, frente a sus impulsos, sus fantasmas y su odio, pero sobre todo frente a su culpabilidad. La mayoría de los niño(as) infectados por el virus VIH tienen una madre que ha practicado la toxicomanía o que vive en un ambiente de toxicómanos. Son mujeres frecuentemente muy jóvenes con un largo pasado de vagabundeo y sufrimiento, y que durante años han vivido a la espera del placer inmediato: el *flash*, buscando procurarse la droga por todos los medios. Algunas lo han abandonado todo para tener un bebé; otras, indiferentes a su propio cuerpo, no se dan cuenta de su propio embarazo hasta que éste está demasiado avanzado. Algunas parejas tratan de arreglárselas, animándose el uno a la otra. Hacen el proyecto entre los dos de un niño. El nacimiento de ese bebé es un momento particularmente denso en afectos, pues, por primera vez, aun cuando han estado jugando con la muerte, se confrontan con la vida.

Todos dicen que comienza una nueva vida para ellos y su niño. Aun si conocen el riesgo de la trasmisión del virus, no llegan a imaginárselo en realidad. El anuncio de la seropositividad es dramático. La enfermedad y la muerte del niño son insoportables.

Cedric tenía 15 meses cuando lo encontramos con sus padres: los dos, antiguos toxicómanos que militan activamente en una asociación. La madre de Cedric proviene de un medio "pudiente", "burgués", como ella dice. Su propia madre murió de un cáncer cuando ella tenía 15 años. Su padre, según lo que nos ha descrito, parece haber caído en la depresión. La señora V continúa haciendo estudios brillantes. En el segundo año de estudios de farmacia (quería heredar la de su padre), encuentra en el restorán universitario a un muchacho originario del Maghreb que hace estudios de sociología en la Facultad de Vincennes. Se enamora perdidamente de él y comienza el descenso a los infiernos. Este hombre, de 35 años, es en realidad un vendedor de droga y va a utilizarla para que robe tóxicos de la farmacia de su padre. Éste se da cuenta de la situación e intenta hablarle pero ella no lo escucha. Él mismo será amenazado por el amigo de su hija. A raíz de un coma, el padre de la señora V la interna en una clínica privada dirigida por uno de sus amigos e intenta que sea curada. Logra hacer que rompa la relación con su amigo y abandone una comunidad de toxicómanos. A partir de este periodo interrumpe el consumo de drogas y sigue su camino, como ella dice, con un compañero que, también, dejó la droga.

Dentro de su vida aislada, fueron brutalmente confrontados con el SIDA debido a que muchos miembros de la comunidad enfermaron y después murieron. La señora V rechazó esta realidad durante mucho tiempo. "Se trata de otro ataque contra los toxicómanos." Se percató de su embarazo a los seis meses y medio. Tuvo un periodo de gran fatiga, de palidez y adelgazó más de siete kilos. Fueron los movimientos del feto los que la pusieron sobre aviso. Este bebé fue esperado con júbilo; una nueva vida comenzaba. El nacimiento fue un momento de gran felicidad. Cedric pesaba 1.950 kilos, pero "era muy bonito", decía ella. Estaba demasiado fatigada para amamantarlo. Cedric tuvo un desarrollo normal. Anduvo a los 12 meses y a los 15 empezó a hablar. Pero en un fin de semana en la casa del padre de la señora V, Cedric tuvo grandes dificultades para caminar. El médico aconsejó una consulta en el hospital pediátrico cercano al domicilio. Desde las primeras preguntas del médico, el padre de Cedric pensó

en el virus VIH y se lo dice al médico, quien les pregunta si ellos están infectados. No se han hecho la prueba. Luego de esto, dice la señora V, todo sucedió rápidamente. Los tres eran positivos, luego los tres enfermaron y fueron hospitalizados, uno tras otro. Cedric murió luego de dos meses de hospitalización en estado caquéctico. El padre gritó su dolor: "Fue él quien pagó todo. Yo hice todo por salir adelante, pero fue él quien pagó todo." El señor V murió dos meses después que su hijo y su mujer está actualmente hospitalizada con un síndrome neurológico. Tiene 27 años.

La atención a estas familias y a estos bebés ha evolucionado desde que llegó el primer niño afectado de SIDA. Las mujeres jóvenes, las parejas jóvenes tienen actualmente un conocimiento de los riesgos de esta enfermedad y de sus consecuencias. Por otra parte, las informaciones que da el médico son ahora precisas y sin ambigüedad, lo que debe permitir que cada quien afronte este "mal" en función de su modo de defensa. La desesperación ha tomado el lugar de la agresividad, del mutismo y del odio. Ahora es posible la comunicación y la reflexión acerca del modo de vida, del pasado y de las relaciones con el padre y la madre. Pero esto cesa con la aparición de los primeros signos neurológicos, la agravación del estado infeccioso o una nueva hospitalización. En el transcurso de las entrevistas, algunos padres o madres muestran actualmente, al menos hasta la aparición de signos neurológicos, posibilidades de conflicto y una cierta flexibilidad psíquica, un sistema de defensa que no ha sido arrasado pese a los años de "desenfreno".

Sin embargo, la inexorabilidad del destino que viene a inscribirse con la aparición de las primeras señales clínicas hace trizas cualquier porvenir, y provoca en los padres una hiperinvestidura de su niño, luego lo intolerable hace el resto y los arrastra al túnel de la negación de la realidad. No podemos comparar esta situación con otras ya analizadas, por ello pensamos que nuestra intervención sólo puede y debe inscribirse en el marco de una atención, cuyos objetivos o realización deben ser pluridisciplinarios. Así, si debemos respetar la solicitud pediátrica de estas madres, de estos padres, pensamos que el porvenir de un bebé es el de ser atendido por su madre, y que para esto es necesario que ella se interese en su estado somático. En cambio la inestabilidad relacional, la incapacidad para respetar un horario, para soportar la espera que se observa en estas jóvenes mujeres, provocan muchas veces actitudes fatalistas en la mayoría de los inmunólogos de adultos: "con los toxicómanos es imposible". Sin embargo, adquieren conciencia poco a poco de que están frente a madres que se sienten responsables de su bebé. Su cambio de actitud ha provocado que muchas jóvenes mujeres acepten una vigilancia médica. Esto es capital porque actualmente la mayoría de estas jóvenes madres seropositivas entran en la enfermedad del SIDA y algunas en su fase terminal.

El trabajo multidisciplinario de equipo ha permitido mejorar considerablemente las condiciones de su hospitalización. La presencia de un psiquiatra en el seno de este equipo, que recibe a los bebés afectados de SIDA y a su madre, ha permitido que algunas de ellas, pese a la imposición de la realidad de esta enfermedad inexorable traduzcan en palabras aquello que sólo podía ser expresado mediante actos desde mucho tiempo atrás.

En compensación, estas jóvenes madres toxicómanas y extoxicómanas, que se han desenvuelto en ese medio, nos han llevado a adaptarnos y a comprender cómo establecer una relación con ellas. Nuestros tradicionales esquemas de atención ya no eran válidos. Nuestro conocimiento de las interacciones madre/bebé nos ha permitido, dada la hiperinvestidura de su niño, relacionarnos con ellas. Al situarnos en lo instantáneo, ellas, gracias a su propio funcionamiento ligado a la droga: el *flash,* han podido percibirse en interacción con su bebé, lo que ha hecho posibles una distancia y un regreso respecto de ellas mismas.

Sin embargo, nos parece que cuando el estado del bebé o del niño se agrava, la necesidad de poder vivir simplemente día con día trae consigo otra vez la instalación en estas jóvenes madres de la negación y del funcionamiento en el acto. La relación establecida entre el terapeuta y la madre no se destruye si la evolución fatal ha podido ser evocada. Desde nuestro encuentro con la primera familia cuyo niño tenía SIDA, en 1983, el más amplio conocimiento de los mecanismos de la enfermedad, la aceptación de la impotencia médica y una mayor humildad frente a un sufrimiento tan espantoso, nos han permitido ofrecer a estas familias un discurso y una actitud más apropiados.

Sólo muy raras veces volvemos a ver a estas madres después de la muerte de sus bebés. Sin embargo son cada vez más las que vuelven y nos hacen pensar que, quizá gracias a nuestra intervención, pueden funcionar en otro registro y no sólo en el de todo o nada.

BIBLIOGRAFÍA

Todas las enfermedades crónicas que afectan al bebé perturban su medio familiar e implican dificultades en sus relaciones interactivas con aquellos que lo crían y lo cuidan, como hemos visto a propósito de los ejemplos que elegimos.

Desde este punto de vista, se podría describir de algún modo una patología mental específica en las diversas afecciones que pueden sufrir el niño y su familia.

De hecho, todo depende de la naturaleza del daño visceral y de la intensidad de la enfermedad que éste implica y, en consecuencia, de la depresión que tal daño provoca en el bebé y en sus padres.

El pronóstico interviene aquí en razón de la gravedad de estas enfermedades, algunas de las cuales pueden ser mortales a corto o largo plazo.

¿Cómo pueden comportarse los padres cuando conocen el desenlace muy probablemente mortal del problema? ¿Cómo pueden soportar que una enfermedad mejore sabiendo que el resultado fatal es seguro pese a que el plazo pueda ser alejado?

Las tecnologías de vanguardia vienen también a complicar las interrelaciones, debido tanto a las esperanzas que suscitan como a las decepciones que pueden surgir en caso de un fracaso.

No podemos contemplar aquí esa psicopatología diferencial propia de las enfermedades que provocan los diferentes problemas, ni a los tratamientos paliativos o curativos que se ponen en juego.

Nos ha parecido útil, sin embargo, proporcionar a nuestros lectores una bibliografía relacionada con otras enfermedades diferentes de las que hemos estudiado aquí y que les permitan consultar trabajos relativos a sus consecuencias más o menos específicas, en cuanto al funcionamiento mental de los enfermos y el de sus familias.

HEMOFILIA

[1] Graham, J.B., P.P. Green y R.A Mc Graw *et al.*, "Applications of molecular genetics to prenatal diagnosis and carrier detection in the hemophilias: Some limitations", en *Blood*, 1985, 66: 759-764.
[2] Guenthner, E.E., M.W. Hilgartner y C.H. Miller, *et al.*, "Haemophilice arthropathy: Effect of home care on treatment patterns and joint disease", en *J. Pediatr.*, 1980, 97: 378-382.
[3] Mattei, M. y A. Orsini, "Troubles des mécanismes de coagulation", en *Hématologie pediatrique*, A. Orsini y H. Perrimon (comps.), París, Flammarion, 1982, pp. 320-336.
[4] Neimann, N., P. Alexandre, André, *et al.*, "L'hémophilice féminine", en *Pédiatrie*, 1977, 32: 5-18.
[5] Pichot, F., B. Bader y Y Laurian, *et. al.* "Syndrome immunodéficitaire acquis chez un adolescent hémophile", en *Arch. Fr. Pédiatr.*, 1986, 43: 341-344.
[6] Vergoz, D., "La vie pratique des hémophiles", en *Concours Méd.*, 1986, I: 59-65.
[7] Vittecoq, D., "Le SIDA post-transfusionnel", en *La Lettre de l'Infectiologue*, 1986, I: 59-65.

DÉFICIT INMUNITARIO

[1] Anzieu, D., "Le moi-peau", en *Nouv. Rev. Psychanalyse*, 1974, 9: 195-208.
[2] Bettelheim, B., *Un lieu où renaître*, París, Laffont, 1975.
[3] Bick, E., "L'expérience de la peau dans les relations objetales précoces", en *Int J. Psych.*, 1964, 45: 558-565.
[4] Bowlby, J., *Cuidados maternos y la salud mental*, Buenos Aires, Humanitas.
[5] Bowlby, J., *Vínculo afectivo*, Buenos Aires, Paidós.
[6] Brunet, O., y I. Lézine, *Le dévéloppement psychologique de la première enfance*, París, PUF, 1951.
[7] Freud, A., *El yo y los mecanismos de defensa*, Buenos Aires, Paidós.
[8] Freud, S., *Esquema del psicoanálisis*, en *Obras completas*, vol. XXIII, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.
[9] Freud, S., *Trabajos sobre metapsicología*, en *Obras completas*, vol. XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.
[10] Freud, S., *Tres ensayos de teoría sexual*, en *Obras completas*, vol. VII, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.
[11] Fuller, J.L., "Experimental deprivation and later behaviours", en *Science*, 1967, 158: 1645-1652.
[12] Gnassia, J.C., y C. Griscelli, "Utilisation d'une enceinte étanche pour la prévention des infections dans les déficits immunitaires profunds. Étude bacteriologique", en *Nouv. Presse Médicale*, 1974, 3, 22: 14-29.
[13] Griscelli, C., "Bone marrow transplantation in SCID", en *Birth Defects*, 1958, XI 426.
[14] Griscelli, C. y A. Fischer, "Indications et résultats des transplantations médullaires chez l'enfant", en *Journées parisiennes de pédiatrie*, París, Flammarion, 1983.
[15] Lanvergeon, B., y H. Hageri, "Césariennes axéniques pour déficits immunitaires congenitaux", en *Rev. Fr. Gynécol.*, 1975, 70, 10, 563-570.
[16] Lebovici, S., *Le nourrisson, la mère et le psychanalyste*, París, Le Centurion, 1984.
[17] Lefèvre, M., "'Les bébés-bulles': le moment de la sortie, mémoire de fin d'études le CES de psychiatrie", Université Paris-Nord, 1985.
[18] Mahler, M., *El nacimiento psicológico del infante humano*, Buenos Aires, Marymar, 1977.
[19] Robertson, J., *Jeunes enfants à l''ôpital*, París, Le Centurion, 1972.
[20] Teller, W.M. *et al.*, "Reasing of non identical with lymphopenic hypogammaglobulinemia under gnotobiotic conditions", en *Acta Paed. Scand.*, 1977, 240.
[21] Weil-Halpern, F. y D. Rapoport, Griscelli, C., "Les bébés-bulles", en *Psychiatrie de l'Enfant.*
[22] Weil-Halpern, F. S. Lebovici y C. Griscelli, "De l'influence du psychisme dans la transmission biologique", en *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1985, 33, 2-3: 121-128.
[23] Weil-Halpern, F. y C. Griscelli, "Les enfants atteints de déficit immunitaire, confinés en bulle, et la famille", en *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1985, 0: 427-434.
[24] Weil-Halpern, F., S. Lebovici y C. Griscelli, "Naissance après la mort d'un enfant atteint de déficit immunitaire", *Exposición en el Colloque franco-quebecois*, 1985.
[25] Williamson, A. *et al.*, "A special report: Four years study of a boy with combined immune deficiency maintened in strict reverse isolation from birth", *Ped. Res.*, 1977, II: 63-89.
[26] Winnicott, D.W., "Objeto transicional y fenómenos transicionales", en *Realidad y juego*, Barcelona, Gedisa, 1972.

DIABETES

[1] Calamn, M. y C.S. Peckham, "Incidence of insuline-dependent diabetes in the first 16 years of life", en *Lancet*, 1977, I: 589-593.
[2] Cramer, B., "Aspects psychiatriques du diabete juvénile", en *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, S. Lebovici, D. Diatkine y M. Soulé (comps.), París, PUF, 1985, II, pp. 579-588. [ed. esp. Madrid, Biblioteca Nueva].
[3] Debray, R., *L'equilibre psychosomatique. Organisation mentale des diabétiques* París, Dunod, 1983, 258 pp.
[4] Dieterlen, P. y H. Lestradet, "Diabete sucré et melliturie", en *Encycl. Med. Chir.* (París) Pédiatrie, 1982, 2:4959 K 10.
[5] Grossley, J.R. y M. Upsdell "Incidence of juvenile diabetes mellitus in New Zeland", en *Diabetologia*, 1980, 18: 29-34.
[6] Hoffmann, W.H., "Prevalence of permanent congenital diabetes mellitus (letter)", en *Diabetologia*, 1980, 19, 5: 487-488.

CARDIOPATÍAS

[1] Aparicio, M., J. Corread, A.-M. Rossignol, J. Boucharlat y M. Bost, "Les implications psychopédagogiques des cardiopathies congénitales", en *Revue Internationale de Pédiatrie*, 1978, 81: 5-19.
[2] Batisse, A., "Les troubles du rythme de la conduction chez l'enfant", en *La Revue de Pédiatrie*, 1980, 7: 387-404 y 1980, 8: 451-460.
[3] Kreisler, L., *El niño psicosomático*, Buenos Aires, Abril.
[4] Kreisler, L. y B. Cramer, "Las bases clínicas de la psiquiatría del lactante", en *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé (comps.), París, PUF, 1985, pp. 649-653 [ed. esp., Madrid, Biblioteca Nueva].
[5] Kreitmann, P., "Cardiopathies congénitales et développement psycho-afectifc. I: Le point devue du chirurgien", en *Psychologie Médicale*, 1983, 15, 12: 2041-2042.
[6] Landtman, B., "Aspects psychologiques de la maladie cardiaque chez l'enfant", en *Coeur*, 1977, VIII, 3: 545-556.
[7] Myquel, M. y M. Goy. "Cardiopathies congénitales et développement psycho-affectif. II: Le développement psycho-affectif", en *Psychologie Médicale*, 1983, 15, 12: 2045-2051.
[8] Pericchi, C., *El niño enfermo*, Barcelona, Herder, 1986.
[9] Rausch de Traubenberg, N., "Implications psychologiques des cardiopathies congénitales. Effects des interventions correctrices", París, Tesis Sorbonne, 1965.
[10] Ribierre, M., "Les parents d'enfants cardiaques", en *Gazette Médicale de France*, 1977, 84, 2: 87-88.
[11] Ribierre, M., "Etiologie des cardiopathies congénitales. A coeur ouvert", en *Bulletin Trimestriel de l'Association Nationale de Cardiaques Congénitaux*, 1981, 66: 8-9.

SIDA

[1] Weil-Halpern, F., "Le décès d'un enfant atteint d'un déficit immunitaire, ses conséquences sur les relations entre la mère et le bébé né ultérieurement, sain ou atteint", en *Conférence, Colloque franco-quebécois*, Montreal, octubre de 1985.
[2] Weil-Halpern, F., S. Blanche, A. Fischer, S. Lebovici y C. Griscelli, "Les enfants atteints de SIDA. Problèmes thérapeutiques. Problèmes éthiques. Propositions pour une prise en charge pluridisciplinaire", *Comunication au Congrès International de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, París, julio de 1986.
[3] Weil-Halpern, F. y C. Griscelli, "Les enfants atteints de déficit immunitaire et

leur famille", *Comunication au Congrès International de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescente,* París, julio de 1986.

[4] Weil-Halpern, F., A. Fischer y C. Griscelli, "Le poids de la transmission d'une maladie héréditaire à pronostic létal et les conséquences sur les relations mères/bébés en cas de survie", *Comunication au Congrés International de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent,* París, julio de 1986.

[5] Weil-Halpern, F., A. Durandy, C. Bremard y C. Griscelli, "Conséquences d'un diagnostic anténatal sur les relations mères/nourrissons", *Comunication au Congrés International de l'Enfant et de l'Adolescent,* Estocolmo, 1986.

[6] Weil-Halpern, F., S. Lebovici y C. Griscelli, "AIDS afflicted infants. A proposition for pediatric treatment", *Comunication au la International Conference on AIDS,* París, junio de 1986.

[7] Weil-Halpern, F., S. Levobici y C. Griscelli, "The law of silence and its consequences on infants of AIDS afflicted fathers", *Comunication Internacional Conference on AIDS,* París, junio de 1986.

[8] Weil-Halpern, F., "L'aide psychologique aux enfants atteints de SIDA et à leur famille", Comunicación, *Colloque Satellite de l'International Conference on AIDS,* París, junio de 1986.

[9] Weil-Halpern, F. y S. Blanche, "L'enfant et le SIDA", en *L'enfant et sa santé,* M. Manciaux y S. Lebovici (comps.), París, Doin, 1987.

[10] Weil-Halpern F., "L'apport du psychologue à quelques problèmes médicaux d'actualité", en *Rev. Fr. Psychol.,* número especial, julio de 1986.

[11] Weil-Halpern, F., "La mort d'un enfant atteint du SIDA. Proposition pour une prise en charge", en *Journées parisiennes de paediatrie,* París, Flammarion, Médecine-Sciences, 1987.

MUCOVISCIDOSIS

[1] Barbero, G.J., "Commentary. The clinical form of cystic fibrosis", en *J. Pediatr.,* 1982, 100: 914-915.

[2] Berkin, K.E., S.R. Alcock y B.H.R Stack, "Cystic fibrosis. A review of 26 adolescent and adult patients", en *Eur. J. Respir, Dis.,* 1985, 67: 103-1111.

[3] Blumer, J.L., R.C. Stern y T.S. Yamashita, *et al.,* "Cephalosporin therapeutics in cystic fibrosis", en *J. Pediatr.,* 1986, 108: 854-860.

[4] Boucher, R.C., M.R. Knowles y M.J. Stutts, "Epithelial dysfunction in cystic fibrosis lung disease", en *Lung,* 1983, 161: 1-17.

[5] Davis, P.B. y P.A. Di Sant'Agnesse, "Diagnosis and treatment of cystic fibrosis. An update", en *Chest,* 1984, 85: 802-809.

[6] Dodge, J.A., "Gastro-intestinal tract and nutrition in cystic fibrosis", en *J. Roy. Soc. Med.,* 1986, 79: 27-31.

[7] Duhamel, J.-F., G. Travert y S. Briére *et al.,* "Prise en charge nutritionnelle des nouveau-nés et nourrissons atteints de fibrose kystique du pancréas et dépistés à la naissance", en *Arch. Fr. Pédiatr.,* 1986, 43: 229-233.

[8] Feigelson, J., Y. Pecau y J. Navarro, "Surveillance hépatique à long terme dans la mucoviscidose", en *Ann. Pédiatr.,* 1985, 3: 218-222.

[9] Frézal, J., O. Haguenauer-Cohen, Nguyen Van Cong, "Un grand pas en avant: le gène de la fibrose kystique du pancréas est localisé", en *Arch. Fr. Pédiatr.,* 1986, 43: 225-228.

[10] Gowen, C.W., E.E. Lawson y J. Gingras-Leatherman, *et al.,* "Increased nasal potential difference and amiloride sensitivity in neo-nates with cystic fibrosis", en *J. Pediatr.,* 1986, 108: 517-521.

[11] Hardy, K.A., K.L. McGowan y M.F. Fischer, *et al.,* "Pseudomonas ceracia in the hospital setting: Lack of transmission between cystic fibrosis patients", en *J. Pediatr.* 1986, 109: 51-54.

[12] Hennequet, A., M. Jehanne y P.-H. Delamarche, "Les aspects radiologiques du poumon au cours de la mucoviscidose", *Ann. Pédiatr.,* 1973, 20: 13-20.

[13] Hordvik, N.L., P. Konig y D. Mirros, *et al.,* "A longitudinal study of bronchodilator responsiveness in cystic fibrosis", en *Am. Rev. Respir. Dis.,* 1985, 131: 889-893.

[14] Katz, J.N., R.I. Horwitz y T.F. Dolan, "Clinical features as predictors of functional status in children with cystic fibrosis", en *J. Pediatr.,* 1986, 108: 352-358.

[15] Kearns, G.L. y J.M. Trang, "Introduction to pharmacokinetics: Aminoglycosides in cystic fibrosis as a prototype", en *J. Pediatr.,* 1986, 108: 352-358.

[16] Kredenster, J.V., C. Pokrant y J.A. McOshen, "Intra-uterine insemination for infertility due to cystic fibrosis", en *Fertil Steil.,* 1986, 45: 425-426.

[17] Lewis, B.L. y D.T. Khaw, "Family functioning as a mediating variable affecting psycho-social adjustement of children with cystic fibrosis", en *J. Pediatr.,* 1982, 101: 636-639.

[18] Matthews, L.W. y D. Drottar, "Cystic fibrosis. A challenging long-term chronic disease", en *Pediatr. Clin. North. Am.,* 1984, 31: 133-152.

[19] Phillips, S., W.E. Bohannon y W.F. Gayton, "Patent interview findings regarding the impact cystic fibrosis on families", en *J. Dev. Behav. Pediatr.,* 1985, 6: 122-127.

[20] Raten, F., R. Wonne y M.G. Posselt, "A double blind placebe controlled trial with oral ambroxol and N-acetylcysteine for mucolytic treatment in cystic fibrosis", en *Eur. J. Pediatr.,* 1985, 144: 374-378.

[21] Roy, C.C., Weber, A.M., "Nutrición del niño con fibrosis/quística", en *Nutrition in Pediatrics,* W.A. Walker, y J.B. Watkins (comps.), Toronto, Little Brown, 1985, 463-484.

[22] Shwachman, H., M. Kowalski, D.T. Khaw y "Cystic fibrosis: A new outlook", en *Medicine,* 1976, 56: 129-149.

[23] Smith, A.L., "Antiobiotic therapy in cystic fibrosis: Evaluation of clinical trials", en *J. Pediatr.,* 1986, 108: 886-870.

[24] Smith, N.J., C.L. Stanitskji y P.G. Dyment, "Effects of a swimming program on children with cystic fibrosis", en *Am. J. Dis. Child.,* 1986, 140: 80-83.

[25] Stern, R.C., T.F. Boat y C.F. Doershuk, "Course of cystic fibrosis in 95 patients", en *J. Pediatr.,* 1976, 89: 406-411.

[26] Travert, G. y J.-F. Duhamel, "Dépistage néo-natal systématique de la mucoviscidose par dosage de la trypsine immunoréactive sanguine. Bilan de 80 000 tests", en *Arch. Fr. Pédiatr.,* 1983, 40: 295-298.

[27] Wood, R.E., T.F. Boat y C.F. Doershuk, "State of the art: Cystic fibrosis", en *Am. Rev. Respir. Dis.,* 1976, 113: 833-878.

[28] Zach, M., B. Oberwaldner y F. Hausler, "Cystic fibrosis: Physical exercice versus chest physiotherapy", en *Arch. Dis. Child.,* 1982, 57: 587-589.

ENFERMEDADES RENALES CRÓNICAS

[1] André, J.-L. y G. Picon, "Aspects psychosociaux du traitement de l'insuffisance rénale terminale", en *XXVI Congrés de l'Association des Pediatres de Langue Française,* Toulouse, Fournié, 1981, pp. 611-625.

[2] André, J.-L., J. Deleau y N. Martinent *et al.,* "Approche épidémiologique de l'insuffisance rénale chronique en Lorraine", en *Méd. Hyg.,* 1965, 43: 533-540.

[3] Becher, D., L. Igoin y S. Delons, "L'adolescent devant l'hemadialyse et la transplantation: problèmes psychologiques et facteurs d'évolution", en *Arch. Fr. Pédiatr.,* 1979, 36: 313-319.

[4] Broyer, M., G. Rizzoni y F.P. Brunner *et al.,* "Combined report on regular dialysis and transplantation of children in Europe", en *Process Eur. Dial. Transplan. Assoc.,* 1985, 22: 55-79.

[5] Larbre, F., "La néphrose de l'enfant", en *Journées parisiennes de Pédiatrie,* París, Flammarion, 1981.

[6] Linne, T., A. Aperia y O. Broberger *et al.,* "Course of renal function in IgA glomerulonephritis in children and adolescents", en *Acta Paediatr. Scand.,* 1982, 71: 735-743.

[7] Loirat, C., "Néphrose", en Encycl. *Med. Chir. París. Rein, organes génito-urinaires,* 18 052, $I^{10, 11}$, 1985, I^{8}.

[8] Macher, M.-A., C. Loirat y G. Pillion *et al.,* "Insuffisance rénale chronique chez l'enfant. Etiologie, évolution et pronostic", en *Arch. Fr. Pédiatr.,* 1986, 43: 401-406.

[9] Mancarz, B., J.-L. André y J.-P. Descamps, *et al.,* "L'école au service d'hémodialyse infantile à Nancy", en *Arch. Fr. Pédiatr.,* 1979, 36 (supl.): LXXIII-VI.

[10] Raimbault, G., "Problèmes psychologiques posés par l'hemodialyse chronique en pédiatrie", en *Journées parisiennes de Pédiatrie,* París, Flammarion, 1981, pp. 285-295.

[11] Royer, P., R. Habib y H. Mathieur *et al.*, *Néphologie pédiatrique,* París, Flammarion, 1983.
[12] Springberg, P.D., L.E. Garrett y A. Thompson, *et al.*, "Fixed and reproductible orthostatic proteinuria results of a 20 year follow up study", en *An. Intern. Med.*, 1982, 97: 516-519.
[13] Vehaskari, V.P. y J. Rapola, "Isolated proteinuria: Analysis of a school-age population", en *J. Pediatr.*, 1982, 101: 661-688.
[14] Zucman, E., "Vida cotidiana y vida social en el niño enfermo crónico", en *Journées parisiennes de Pédiatrie,* París, Flammarion, 1980, pp. 377-385.

EPILEPSIA

[1] Amiel-Tison, C., "Le nouveau-né de mère épileptique", en *Concours méd.*, 1982, 104: 952-959.
[2] Beauchesne, H., *L'epileptique,* París, Dunod, 1980.
[3] Beaussart, M. y J. Beaussart, *Vivre l'épilepsie,* Lyon, SIMEP, 1982.
[4] Boudouresques, J. y J. Roger, "Les difficultés d'insertion socioprofessionnelle des epileptiques", en *Nouv. Presse. Méd.*, 1981, 10: 2938-2940.
[5] Drossart, F., C. Sallou y R. Soulayrol, *et al.*, "Aspects psychosociaux en épileptollogie infantile", en *Les épilepsies de l'enfant. Cours de perfectionnement en épileptologie infantile. Documentation Médicale.* Labaz, 1985, 97-104.
[6] Dulac, O., C. Munari y M. Revol *et al.*,"Problème thérapeutiques en épileptologie infantile", en *Les épilepsies de l'enfant. Cours de perfectionnement en épileptologie infantile. Documentation Médicale.* Labaz, 1985, pp. 129-148.
[7] Gastaut, H., "La vie pratique de l'épileptique", en *Concours méd.*, 1981, 103: 7349-7359.
[8] Grissac, P. de, "Scolarité et orientation professionnelle des enfants épileptiques", en *Réadaptation,* 1985, 37: 13-17.
[9] Loiseau, P. "Le traitement des épilepsies: règles practiques", en *Nouv. Presse Méd.*, 1973, 20: 1367-1368.
[10] Loiseau, P., *Les épilepsies,* París, Masson 1984.
[11] Loiseau, P., "Épilepsies partielles benignes de l'enfance", en *Les épilepsies de l'enfant. Cours de perfectionnement et épileptologie infantile, Documentation médicale,* Labaz, 1985, pp. 79-85.
[12] Moutard-Codou, M.L., J. Deleuze y Vu-Ngoc Quynh, "Epilepsie de l'enfant", en *Rev. Prat.*, París, 1985, 35: 3165-3182.
[13] Plouin, P., "Apports, limites et pièges de EEG dans l'épilepsies de l'enfant", en *Les épilepsies de l'enfant, Cours de perfectionnement en épileptologie infantile,* Documentation Médicale, Labaz, 1985, pp. 27-39.
[14] Ramaroson, S., "Devenir des enfants épileptiques ayant séjourné au centre d'observation et de cure", trabajo de tesis, Nancy, 1985.
[15] Tridon, P., M. Weber y M. Manciaux, "Place des établissements spécialisés dans l'observation et la cure des enfants épileptiques", en *Pédiatrie,* 1974, 29: 429-432.
[16] Vespignani, H. y M. Weber, "Les épilepsies à ne pas traiter", en *Concours Méd.*, 1985, 107: 1839-1843.
[17] Weber, M., "Nosologie. Classification Épidemiologie", en *Les épilepsies de l'enfant. Cours de perfectionnement en épileptologie infantile,* Documentation Médicale, Labaz, 1985, pp. 15-25.
[18] Weber, M. y H. Vespignani, "Surveillance du traitement antiépileptique", en *Concours méd.*, 1984, 106: 4427-4434.
[19] Weber, M. y H. Vespignani, "Choix du traitement antiépileptique", en *Concours Méd.*, 1984, 106:4297-4302.
[20] Wolf, P., "The classification of seizures and the epilepsies", en *The epilepsies,* R.J. Porter y P.L. Morselli (comps.), Londres, Butterworths, 1985, pp. 106-124.

34. EL BEBÉ VULNERABLE: EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS

SERGE LEBOVICI

En un artículo anterior, L. Kreisler desarrolló el concepto de vulnerabilidad psicosomática (cf. cap. 27). Con este nombre estudió diferentes formas de fragilidad que se expresan a partir de disfuncionamientos interactivos. En este capítulo estudiaremos, más bien, la forma en que los niños a los que podemos llamar vulnerables enfrentan los riesgos que pueden amenazarlos.

El estudio de los riesgos que amenazan al niño y de su vulnerabilidad constituyó el tema del VIII Congreso de la Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño, del Adolescente y de las Profesiones afiliadas en Filadelfia (1974). Los trabajos de este congreso fueron publicados en francés en 1982 [1]. Las dos nociones, riesgo y vulnerabilidad, fueron objeto de dos capítulos de *L'enfant et sa santé* [4]. En lo que sigue recurriremos en gran parte a estos trabajos.

En la introducción a *L'enfant vulnérable* , E. J. Anthony nos recuerda la alegoría de los tres muñecos a quienes se les pega con la misma intensidad con un martillo (los riesgos) [1]. El primero es de fierro; no se altera; el segundo es de vidrio; se rompe; el tercero es de plástico; a veces se deforma. Éstos son los efectos en cuanto a diferencia de fragilidad: es la vulnerabilidad. El mismo autor nos recuerda además que el ser humano es mucho más complejo y cita aquí a un historiador, Maus [6]: "La historia de la infancia es una pesadilla de la que hemos empezado a despertarnos hace poco; mientras más vamos atrás en la historia, el niño sufre malos cuidados y corre mayormente el riesgo de morir, de ser abandonado, golpeado, aterrorizado y de ser víctima de agresiones sexuales." En la práctica, los riesgos que corren los niños pequeños son muy numerosos; en principio están los relacionados con su capital genético; un riesgo que implica dificultades eventuales de desarrollo. Esto puede manifestarse también a lo largo de hechos cuya importancia a veces es sólo apreciable *après coup*, en el proceso de desarrollo. La amenaza puede tener que ver también con las condiciones de la vida familiar y sabemos cuán desfavorecidos están aquellos que han sido criados en familias pobres en el plano socioeconómico o cultural. Regresaremos a estos riesgos que ya han sido evocados más de una vez en este libro, pero quisiéramos subrayar que estas diferentes situaciones pueden agravarse debido a las diversas reacciones de los bebés afectados o a aquello que podemos denominar su vulnerabilidad.

LOS RIESGOS

A este propósito podemos hablar en términos de epidemiología cuantitativa, lo que equivale más o menos a estudiar la morbilidad o la prevalescencia de una enfermedad; por ejemplo, decir que un niño de padre esquizofrénico tiene diez oportunidades entre cien de presentar los mismos problemas que su padre enfermo o uno entre dos de volverse esquizofrénico si sus padres están enfermos, es hablar en función de riesgos: estos riesgos son genéticos y reflejan la herencia de esta enfermedad. En otros casos, se hará alusión a las condiciones sociales y económicas de la aparición de los disturbios mentales; así, se puede establecer del mismo modo una carta de lo inevitable y de los irreparable.

Se ha reprochado mucho a este enfoque ser un motivo de desesperanza, pues lo que hace es etiquetar y, por consecuencia estigmatizar; lo que encierra en un gueto ineludible a las familias de los enfermos mentales o a aquellas que pertenecen al cuarto mundo [8]. En estas condiciones, el clínico busca sobre todo basarse en lo que el epidemiólogo le informa acerca de los factores de riesgo.

LOS FACTORES DE RIESGO (O INDICADORES DE RIESGO)

O. Jeanneret nos recuerda que, de hecho, los epidemiólogos estudian, en eso que llaman índices de salud, las tasas de mortalidad y de morbilidad en la población [4]. Pero el concepto de riesgo se hace operacional cuando se emplean las nociones de factores de riesgo, cuando se calcula el riesgo relativo o el riesgo atribuible. La noción de riesgo se vuelve entonces esencial hablando de salud pública y se encuentra más apropiada que la de necesidades. Se trata de identificar a los individuos y a los grupos, incluso a las categorías "particularmente expuestas a riesgos definidos, y hasta de prever las intervenciones juiciosamente designadas como objetivo" (Jeanneret). Este autor nos recuerda que la OMS, por medio de la pluma de E.M. Backett [2], plantea en principio que: "El hecho de tener conocimiento de un suceso previsto antes de que se produzca, permite encontrar una respuesta proporcional." En ese mismo artículo, toma tres ejemplos de indicadores de riesgo que aluden precisamente al porvenir de la salud del recién nacido y del bebé: 1] el puntaje de APGAR que es utilizado como indicio de un peligro vital grave; 2] los indicadores de riesgo de partos prematuros; 3] los resultados del estudio clínico y del video de las particularidades en las interacciones precoces.

No entraremos aquí en el estudio detallado de estos indicadores de riesgo, pero recordaremos que se trata de tres sectores en los que se intenta prevenir las anomalías del desarrollo, no necesariamente en un sentido pesimista: está bien haber nacido con un índice elevado de APGAR. El estudio también estandarizado de las interacciones precoces permitirá quizá hacer una cierta

predicción en cuanto al porvenir del bebé en un sentido armonioso o inarmónico. Pero evidentemente estos tres indicadores no dependen del mismo enfoque metodológico:

- el primero, el coeficiente de APGAR se mide con un cálculo sencillo a partir de verificaciones evidentes respecto del estado del recién nacido en los minutos que siguen al parto;
- el coeficiente de riesgo de parto prematuro es estudiado a partir de datos biológicos y sociales;
- el estudio de las interacciones precoces supone un enfoque clínico lo más estandarizado posible, por parte de clínicos muy familiarizados con la observación.

Estas investigaciones relativas a los indicadores de riesgo serán tanto mejor aceptadas por los prácticos facultativos cuanto sean susceptibles de que acaben haciéndose suyas. Esto lo hemos visto claramente en el transcurso de una investigación conjunta entre el departamento de psicopatología biológica y social del niño y su familia, y los servicios de la protección materna e infantil (PMI) de la Seine-Saint-Denis, efectuado en la Facultad de Medicina de Bobigny [5]. Las fichas de evaluación de las interacciones que forman la base de una investigación-acción relativa a la prevención precoz sólo fueron aceptadas y llenadas correctamente cuando se realizó una versión perfeccionada por los psiquiatras y los equipos pediátricos.

Fue sin duda esto lo que permitió a O. Jeanneret, en el trabajo citado, escribir que todo indicador de riesgo debe ser cuantitativo, accesible (ni demasiado complicado ni demasiado costoso), fácil de comprender y admitido por quienes lo van a utilizar.

LOS "INTERMITENTES"

Esta expresión es de M. Soulé y de J. Noël, quienes proponen la idea de que la prevención sólo es posible si se deja atrás la noción de riesgos para poner en evidencia la demanda escondida, cuya emergencia puede ser localizada a partir del estudio de lo que ellos llaman los "intermitentes" [9]. Recordando de entrada las críticas que se suscitaron contra el concepto de riesgo y la acción preventiva que permite su estudio –regresaremos a él– demuestran que los grupos de riesgo pueden ser puestos en evidencia a partir de encuestas en torno a criterios indirectos.

Ya hemos mostrado hasta qué punto los maltratos inflingidos a los bebés amenazan producirse en madres enfermas mentalmente, demasiado jóvenes o solteras y ellas mismas hijas de madres solteras que, por añadidura, deben haberlas maltratado durante su propia infancia.

M. Soulé y J. Noël recuerdan en el mismo trabajo que una investigación de M. Choquet y F. Davidson permitió descubrir, en un lista reunida al azar, a un grupo de niños pequeños con un "alto riesgo" de patología mental ulterior o de internamientos múltiples y naturalmente incoherentes, lo que es un factor de riesgo suplementario para estos bebés. Se enumeraron los factores siguientes [3]: dificultad para ir a la cama y dormirse, pesadillas frecuentes y mala salud (según las madres), rinofaringitis, bronquitis y otitis reincidentes, hospitalización(es), irritación impresionante, mal apetito, no jugar solos ni tener objeto "transicional", propensión a los accidentes, recibir sedantes.

Se trata aquí de los resultados de un cuestionario retrospectivo hecho a las madres que se decían fatigadas y que estimaban haber tenido siempre malas relaciones con estos niños.

Se ve aparecer aquí la noción de grupos e individuos de alto riesgo que los autores estiman poder poner en evidencia a través de las intermitencias. "La noción *modalidades de emergencia de la demanda enmascarada* pretende señalar que, detrás de demandas puntuales, aparecen situaciones o modos de comportamiento en los padres o en los niños, cuya experiencia muestra que el entorno del niño padece dificultades para integrar a la vez las exigencias de este último, las suyas propias y las restricciones sociales. Se trata, de hecho, de conductas inadecuadas, convencionales o inadaptadas. Es aquí donde tienen valor de 'intermitentes' o de 'indicadores', o de que detrás de ellos se encuentra una solicitud de ayuda. Ésta no puede ser formulada en los términos o según la forma que utilizarían otras familias con una clara noción de sus dificultades que poseen la verbalización y el vocabulario para expresarlas, además de la información suficiente para definir lo que quieren" [9].

M. Soulé y J. Nöel señalan la aparición de estas intermitencias en las diversas etapas del embarazo y en aquellas por las que luego atraviesan el bebé y su familia, según lo indica la lectura del cuadro que las enumera (cf. cap. 40, cuadro 1).

Los diversos interesados, siempre y cuando sean sensibles a estas solicitudes enmascaradas, reconocen la importancia que tienen y comprenden que se trata de manifestaciones de zozobra que hay que saber interpretar.

Algunos no dejarán de pensar que lo que se convierte de esa manera en un rastreo sistemático representa una intrusión peligrosa para las libertades individuales. Pero la localización de estas intermitencias permite hacerse una idea de las necesidades de ciertos individuos, de ciertos grupos y de ciertas categorías. De hecho, las intermitencias se relacionan con los ejercicios profesionales de ciertas categorías sociales y hacen que éstos ayuden a aquellas cuya solicitud sólo emerge en condiciones indirectas: por ejemplo, una partera que va a domicilio y se halla en presencia de un embarazo no declarado o declarado muy tardíamente, puede entender el rechazo de este embarazo en una mujer muy joven o en una multípara fatigada, la incapacidad para utilizar los beneficios de la legislación social, etc. Como se ve, la investigación de estos indicios pone en evidencia las familias y/o los individuos vulnerables.

LOS NIÑOS VULNERABLES

"La vulnerabilidad es un estado de mínima resistencia a las lesiones y a las agresiones, y está sostenida por mecanismos biológicos y psicológicos pasados y presentes. Puede ser definitiva o temporal, más o menos generalizada, y tener relación con tal o cual sector de la vida somática o psíquica. Es resultado de las interacciones entre los factores genéticos (el "terreno" de los antiguos) y los factores ambientales incorporados a la historia del individuo; se traduce en aquello que designamos clásicamente como una predisposición a este o aquel disfuncionamiento somático o psicológico" [10].

Dicho de otro modo, se busca estudiar la vulnerabilidad biológica y psicológica. La vulnerabilidad biológica expresa aquello que antes denominábamos el terreno; los estudios genéticos y las investigaciones inmunológicas y neurobiológicas delimitan hoy en día su naturaleza, pero sería un error volver por esta vía a la oposición entre lo innato y lo adquirido. Por ejemplo, un hijo de padres obesos corre ciertamente el riesgo de nacer con mucho peso, pero por la misma razón puede ser también un gran comelón y volverse obeso. La vulnerabilidad psicológica expresa la poca capacidad para resistir los traumatismos: es verdad que las mismas circunstancias, los mismos sucesos, no tienen los mismos efectos devastadores en diferentes bebés. Algunos salen bien librados luego de separaciones múltiples, lo que ha llevado a algunos autores a pensar que los efectos de la carencia de cuidados maternos son mucho más severos en los niños frágiles.

Por tanto hay que pasar del estudio de los factores de vulnerabilidad al de los niños vulnerables que expresan por medio de ésta la calidad de sus defensas, pero también los sufrimientos que han tenido que sufrir desde su concepción, sin olvidar que pueden llevar el peso de un mandato transgeneracional. Pero aquí desembocamos en el peso misterioso de la unión de lo biológico con la historia.

Es aquí donde podemos oponer a los bebés vulnerables aquellos que J. Anthony ha propuesto denominar invulnerables [1]. Estos niños(as) salen adelante en toda circunstancia y resisten los peores traumatismos. Pero Alice Miller ha demostrado que el precio de este éxito puede ser caro [7]. Estos niños que tienen tanto éxito en el cuidado de sus padres pagan esta función de terapeutas de sus madres, construyendo eso que Winnicott denominó un "falso self". Falta decir que esta función, que parece invulnerable, si no es que sí lo sea, está destinada sólo a un niño de una familia. ¿Debemos volver a la noción de una mejor defensa? No es imposible, pero debemos recordar que la vulnerabilidad o la relativa invulnerabilidad de ciertos niños es también el fruto de las interacciones precoces y de la calidad de los intercambios entre el bebé y los participantes en su crianza. Es a propósito de esto que pueden oponerse o, más bien, sostenerse recíprocamente nociones como la de temperamento y vulnerabilidad psicosomática, a la que hicimos alusión al principio de este capítulo.

UTILIDAD DE LAS NOCIONES DE RIESGO Y DE VULNERABILIDAD

Como hemos visto, el estudio de los riesgos y de sus indicios se deriva, sobre todo, de un enfoque epidemiológico que podríamos llamar clínico, en tanto que la noción de vulnerabilidad es más imprecisa y recurre a consideraciones sociales y psicológicas. Se trata pues de dos nociones complementarias que son indispensables para los clínicos se preocupan por la acción preventiva, y para quienes deciden que quieren hacerse una idea acerca de las necesidades de la categoría en cuestión.

Sin embargo, sabemos que este tipo de reflexión y planificación ha suscitado muchas objeciones apasionadas y pasionales: se habla de fichaje policiaco, de la necesidad de normalizar la mano de obra utilizable, etcétera.

De hecho, nos parece que aquí hemos hablado claramente de casos de desamparo. El problema más importante a nuestros ojos es el de la evaluación de los resultados, respecto de la ayuda que se piensa aportar a estos niños pequeños y, sus familias, así como de la acción preventiva que creemos poder establecer. Este asunto permanece totalmente abierto.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Anthony, E.J., C. Chiland y C. Koupernik, *L'enfant vulnérable* (1978), París, PUF, 1982.

[2] Backett, E.M. y cols., "L'approche fondée sur la notion de risque et les soins de santé, notamment la santé maternelle et infantile (y compris la planification familiale)", Ginebra, Cahiers de Santé Publique, 1984, 76.

[3] Choquet, M., F. Facy, P. Laurent y F. Davidson, "Mise en évidence de groupes à risque dans una cohorte d'âge préscolaire par une méthode d'analyse typologique", en *Archives Françaises de Pédiatrie,* 1982, 39, 3: 57-67.

[4] Jeanneret, O., "Indicador de riesgos", en *L'enfant et sa santé,* M. Manciaux, S. Lebovici *et al.,* París, Doin, 1987.

[5] Job-Spira, N., M. Lamour, M. Gabel, J. De Cambrun y S. Lebovici, "Recherche-action sur la prévention de la maltraitances chez le très jeune enfant", en *Archives Françaises de Pédiatrie,* 1988, 45, 4: 277-285.

[6] Maus, J. de, "The Evolution of childhood", en *Hist. Childhood Quarterly,* 1974, 5, 1: 508-575.

[7] Miller, A., *Le drame de l'enfant doné,* París, PUF, 1986.

[8] Piquard, A., "À la rencontre de l'enfant du milieu très défavorisé ou ambiguité du regard psychiatrique sur 'ces gens-là'", en *Psychiatrie de l'Enfant,* 1987, 30, 1: 167-208.

[9] Soulé, M. y J, Noël, "La prevención médico-social precoz", en *Tratado de psiquiatría del niño y del adolescente,* S. Lebovici y R. Diatkine, M. Soulé (comps.), t. III, París, PUF, 1985.

[10] Tomkiewicz, S. y M. Manciaux, "La vulnerabilité", en *L'enfant et sa santé,* M. Manciaux, S. Lebovici *et al.* (comps.), París, Doin, 1987.

35. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR

CAROLINE MIGNOT

"Independientemente del seno que haya yo mordido, no recuerdo ni una caricia en la época en que era yo pequeño, nunca fui mimado, palmeado, besuqueado; fui siempre azotado. Mi madre decía que no había que consentir a los niños, y me azotaba todas las mañanas; y cuando no tenía tiempo en la mañana, entonces era al mediodía, pocas veces después de las cuatro", nos dice Jules Vallès [21].

La violencia intrafamiliar no existe sólo hoy, lo que nos cuentan los escritores del siglo XIX nos muestra la importancia del fenómeno. Escritores tan diferentes como Victor Hugo, Dostoievski, Dickens, Jules Vallès, Jules Renard o la condesa de Ségur, entre otros, han descrito con realismo a niños maltratados, explotados por sus padres; estos textos tiene el valor de un documento clínico siempre actual, aunque las condiciones de vida y los hábitos educativos hayan cambiado. La veracidad de estas novelas está ligada a la observación atenta de la vida cotidiana tanto de los pobres como de los aristócratas y, con frecuencia, a la transposición de elementos autobiográficos. Si, en este contexto, los maltratos intrafamiliares son objeto de pocos estudios es sin duda porque han sido considerados como un factor sin importancia en la sobremortandad infantil. Lo que es nuevo es la conciencia que tenemos de esto, debida a la influencia del reconocimiento de la personalidad del niño y de los derechos que le son propios, y en el contexto de una disminución notable, al menos en los países desarrollados, de la patología somática en provecho, si se puede decir así, de una nueva morbilidad en la que las sevicias ocupan un lugar más grande. Se admite, en efecto, que la sevicia representa en Francia la segunda causa de mortalidad infantil posterior a la primera semana de vida.

La psiquiatría infantil nos ha enseñado que el amor y el odio en relación con el niño(a) están presentes en todos los padres, y que esta ambivalencia es normal. En la mayoría de los casos, los impulsos agresivos sólo se expresan en los fantasmas o son reprimidos en beneficio de todos los sentimientos positivos de completitud y de ternura que suscita el bebé y que son reforzados por el entorno. Sin embargo, para algunos padres, la intrincación de las dos tendencias se opera con mayor dificultad, la violencia relacionada con el niño ya no está contenida, es activa. Estas familias en las que surge la violencia se caracterizan por ciertos elementos psicopatológicos particulares, la acumulación frecuente de dificultades socioeconómicas y de estrés.

La repercusión de esta violencia en el desarrollo del niño ha sido estudiada estos últimos años; se han sacado a la luz ciertos disturbios específicos, tanto

más graves mientras más pequeño es el niño, y esté bajo la total dependencia de sus padres. Estos estudios, además, han demostrado la repercusión a largo plazo de las experiencias infantiles precoces en la medida en que, una vez vueltos adultos, estos jóvenes van a reproducir los mismos comportamientos de violencia en relación con sus propios hijos. Esto ya subraya la importancia que tiene la prevención para desarmar este círculo vicioso.

CLÍNICA

Los maltratos: brutalidades, negligencias graves, violencias físicas y abusos sexuales, están siempre ligados a un disfuncionamiento de la relación padres-niños(as). También debemos incluir aquí cualquier comportamiento brutal inadaptado de un adulto que está a cargo y tiene la responsabilidad afectiva o educativa del niño en un marco institucional. En todos estos casos las necesidades fundamentales del niño no son ni comprendidas ni satisfechas.

La semiología clínica del niño maltratado es bien conocida hoy, sin que por ello sea siempre fácil su diagnóstico. La rica y variada sintomatología, asocia lesiones consecutivas con traumatismos directos, problemas del estado general y disturbios del comportamiento.

El niño víctima de sevicia física

La patología traumática constituye el estigma más clásico y el más evidente de los niños maltratados, aunque ninguna lesión sea patognomónica. El cuadro asocia de modo diverso lesiones cutáneas (equimosis, hematomas, llagas, quemaduras...), lesiones traumáticas (fracturas, hematomas duraderos) y lesiones viscerales.

Nos parece importante analizar los argumentos clínicos que permiten evocar este diagnóstico. En efecto, si la mayoría de las lesiones cutáneas citadas son absolutamente triviales a esta edad, adquieren toda su significación, dada su multiplicidad y su localización particular: tronco, piernas, nalgas, y su repetición eventual. Estas lesiones son, además, evocadoras cuando pueden ser relacionadas con un síntoma presentado por el niño: lesiones endobucales en un lactante anoréxico, cuya nariz y mejillas han sido pellizcadas; lesiones focales en un niño enurético, por ejemplo.

Finalmente, la evolución rápidamente favorable a distancia del medio familiar o durante la hospitalización, sin reincidencia de las señales clínicas, así como la asociación de diversas lesiones entre sí o con otros elementos característicos del síndrome del niño golpeado, son muy favorables al diagnóstico. La localización de ciertas fracturas hace sospechar malos tratos: costillas, cráneo, huesos de la nariz. El descubrimiento radiológico en un esqueleto completo de fracturas en distintas edades no tomadas en cuenta es de gran importancia, por una parte como argumento diagnóstico, pero por la otra como una prueba de una acción agresiva iteractiva que excluye la posibilidad de un gesto impulsivo aislado.

Es frecuente un retardo entre el momento en el que se produjeron los hechos: su descubrimiento por parte de los padres y los cuidados que se le dieron al niño. Las explicaciones proporcionadas por los padres son insatisfactorias en la mayoría de las situaciones, ya sea que se trate simplemente de una ausencia de explicación del cuadro clínico que presenta el niño: "no sé"; "lo encontré así después de la siesta"... o de explicaciones aberrantes e inverosímiles, incoherentes en relación con la situación: la cama de la que el niño se cayó revela ser, de hecho, un colchón sobre el suelo. También puede acusarse a un tercero, por lo que frecuentemente se invoca la responsabilidad de un hermano mayor o menor, según la gravedad del cuadro clínico y la edad del niño supuestamente responsable. Además, estas explicaciones suelen modificarse según los diferentes interlocutores. Frecuentemente los padres recurren al médico por una enfermedad trivial y es raro que reconozcan haber brutalizado al niño(a).

La noción de hospitalizaciones anteriores por traumatismos inexplicados debe adquirir todo su valor en el apuntalamiento del diagnóstico.

En resumen, si el diagnóstico de lesiones traumáticas es generalmente fácil, el de maltratos plantea problemas a veces de muy difícil solución. Se duda, sin poder decidirse, entre un accidente, una manipulación torpe o una brutalidad voluntaria. La presencia de elementos intencionales en el comportamiento de los padres no implica siempre la ausencia de elementos accidentales; a la inversa, un hecho o un comportamiento que parece accidental puede haber sido parcialmente determinado por elementos intencionales inconscientes. El límite entre maltratos y derecho de corrección parental también tiene que ser definido, puesto que tal derecho todavía se admite en algunos países.

Por estas razones hay que reunir un manojo de argumentos antes de llegar al diagnóstico o a su presuposición, y recordar que lo importante no es conocer las circunstancias exactas de los maltratos, y menos aún provocar confesiones a todo precio, sino evaluar el peligro que corre el niño en su medio familiar. En muchos casos, por el bien del niño habrá que ayudar a los padres más que castigarlos, y obtener su confianza y su cooperación en las medidas consideradas para iniciar un tratamiento. Por tanto hay que excluir toda agresividad hacia ellos y tratar de analizar sus antecedentes, su personalidad y la del niño, así como las interacciones recíprocas.

Las consecuencias de las violencias intrafamiliares en el desarrollo psíquico del niño son múltiples, pero algunos rasgos de comportamiento parecen más específicamente vinculados a la experiencia precoz de las sevicias físicas; son más o menos pronunciados según la fragilidad del pequeño, la violencia de los abusos y su repetición. Es sorprendente que estados físicos gra-

ves, ligadas a un acto de violencia impulsiva, aislada, pero en un contexto familiar por otra parte "normal", no se acompañen generalmente de disturbios del comportamiento.

El repliegue y la estupefacción. Además de los daños somáticos graves que puede provocar un traumatismo físico violento, el niño reacciona a la violencia repetitiva con un estado de estupor y de desamparo atontado, apático, se vuelve insensible a los cuidados que se le prodigan en lo inmediato. La conducta elusiva de algunos lactantes que desvían la cabeza cuando se aproximan sus padres, no es gratificante y sólo refuerza el rechazo parental.

La "atención helada" de los autores norteamericanos se emparenta a estas descripciones; el niño inmóvil controla con la mirada al adulto que se acerca, se pone rígido sin intentar huir. El semblante fijo, los ojos al acecho. La desaparición de este estado depende de la calidad de la atención que se dé al niño; éste puede conservar durante muchos meses un comportamiento de miedo y de angustia ante la aproximación de ciertos adultos.

La excitación psicomotriz. Agitación excesiva, agresividad o autoagresividad, es lo que caracteriza a estos bebés hipertónicos, intratables, siempre en movimiento, ignorantes de todo peligro. El análisis de las lesiones físicas no siempre permite diferenciar maltratos y automutilación. Este tipo de comportamiento puede implicar un reforzamiento del maltrato y una actitud de rechazo, no sólo por parte de las madres sino incluso de los asistentes, pues se trata de niños difíciles y provocadores, que buscan los golpes y cuya excitación sensoriomotriz sólo puede ser controlada por la fuerza.

El dominio. Después del primer año, el niño interioriza el deseo de dominio de sus padres por lo que a él respecta. Es capaz de un control sorprendente de los afectos y puede contener los gritos o las risas a la menor señal viniendo de los padres, como un fruncimiento del ceño o una elevación de la voz. Si el niño queda expuesto a la sevicia, desarrolla entonces una especie de sobreadaptación, con un gran respeto por el código familiar y una capacidad para anticipar las inminentes acciones de los adultos con el fin de huir o de desviarlas hacia otro. Son frecuentes los comportamientos sádicos de los niños maltratados, ejercidos sobre los más débiles, con una fascinación por el sufrimiento de los demás. Su agresividad puede, así, ejercerse de manera indirecta, sin motivo, sobre un niño que no lo amenaza, en tanto que responden a la agresión que sufren en forma pasiva. Algunos de estos niños desarrollan una especie de "falso *self*"; sus manifestaciones afectivas parecen serlo, pero en realidad no son más que una respuesta a lo que espera de ellos, una forma de seducción para desarmar la violencia.

Las pruebas proyectivas efectuadas en estos niños, cuando han crecido, muestran pobreza de afectos, frialdad, indiferencia. Frente a una situación angustiante, el niño recurre a la negación, a la idealización; también se encuentran posiciones narcisistas de autosuficiencia. Las imagos parentales son vagas, desprovistas de protección, no diferenciadas. Se nota, además, una confusión de los papeles entre padres y niño; este último asume un lugar de protector respecto de sus padres inmaduros e inconsecuentes.

Niño víctima de carencias

La patología no traumática aparece mucho más frecuentemente, pero muchas veces es difícil ponerla en evidencia, en ausencia de toda lesión física. Se habla entonces de maltratos "psicológicos", sevicia por "omisión"; negligencias graves cuya repercusión a largo plazo en el desarrollo psicoafectivo del niño es tan severa como las sevicias corporales. Se incluye en este marco toda una serie de comportamientos parentales, caracterizados por brutalidades mejor controladas, manifestaciones de rechazo o abandono afectivo, o exigencias desproporcionadas en relación con la edad del niño.

La repercusión en el desarrollo estaturo-ponderal. Todos los intermediarios pueden coincidir, desde el simple estancamiento estaturo-ponderal hasta las rupturas de la curva de peso y talla; las carencias prolongadas, debidas a negligencia y/o a un rechazo del entorno, pueden eventualmente conducir al cuadro, por lo demás clásico, del enanismo psicosocial. La hospitalización, necesaria en estas situaciones, no aporta elementos diagnósticos: el chequeo médico completo es negativo. La recuperación del peso y de la talla es posible lejos del medio familiar, pero la privación de aportación calórica sólo es un elemento menor junto a la privación afectiva.

La repercusión en el desarrollo psicomotor. Puede tratarse de un retardo más o menos grave de las adquisiciones psicomotrices, algunos niños pueden parecer verdaderos encefalópatas. El maternaje del personal asistente puede ayudar a una recuperación espectacular en el niño pequeño.

Ciertamente, en algunos casos el estado del niño parece en principio secundario respecto de la carencia de cuidados, y la multiplicidad de los exámenes complementarios puede juzgarse como inoportuna. Sin embargo, la negación de un chequeo etiológico orgánico completo puede, a veces, permitir que los padres adquieran conciencia del sufrimiento del niño y de la necesidad de una ayuda.

A veces los únicos síntomas presentes en el niño son problemas de comportamiento, elocuentes para un profesional informado: reacciones de defensa o conducta elusiva; apego afectivo sin discriminación: el niño no revela ninguna angustia ante una cara extraña, pero muestra una avidez afectiva permanente con un apego excesivo e indiscriminado hacia toda persona que esté en contacto con él. En este caso, el sufrimiento del niño puede ser igno-

rado, porque se trata de niños gratificantes para el personal asistente, "fáciles", afectuosos, "dóciles".

Otras manifestaciones del sufrimiento en el niño

Las otras manifestaciones del sufrimiento psíquico del niño son generalmente más impresionantes, ya sea que se trate de un repliegue con una apatía extrema, que puede hacer pensar en un estado autista, o bien de una hiperexcitación característica de intercambios habitualmente violentos entre padres e hijos(as).

El niño puede reaccionar igualmente con disturbios psicosomáticos que no tengan características específicas: anorexia, problemas de sueño, enuresis y encopresis. No es fácil siempre adjudicarlos a los maltratos. Estos disturbios parecen uno de los puntos de fijación de la agresividad de los padres y son a veces el origen del pasaje al acto. Los problemas observados son eminentemente variables; es difícil distinguir entre aquello que es una reacción a las conductas parentales, y lo que es consecuencia de las situaciones ambientales frustrantes que el niño ha podido vivir anteriormente. Por otra parte, el cuadro es menos esquemático de lo que parece: a los maltratos físicos se asocian con frecuencia carencias de cuidados y de estímulo, separaciones traumatizantes, con lo que aparecen entrelazados los disturbios de comportamiento consecutivos a las brutalidades físicas y todas las señales descritas en los estados carenciales: retardo estaturo-ponderal; retardo de las adquisiciones; capacidades intelectuales empobrecidas; incapacidad para establecer relaciones afectivas diferenciadas y estables.

EVALUACIÓN

El medio socioeconómico y cultural

Muchos niños maltratados pertenecen a familias desfavorecidas, "casos sociales" entre los que se encuentran, en grados diversos, la insuficiencia de recursos, el desempleo, el alojamiento superpoblado, el aislamiento cultural y social, el desarraigo y la emigración... Algunas familias se caracterizan por la combinación simultánea o sucesiva de diversas situaciones anormales. La preponderancia aparente de estas familias se explica, en parte, debido a la mayor supervisión médico-social a la que están sometidas. Sin embargo, las dificultades sociales no lo explican todo. En efecto, para todos es indiscutible, actualmente, que los niños son víctimas de maltratos en todos los medios socioeconómicos, pero que esto se ignora en los medios más evolucionados, porque tienen más facilidades para enmascararlos. El mejoramiento de las condiciones sociales no es una garantía en sí para la solución de los problemas o para la prevención de las reincidencias. Las malas condiciones socioeconómicas y culturales deben incluirse no como un factor etiológico exclusivo sino sólo como un factor favorecedor; los periodos de estrés y de vulnerabilidad, en los que debería aportarse ayuda, el aislamiento, la emigración, los duelos, la sueparación de un consorte, la depresión, representan igualmente factores de riesgo que hay que tomar en cuenta.

El niño

Algunos niños están más expuestos que otros a los maltratos. Las situaciones particulares los designan como niños blancos, víctimas electivas de sevicia, mientras que a los demás hermanos ni se les toca. Esta noción clásica es, de hecho, discutible, pues los maltratos que tienen que ver con el resto de la familia pueden estar ocultos.

Un niño(a) puede estar más expuesto si nació de una primera unión y no es aceptado o aceptada por el nuevo consorte, o si su nacimiento ha venido a romper un equilibrio frágil y pone a la familia en dificultades.

Los motivos son a veces menos evidentes: el sexo, la apariencia física del niño, su voracidad o su apatía pueden provocar de entrada un rechazo por parte de padres inmaduros. En fin, el niño está en una posición de gran vulnerabilidad si nace prematuramente, con impedimentos o si ha sido precozmente separado de sus padres.

La prematuridad. El porcentaje de prematuros entre los niños maltratados ha disminuido considerablemente. La acogida y el apoyo a los padres por parte de los equipos de los centros de neonatología, además del contacto físico de la madre con su bebé, han hecho posible una mejoría de las primeras relaciones entre los padres y el niño. Sin embargo, ciertas madres viven dramáticamente el nacimiento, rechazan el apoyo propuesto y evitan ocuparse de su bebé. El aspecto frágil de éste, los cuidados de los que está rodeado, provocan un sentimiento de fracaso y de culpa, y reactivan deseos de muerte reprimidos durante el embarazo, sobre todo si ha habido alguna tentativa de interrupción voluntaria del embarazo. Toda separación entre la madre y el niño, en este periodo tan importante para el establecimiento de su relación, es un factor claramente agravante.

El niño impedido. Son sobre todo los niños que presentan un impedimento motor o sensorial menor a los que se maltrata; se les mantiene en el hogar y la posible intolerancia de los padres no es detectada. Los impedimentos del niño pueden ser negados o ignorados, y entonces es maltratado como si sus dificultades fueran la prueba de su mala voluntad, o puede ser sometido a manipulaciones aberrantes con miras reeducativas. Por último, el niño hi-

perprotegido por uno de los padres puede ser maltratado por aquel que se siente excluido.

Los gemelos. Aunque actualmente la mayoría de los padres estén informados con anterioridad, la llegada de dos niños puede provocar el rechazo de uno de ellos. La diferencia de aspecto o de sexo y la separación mayor de uno de los bebés en un centro de cuidados, inducen a una separación entre el niño bueno y el enfermo. Por razones propias de la historia de los padres, el niño(a) que es rechazado no es siempre el más frágil ni el menos gratificante.

Las separaciones precoces. Todas las encuestas sobre los niños maltratados han subrayado el papel desempeñado por las separaciones precoces. Estos internamientos se deciden a veces rápidamente, sin perspectiva a largo plazo, sin mantener vínculos regulares con la familia. Con frecuencia, el regreso está mal preparado. Los padres están desorientados frente a un niño que no han educado, y aceptan mal los comportamientos regresivos y reactivos que éste puede presentar en su nuevo medio vital. El niño es maltratado con frecuencia los primeros meses que siguen al regreso a su familia.

Los padres que maltratan

Los padres que pasan al acto de manera agresiva hacia su niño pueden tener estructuras psicopatológicas muy diversas. Algunos son psicóticos, otros psicópatas o perversos, otros, en fin, tienen comportamientos obsesivos y fóbicos que los emparentan más con los estados límite o las neurosis de carácter. Las descompensaciones episódicas favorecidas por el estrés deben distinguirse de las situaciones en las que las interacciones padres-bebé, en principio, han sido anormalmente violentas y desprovistas de solicitud. En los casos de negligencia graves, se señala muchas veces un estado depresivo severo no mentalizado en los padres y/o manifestaciones fóbicas en relación con el niño(a). A veces es difícil para el que interviene tener una idea precisa de los disturbios, incluso los de importancia, que presentan los padres. Sin embargo, el conocimiento profundo del funcionamiento psíquico de los padres es una etapa indispensable antes de cualquier atención; esto permite apreciar sus posibilidades de movilización de las cuales depende la seguridad del niño. Esta evaluación debe ser obviamente multidisciplinaria, a fin de llegar a una visión relativamente objetiva de la situación. El conocimiento de la historia de los padres, de su infancia, de su vida de pareja, y la observación de las interacciones con sus hijos, pueden hacer que se aprecie el significado de los maltratos y determinar la ayuda que es posible proponer.

ANAMNESIS

La infancia de los padres

Los padres brutales, en su gran mayoría, no han podido establecer referencias positivas con imágenes parentales estables y protectoras; a veces ellos mismos han sufrido sevicia, carencias de cuidados, separaciones repetidas sin un sustituto parental válido; independientemente del medio social al que pertenezcan sus familias, estos padres con carencias sufren una grave autosubestimación, un sentimiento de vacío, y son de una particular vulnerabilidad frente a toda frustración, por mínima que sea. Tienen, en relación con los otros, esperanzas desmesuradas de amor. Es frecuente comprobar que los sufrimientos padecidos durante la infancia son contados sin emoción aparente. "Para que los padres sientan lo que les hacen a sus hijos, sería necesario que pudieran sentir lo que les hicieron a ellos en su propia infancia" [15]. Esta ausencia de elaboración psíquica de antiguos traumatismos es, parece, uno de los factores que favorecen los pasajes al acto.

La pareja o su ausencia

Cuando un niño es maltratado en su medio familiar, lo más frecuente es que la responsabilidad corresponda a ambos padres. Por su desinterés, su silencio o sus provocaciones, aquel o aquella que se abstiene de golpear, induce o agrava los maltratos que inflige su consorte. Esquemáticamente, pueden distinguirse tres situaciones [18]:

- La pareja fusionada: los dos consortes establecen una relación de dependencia y de asistencia mutua, que repara las frustraciones y las carencias sufridas en la infancia. La llegada de un bebé, con frecuencia deseado, amenaza el equilibrio de la pareja; su presencia hace nacer en cada uno sentimientos de exclusión, de rivalidad; los cuidados que el bebé exige no pueden, entonces, prodigarse con placer.
- La pareja conflictiva: si la pareja es estable, el intercambio de violencia entre uno y otra es un modo habitual de relación; el niño es alternativamente mimado o rechazado para compensar la frustración impuesta o para hacer sufrir al otro. En otros casos, la pareja es efímera: la mujer elige repetitivamente compañeros violentos y brutales. Se coloca con el niño en situación de víctima; incapaz de protegerse deja sin defensa al niño frente a las agresiones.
- Ausencia de pareja: el niño vive a veces solo con su madre, abandonada durante el embarazo o después del nacimiento; ella ha deseado a veces que el niño sea totalmente para ella sola, el conocimiento del padre no es evocado nunca. El niño padece todos los movimientos emocionales de su madre, la relación con ella es a la vez brutal y muy cercana, precozmente erotizada.

Interacciones padres-hijo(a)

El discurso de los padres en relación con el niño, el relato de un día, la observación de la madre y del padre con el niño, permiten comprender mejor el peligro al que éste está expuesto. El niño que es posesión de sus padres es más objeto que sujeto. Raras veces es designado por su nombre; es "éste, él, el bebé". Sus necesidades no son percibidas, las respuestas que le dan son inadecuadas y a destiempo. Los llantos y los gritos son a veces interpretados como una persecución; los gestos con el bebé son bruscos, sin anticipación. Cuando es mayor, el niño es tratado duramente sin motivo aparente para el observador. Michelle Rouyer ha aislado diferentes tipos de relaciones [18].

• El dominio: es la herencia de los padres con rasgos de comportamiento obsesivo o paranoico. El perfeccionismo, el orden, la propiedad, el rigor moral es lo que les ha permitido integrarse a la sociedad. En una vida en la que todo está programado, el nacimiento del bebé es un error; no debió haber nacido en ese momento. Desde su nacimiento es sometido a la voluntad de sus padres. Los cuidados le son proporcionados a una hora fija, sin intercambio placentero; la ternura misma está ritualizada y el bebé sufre carencias afectivas. Los maltratos surgen cada vez que el niño(a) no respeta el código familiar. La autonomía en el momento de andar y el aprendizaje de la propiedad son momentos en los que el niño está más expuesto a las sevicias.

Estos padres reconocen los hechos y los justifican por la necesidad de corregir o de educar al niño; por lo general no sienten ninguna culpa porque creen que están en su derecho. En realidad esta rigidez y esta pobreza afectiva esconden constantemente un componente depresivo. Este caso de malos tratos entraña una gran perplejidad para quienes intervienen de fuera, pues se liga a una impresión de normalidad ofrecida por estos padres; en efecto, el contacto es bueno, la inserción socioprofesional satisfactoria; gozan de consideración de su entorno.

• La inconsecuencia: los padres inmaduros y con carencias han querido tener un niño para llenar un vacío afectivo. El bebé está entonces mal diferenciado del adulto, es una prolongación de sí mismo y sus necesidades no serán tomadas en cuenta. Participa en las actividades de los padres sin cuidado por su ritmo propio. Son frecuentes los accidentes por falta de protección y por ausencia de interiorización de las prohibiciones. Los maltratos, que son frecuentemente de carácter impulsivo, son difíciles de diferenciar de estos accidentes; para los padres la relación entre sus gestos violentos y el daño físico infligido al niño no siempre es clara.

• La elusión: la imposibilidad de tocar al bebé para nutrirlo o cambiarlo, su apartamiento en su cama, el aislamiento, provocan carencias de aportación y de estímulo. Las angustias fóbicas que presentan estas madres parecen defensas contra pulsiones mortíferas, proyectadas en el bebé. Mantenidos en letargia, los bebés se vuelven amenazantes cuando progresan en un medio hospitalario; entonces pueden ser agredidos al regresar al hogar. Si puede

sospecharse una estructura psicótica en los padres, las conductas de elusión con relación al niño son también un hecho en aquellos que presentan un estado depresivo grave sin mentalización, una especie de depresión en vacío.

• La perversidad: los actos perversos en los que el terror del bebé y los gritos de sufrimiento provocados, que significan para los padres un elemento de goce y excitación, son, felizmente, raros. Contrariamente, el sadismo es evidente en los maltratos punitivos o gratuitos, infligidos por ciertos padres psicópatas, por ejemplo: quemaduras de cigarro, flagelación, heridas con cuchillo, son la marca, en el cuerpo del niño, de la actuación de los padres; esta sevicia coexiste con una ausencia de distancia en las relaciones afectivas.

La sevicia sexual, que ya forma parte del síndrome del niño o la niña maltratados, casi no tiene relación con el bebé pero la evocaremos aquí porque puede empezar en la primera infancia.

Adoptaremos la definición admitida por la OMS, es decir, la participación de un niño menor en actividades sexuales que no está en situación de entender, dirigidas por sus padres o por adultos que tengan autoridad sobre él o ella (tíos, educadores...). Para el niño muy pequeño, que es quien nos interesa aquí, el atentado sexual con sodomía o penetración vaginal es raro; provoca lesiones perineales y genitales, y un estado de estrés que impone el diagnóstico. Lo más frecuente son las actividades masturbatorias y proximidades corporales erotizadas que le son impuestas al niño, y que perturban gravemente su desarrollo psicoafectivo; hay que pensar en esto frente a disturbios de comportamiento graves con agitación, ansiedad, y frente a problemas psicosomáticos.

LA ATENCIÓN

Sólo abordaremos aquí las grandes líneas que nos parece que deben presidir la instauración de la atención al niño maltratado y a su familia. Ésta comienza desde que se entrevé el diagnóstico de sevicia, es decir la importancia del recibimiento reservado a los padres. Lo hemos visto, éstos casi nunca reconocen abiertamente haber maltratado al niño. El disfuncionamiento de la relación padres-hijo debe abordarse con ellos, tanto como sea posible, en una actitud desprovista de agresividad y de juicio reprobatorio, al mismo tiempo que se afirma claramente la convicción del carácter no accidental de las lesiones y su ausencia de explicaciones médicas. La calidad de la atención al niño maltratado es función de esta ausencia de ambigüedad entre la familia y los que intervienen, respecto al origen de las lesiones por una parte, y a la evaluación de la situación por la otra. En todo caso, ya sea que el niño vaya a quedarse con su familia, o que vaya a ser separado, es importante siempre situarse en una perspectiva de largo plazo.

La evaluación

La evaluación incluye diferentes fases, como lo hemos visto antes: ¿quién es este niño?, ¿quiénes son sus padres?, ¿cuál es la situación de esta familia? En efecto, cada vez se hace más clásico considerar que una situación de malos tratos aparece cuando se reúne un cierto tipo de padres, un cierto tipo de niños y, con frecuencia, un factor eventual que se añade. A pesar de las dificultades casi permanentes para su establecimiento, a pesar de las dificultades de concertación y de coordinación entre los diferentes servicios, bien conocidas por todos los profesionales, la pluridisciplinariedad parece ser la única garantía de una relativa objetividad para una evaluación que permita la realización de las medidas adoptadas.

El proyecto terapéutico

Toda decisión terapéutica debe inscribirse en una perspectiva a largo plazo y tener en cuenta un cierto número de imperativos, especialmente las necesidades del niño y las de los padres. Si el niño tiene derecho a la estabilidad y a la seguridad en el plano psíquico y en su vida afectiva, los padres, por su parte, deben ser comprendidos y apoyados, tanto en sus dificultades materiales como en su aptitud más o menos estimable para vivir su parentalidad. Más allá de la violencia o de la desinvestidura, no hay que perder de vista su sufrimiento por no poder vivir una relación armoniosa con sus niños. Tener en cuenta su incapacidad para asumir a su niño implica que no debe tomarse ninguna medida a corto plazo; así, una hospitalización temporal protege momentáneamente al niño; pero si no se ofrece ninguna ayuda a los padres volverán a surgir las mismas dificultades con el regreso del niño, a veces agravadas por la separación. El niño también debe ser apoyado en sus tentativas por establecer una relación. La dinámica familiar debe reestructurarse en su globalidad y después volver a ser regularmente evaluada a fin de poder modular la ayuda aportada y rectificar eventualmente el proyecto inicial.

Los interesados. Las situaciones de maltrato provocan siempre reacciones en los interesados en función, por una parte, de su historia personal y de su sensibilidad y, por la otra, de su formación profesional. Las respuestas aportadas representan muchas veces defensas frente a los malos tratos: duda o absoluta negación, omnipotencia reparadora e incluso trivialización total. La dificultad para poder identificarse a la vez con la víctima y con su agresor provoca dos actitudes: la duda o la intervención apresurada.

Pese a los síntomas característicos, los médicos o los asistentes sociales son con frecuencia reticentes a reconocer la violencia de los padres. Es más fácil creer en un accidente o atender al niño sin más averiguación, que vislumbrar un disfuncionamiento del grupo familiar, casi siempre negado por los padres. La confusión y la duda de los interesados amenazan con implica, no un rechazo de los padres, sino más bien una colusión entre éstos y los asistentes, a costa del niño, quien queda olvidado, distanciado, maltratado de nuevo por las instituciones.

La ley (art. 62 del Código Penal) obliga a cualquiera que tenga conocimiento de sevicias infligidas a menores a informar a las autoridades administrativas o judiciales. Las personas vinculadas por el secreto profesional (médicos, trabajadores sociales, paramédicos...) tienen libertad para informar a estas mismas autoridades sin exponerse a sanciones (art. 378). El señalamiento puede efectuarse en la Dirección Departamental de Asuntos Sanitarios y Sociales, al procurador de la República, al juez de niños y, en caso de urgencia, a la policía.

En la práctica, los señalamientos son escasos; esta "colusión del silencio" puede encontrar diferentes explicaciones:

- repugnancia de los testigos, incluso de los profesionales, para efectuar los señalamientos;
- desconocimiento de las estructuras y de las personas a las que deben hacerse tales señalamientos;
- sentimiento de omnipotencia por parte de los profesionales que tienen conocimiento de los malos tratos, por pensar que ellos solos pueden hacerse cargo de la situación;
- ausencia de análisis en los profesionales acerca de sus propias reacciones: frente a algunas situaciones, oscilan entre la duda o la trivialización por una parte, y la dramatización o la omnipotencia por la otra. Estos sentimientos son también pantallas para no hacer el señalamiento [9].

A veces, el horror suscitado por el cuerpo martirizado del niño(a) provoca reacciones pasionales que dan lugar a decisiones apresuradas para protegerlo. Ahora bien, no hay siempre una correlación entre la gravedad de las lesiones físicas y el peligro real que corre el niño. Un acto impulsivo, aislado, puede darse luego de una crisis familiar (duelo, abandono del consorte, enfermedad...). En tales casos puede hacerse un señalamiento que enfoque sólo al niño y no tome en cuenta el conjunto de la problemática y, sobre todo, los vínculos positivos que existen entre el niño y sus padres. La separación es entonces más traumatizante que las sevicias sufridas.

Y a la inversa, un niño afectado gravemente en su desarrollo psíquico y psicoafectivo, sometido a malos tratos "crónicos", puede escapar mucho tiempo a cualquier intervención. Los diferentes interesados deben aprovechar el apoyo del equipo multidisciplinario para tomar conciencia de estas reacciones, y aportar una respuesta que sea la más adaptada posible a los intereses del niño y de sus padres.

BIBLIOGRAFÍA

[1] AFIREM, *Enfants maltratés. Droits de l'enfant, inceste, séparation*, París, Médecine et Enfance, 1987.

[2] Brazelton, T., B. Cramer, L. Kreisler, R. Shappi y M. Soulé, *La dynamique du nourrisson*, París, ESF, 1982, 176 pp.

[3] David, M., "Danger de la rélation précoce entre le nourrisson et sa mère psychotique", en *Revue Psychiatrique de l'Enfant*, 1981, vol. XXIV, I.

[4] David, M. y cols., "Recherche sur les nourrissons de familles carencées", en *Revue Psychiatrique de l'Enfant*, 1984, vol. XXIV, I.

[5] Drouet, M. y M. Rouyer, *L'enfant violenté. Des mauvais traitement à l'inceste*, París, Le Centurion, 1986, 240 pp.

[6] Gauthier, Y., "Traumatisme précoce, prématurité, carence affective", en *Rev. Neuropsych. Enfants et Adol.*, 1982, abril-mayo, 465 pp.

[7] Goldstein, J., A. Freud y A. Solmit, *Avant d'invoquer l'intérêt de l'enfant*, París, ESF, 1983, 96 pp.

[8] Gray, J., C. Culter, J. Dean y H. Kempe, "Prediction et prevention of child abuse", en *Child Abuse and Neglect.*, 1977, I: 45-53.

[9] Hadjiski, E., D. Agostini, F. Dardel y C. Thouvenin, *Du cri au silence. Contribution à l'étude des attitudes des intervenants médico-sociaux face à l'enfant victime de mauvais traitement.* CTNERHI, Difusión PUF, 136, mayo de 1986, 136 pp.

[10] Kempé, H. y R. Helfer, *L'enfant battu et sa famille*, París, Fleurus, 1977, 368 pp.

[11] Kreisler, L., *Le corps meurtri. Mère mortifère, mère meutrière, mère mortifiée"*, París, ESF, 1980.

[12] Kreisler, L., *Desorganización psicosomática en el niño*, Barcelona, Herder, 1985.

[13] Kreisler, L., "L'enfants victimes de sévices", en *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, S. Lebovici, R. Diatkine y M. Soulé (comps.), París, PUF, 1985, III, pp. 54-70.

[14] Lynch, M.A. y J. Roberts, "Predicting child abuse: Signs of bonding failure in the maternity hospital", en *Brit. Med. J.*, 1977, I:624-626.

[15] Miller, A., Por tu propio bien, Barcelona, Tusquets, 1985.

[16] Reinert, P. y M. Drouet, "L'anorexie mentale du nourrisson", en *Rev. Prat.*, París, 1985, 22, 4.

[17] Renard, J., *Poil de carotte*, París, La Pléiade, Gallimard, 1971.

[18] Rouyer, M., *Essai de prise en charge des parents maltraitants. Mère mortifère, mère meurtrière, mère mortifiée*, París, ESF, 1978, 155 pp.

[19] Strauss, P. y M. Rouyer, "Le devenir psychologique des enfants maltraité", en *L'enfant vulnérable*, París, PUF, 1982, pp. 395-403.

[20] Strauss, P., M Manciaux, y cols., *L'enfant maltraité*, París, Fleurus, 1982, 274 pp.

[21] Vallès, J., *Enfant*, París, Gallimard.

QUINTA PARTE

CONSECUENCIAS DEL MODO DE VIDA DE LA FAMILIA Y DEL BEBÉ

36. CRISIS Y SUCESOS FAMILIARES

SERGE LEBOVICI

Los capítulos que siguen estarán dedicados al estudio de las consecuencias, para el desarrollo del bebé, de algunas relaciones específicas que influyen en su vida habitual o de los momentos particulares de una duración más o menos larga. Tanto en las familias mejor estructuradas como en aquellas que padecen dificultades de inserción social, económica y cultural, tales momentos, que aparecen en forma de crisis, pueden contribuir a complicar gravemente el desarrollo de los niños(as).

No es siquiera necesario decir que estas crisis son más costosas para el lactante de familias cuyo estatus socioeconómico es malo. Pero hemos visto en muchos capítulos de este libro que los hechos de vida que continuamente atraviesan la continuidad del tiempo familiar pueden tener efectos graves. Sólo citaremos algunos ejemplos; se trata sobre todo de la aparición de una enfermedad grave o de la muerte de un miembro de la familia. Actualmente, los accidentes de la circulación desempeñan, a este propósito, un papel que se puede subrayar: se ve a veces a bebés que están en el automóvil donde murió uno de los padres, y a veces los dos. En este libro se aborda un caso importante en dos capítulos relacionados con los bebés que nacen después de la muerte súbita de un recién nacido o en un accidente perinatal (cf. cap. 43). Denominamos niños de remplazo a esos bebés que corren el riesgo de malconstituir su identidad por la depresión de los padres y por la confusión que éstos cultivan entre el desaparecido y el recién llegado.

Toda familia puede ser señalada por estos dramas:

1] En forma individual: los efectos de la separación de los padres son muy importantes en esta edad de la vida, en la medida en que la partida del padre implica una depresión en la madre, lo que en nuestra cultura no impide que las condiciones en las que se decide la custodia de los niños otorguen con frecuencia a los padres derechos exorbitantes, so pretexto de modernidad.

2] En forma colectiva: los sucesos nacionales pueden dislocar a la familia, llevarla a emigrar en condiciones dramáticas, en las que los bebés sufren particularmente las consecuencias. La doble referencia cultural contribuye a dificultades de desarrollo, en particular en el terreno del lenguaje. Pero ésta es sólo la parte visible del *iceberg*.

Finalmente —pero sólo hemos querido evocar algunas situaciones que se observan sobre todo en los medios menos favorecidos—, los niños pueden

ser víctimas de sevicia, abusos sexuales, etc. Se observan en situaciones en las que los padres o uno de ellos son toxicómanos, alcohólicos, psicópatas o psicóticos.

Se busca reparar estos traumatismos con medidas sociales, pero el bebé corre muy pronto el riesgo de sufrir el estigma de estas situaciones, de estas crisis. Ahora sabemos proporcionar al niño mejores condiciones de vida que pretenden reparar el daño, pero falta que sean valientemente decididas y mantenidas sin contradicciones que vuelvan peligrosas las medidas tomadas.

Pero también hace falta situar la función de los hechos que han señalado la vida del lactante y de su familia, teniendo en cuenta que sólo reconocemos la importancia de esto *après coup*.

Freud propuso este término *(après coup)* para indicar que el suceso no es significativo en el momento de su aparición, sino que sólo adquiere sentido gracias a su poder epigenético. Se puede admitir que lo que es más significativo en las consecuencias, que sufran la vida familiar y sus vicisitudes, no es necesariamente el suceso localizado que constituyó un momento crítico a los ojos de los padres y de los "archivos" familiares, sino aquello que pudo entramar la malla cotidiana: los efectos de la vergüenza y de la culpa impuestos al niño muy pequeño se muestran aquí, no como causas, sino como la fuente de efectos acumulativos, que a veces se revelan en "los recuerdos encubridores" o en las repeticiones en el marco de curas psicoterapéuticas intensivas. Se nos dice aquí también que los bebés que uno ha querido tranquilizar a toda costa, y quienes también hemos impedido expresar su odio contra padres que tenían actividades misteriosas entre ellos, podían desarrollarse mal y explicar sus actividades antisociales o sus depresiones de adolescencia como expresiones *après coup* de la manera en que se les ha querido tranquilizar: el empleo de drogas hipnógenas en esta edad de la vida confirma muchas veces estas observaciones.

No podíamos dejar de evocar aquí estas crisis y situaciones familiares para indicar que sus efectos pueden ser lejanos, y que el estudio que se va a leer ahora, relacionado con los efectos de las condiciones de vida de la familia en el desarrollo del bebé y la psicopatología que puede señalarlo, no podrá ser comprendido si no se toman en cuenta las condiciones reales de la vida del bebé: algunas crisis familiares que éste debe vivir tienen efectos muy comprensibles, pero su vulnerabilidad depende también de sus defensas constitucionales, que le permiten a veces un cierto bienestar en condiciones espantosas de vida familiar o social. En otros casos, se establecen vínculos sutiles entre situaciones cuya gravedad uno no conoce sino mucho más tarde y *après coup*.

37. EL BEBÉ EN EL HOSPITAL

FRANÇOISE WEIL-HALPERN

Hacia finales del siglo XIX, algunos pediatras habían observado que la ausencia de la madre al lado de su bebé hospitalizado alteraba el estado somático o de conciencia de éste. Pero no fue sino después de la segunda guerra mundial, gracias a los trabajos de Spitz y Bowlby y de su difusión en el Simposio organizado por la OMS en Ginebra, en 1951, cuando se tuvo una visión diferente del lactante y de sus necesidades afectivas específicas [4, 5]. Todos estos estudios abordan la noción de carencia de los cuidados maternos y su consecuencia en el desarrollo [11, 16]. El "hospitalismo", síndrome descrito por Spitz, se originaba en los niños puestos en guarderías en las que, pese a las favorables condiciones de higiene, los niños estaban privados de afecto. Ese síndrome había sido observado por los pediatras de los lactantes hospitalizados. Bakwin hizo una revisión de la bibliografía pediátrica desde 1909. Ahí prueba que todas las señales de hospitalismo habían sido observadas: apatía, demacración, palidez, inmovilidad, tranquilidad aparente, ausencia de reacciones a los estímulos, falta de apetito, estancamiento de peso no obstante un régimen satisfactorio, evacuaciones frecuentes, perturbaciones del sueño, predisposiciones a episodios febriles y ninguna succión de los objetos. Así como, según el mismo Bakwin, el asombro frente a la rapidez de la desaparición de estos síntomas, una vez que el bebé era colocado en un buen hogar. Ésta es una prueba, añade, convincente del vínculo etiológico que une la atmósfera psicológica desolada del hospital y los síntomas. Rápidamente el niño se anima y manifiesta más reacciones. Si tenía fiebre en el hospital, ésta desaparece en el transcurso de 24 a 72 horas. El peso aumenta y vuelven los colores. Bowlby se sorprende de que, frente a reacciones tan dramáticas y universales del bebé separado de la madre, se le haya dado tan poca atención al hecho. Los Robertson, con sus trabajos y sobre todo con sus películas, han podido demostrar los efectos que puede acarrear la separación de un lactante, efectuada en malas condiciones, y la forma en que no se podía suprimir la reacción depresiva frente a la desaparición de la madre, pero sí favorecer su recuperación, organizando su recibimiento en el hospital o en una familia sustituta [16, 20].

En Inglaterra la evolución ha sido muy rápida. Desde 1959, Platt propuso transformaciones que toman en cuenta las necesidades del niño de menos de cuatro años [13, 14]: 1] que no haya ninguna restricción de visitas a ningún niño; 2] que se tomen medidas para permitir a las madres de niños por deba-

jo de los cinco años que permanezcan con ellos en el hospital para facilitar su tratamiento y prevenir el desamparo y los riesgos asociados con la separación; 3] que la formación de estudiantes de medicina y de enfermería contemple una mayor comprensión de las necesidades afectivas de los niños.

Estas recomendaciones han permitido una verdadera modificación de las condiciones de vida de los lactantes hospitalizados. ¿Cómo era esto en Francia? En 1972, los Robertson escribían: "Tenemos suerte de que en Gran Bretaña los problemas relacionados con los cuidados de los niños pequeños en el hospital sean tan libremente discutidos [16]. Aunque hubiera descontento, esto no quería decir que la situación fuera mejor en otros países. Al contrario, en el continente europeo casi no había discusión pública relativa a los niños pequeños en los hospitales. No porque todo estuviera bien, sino porque el problema no había sensibilizado todavía a la opinión pública. Prácticamente en toda Francia, Alemania, Holanda, Bélgica, España, etc., las restricciones de acceso a los pacientes jóvenes eran tan severas como las de Gran Bretaña hace 20 o 30 años. La libertad de visita y el alojamiento de las madres son en este caso raras veces consideradas como objeto de una discusión seria... No existe ningún otro país en el mundo donde el intercambio entre la colectividad y las profesiones hospitalarias sea tan libres como en Gran Bretaña, donde se han tendido puentes entre los hospitales y la colectividad estos últimos 20 años. En efecto, no fue sino hasta el decenio de los setenta cuando la Ley Debré de 1958 comenzó a tener efectos en materia de humanización.

Después de la descripción de los diversos factores de esta evolución reseñaremos, con el fin de analizar mejor su carácter irreversible, las condiciones de recepción de un lactante en 1970 y en 1987 en el mismo servicio de pediatría del Hospital de Niños Enfermos de París. El hospital de 1987 no se parece al de 1970. Los servicios de pediatría general de los que apenas se componía han desaparecido en beneficio de servicios especializados. Así, el servicio Robert Debré, que abrió sus puertas en mayo de 1987, ofrece 50 camas de pediatría general y 486 camas para especialidades. Esta evolución está vinculada a diferentes factores: la aparición y el progreso de la política de prevención en el transcurso del embarazo y del periodo neonatal, la apertura de estructuras tales como la protección materna e infantil (PMI), las vacunas, el descubrimiento de técnicas para la detección de anomalías genéticas y de malformaciones congénitas, la biología molecular, la posibilidad de acceso a la interrupción voluntaria o terapéutica del embarazo; últimamente, los descubrimientos en los campos terapéutico, biológico y tecnológico. El hospital ofrece una plataforma de alta tecnología y por ello de costo elevado, lo que obliga a reconsiderar la conveniencia de una hospitalización [1, 19].

Actualmente, la hospitalización de un lactante se justifica cuando hay una patología aguda, y en ese caso será dirigido hacia una unidad de reanimación o especializada en cardiología, cirugía o nefrología, o cuando se hace un diagnóstico de enfermedad grave, adquirida o hereditaria que precisa de

una terapéutica sólo realizable en medio hospitalario. El tiempo de hospitalización se inclina generalmente hacia el menor posible. Para 1986, los servicios de pediatría de la Asistencia Pública de París habían fundido todos los servicios en uno, y había una desaparición casi total de los motivos denominados "caso social" y de las enfermedades infantiles [20, 23], pero por otro lado aparecía el SIDA, y las enfermedades infecciosas y virales graves. Durante ese mismo año, las hospitalizaciones de 15 días o más, de niños de cero a tres años, fueron 6 990, con una duración media de 41 a 46 días. La creación de sectores de hospitalización de día y el acondicionamiento del recibimiento en el plano de las consultas constituyen un conjunto de mejorías debidas desde luego a una necesidad económica, pero también a una comprensión del aspecto psicoafectivo.

En Francia, el reconocimiento de las necesidades del niño no encontró el mismo eco que en Gran Bretaña dentro de la opinión pública. Aquí, tal reconocimiento se debe a la voluntad conjunta de los jefes de servicio, de los psicólogos y de los vigilantes. Este reconocimiento ha influido sobre todo en la disminución de la duración de la estancia, y en la organización de los hospitales de día y de las hospitalizaciones a domicilio. Fue necesario esperar a 1983 para que un grupo de especialistas, reunido por el Ministerio de la Salud, reflexionara sobre los medios adecuados para ofrecer condiciones de acogida satisfactorias al niño enfermo. Este grupo de trabajo publicó la circular núm. 83-24 del primero de agosto de 1983. Se trata de una recomendación dirigida a los directores de hospitales, quienes quedaban a cargo de ventilar las propuestas en los servicios interesados. Es difícil evaluar el impacto y los efectos de esto, pero el simple hecho de la existencia de ese texto permitió que las innovaciones y las experiencias aisladas fueran reconocidas.

El hospital se ha humanizado al crear salas de juego, e introducir educadoras e institutrices de niños pequeños. Las acciones puntuales se generalizaron pronto y otras, pese a su carácter humanitario, desaparecieron. Así, asistimos a la desaparición del aislamiento en el seno de un servicio que acoge a los lactantes y a los niños afectados de enfermedades hematológicas. La posibilidad de llevar al hospital los juguetes y vestimenta del bebé, incluido el chupón, la liberalización de los horarios de visitas, la creación de cuartos para las madres y en algunos sitios de sectores madre/bebé, han sido elementos positivos. Hemos participado en la creación de dos cuartos para madres en 1967 y sido testigos de su supresión en 1978, debido al cambio de un jefe de servicio. Fue un gran esfuerzo el relacionado con el recibimiento y la constitución de fascículos que se entregaban a los padres en el momento de su llegada al hospital [12, 15]. Con frecuencia muy atractivos, proporcionan todas las informaciones acerca del funcionamiento del hospital, de las formalidades administrativas, de la vida del niño en el hospital, de la recepción a los padres, de los consejos para cuando llegue la salida, y otros, más completos, aconsejan acerca de los comportamientos vinculados a la enfermedad que pueden aparecer en el niño enfermo pero también en los herma-

nos y hermanas. Esto es muy importante porque por una parte un bebé tiene reacciones diferentes a las de niños más grandes (no puede expresar su sufrimiento frente a la separación y algunas madres muy culpabilizadas por este hecho temen manipularlo, sobre todo si pasó por una reanimación o una intervención quirúrgica) y, por la otra, porque para los hermanos y hermanas, este lactante es frecuentemente el más pequeño de la familia, esperado, pero también sujeto de un fantasma agresivo, cuya desaparición durante la hospitalización provoca una culpa muy grande.

La hospitalización de un niño de pecho es particularmente dramática porque viene a romper una situación interactiva y afectiva hasta entonces muy intensa [10]. Brutalmente, la madre vive un fracaso en su función materna protectora. El lactante pierde sus referencias habituales; su llanto y sus gritos no reciben ya respuesta, las voces son desconocidas y los gestos que lo manipulan no tienen los mismos ritmos. Si además es necesario cambiar su régimen alimentario y practicar alguna intervención, el bebé estará en un estado de estupefacción extremo. Por esta razón, la acción del psicólogo de un servicio de lactantes debe aplicarse a los dos participantes. Pues no basta con abrir las puertas del servicio a una madre, hace falta que ella continúe siendo el único personaje responsable de su niño. Pero para esto ella debe estar perfectamente informada en el plano médico, en cuanto al desarrollo de la jornada, en lo referente a las anomalías y a las reacciones de su bebé ante esta nueva situación. Esta hospitalización es también un reencuentro, y este bebé y su familia llegan cargados de una historia que les pertenece y que hay que respetar en la medida de lo posible. El bebé come de una cierta manera, duerme siguiendo sus hábitos (se chupa el dedo, usa chupón, se aferra a un trapito, una piyama, duerme desnudo, etc.). La alimentación y el sueño reflejan en general el buen funcionamiento mental de un bebé. Son precisamente esas esferas las que se perturban más rápidamente. Por otra parte, si uno conoce sus hábitos se evitan muchas dificultades. ¿Quién no ha presenciado con horror la alimentación de un bebé rodeado de una toalla inmensa que le cubre todo el cuerpo y le impide el movimiento de los brazos, mientras el asistente le mantiene la cabeza entre el brazo y el cuerpo para darle una cucharada llena de puré y retacarle la boca, y luego recoger todo lo que escapó y metérselo de nuevo en la boca? Sin ninguna palabra dulce de acompañamiento, sin ninguna sonrisa, mientras el asistente mira inexpresivamente el contenido del plato o la boca del bebé. Y si a veces el niño se debate, es mantenido entonces con más fuerza, y si osa escupir es enérgicamente amonestado.

Por estas razones el recibimiento debe ser un reencuentro entre el asistente y el atendido; de los asistentes que conocen los lugares, los hábitos, las técnicas, los padres angustiados, estupefactos, poco disponibles para recordar una información, para hacer un aprendizaje. No hay que dudar en repetir informaciones que ya se han dado [22]. De ahí la importancia de una conversación con la supervisora o enfermera responsable. Esta conversación debe tener lugar en una oficina y la información debe proporcionarse mediante un cuaderno de recibimiento. Este cuaderno remitido a los padres contiene los nombres del personal médico y del asistente responsable de sus niños así como su número de teléfono. Esto les permitirá, una vez en casa, releer el material y comprender mejor lo que se les ha dicho.

Los padres no tienen la misma experiencia que el asistente. Es preciso poner cuidado en aclarar cosas que parecen sencillas y cotidianas. Porque si los padres no entienden nada, por ejemplo acerca de la utilidad de tal medicamento o de tal cuidado, no podrán hacérselo aceptar a su bebé. Independientemente de la cultura o incultura de las familias, el asistente no puede eludir cuestiones implícitas o explícitas. Si algunos padres permanecen silenciosos por miedo, respeto o timidez, las explicaciones del asistente deben provocar o desencadenar las preguntas que los preocupan. Al igual que con los niños, no hay que utilizar el lenguaje técnico frecuentemente defensivo. Si el asistente está tranquilo los padres lo sentirán y tendrán confianza en él.

Las dos situaciones que habremos de narrar, separadas por 20 años, indicarán el camino recorrido por lo que toca al recibimiento de un lactante.

Primera situación: marzo de 1970, Hospital de Niños Enfermos

Pedro tiene ocho meses y medio. Es un hermoso bebé mofletudo. Primer niño del señor y la señora G ambos empleados en una oficina postal del 15° distrito. Desde hace una semana el bebé tiene fiebre y se queja toda la noche. El pediatra lo ha visto dos veces y le ha prescrito antibióticos, pero en la noche del 21 al 22 de marzo la señora G se despertó por un ruido que parecía un ladrido. Pedro no puede respirar y emite un ruido extraño. Despierta a su marido y deciden ir al servicio de urgencias del hospital. Llegan en diez minutos. Cuando el interno de guardia escucha desde lejos el sonido agudo que emite el bebé se precipita y hace preparar una jeringa, le pone una inyección y dice a los padres que no es grave, se trata de una laringitis estridulosa; hay que aplicar rápidamente el tratamiento adecuado, hospitalizarlo y ponerlo en una atmósfera húmeda. Busca y encuentra una cama en el hospital, y dice al señor y a la señora G que él hará las prescripciones y que regresará a ver a Pedro en una hora o dos. Pueden irse a su casa. El señor y la señora G expresan su deseo de quedarse el resto de esa noche junto al niño. La respuesta es evasiva "Eso lo verán ustedes con las enfermeras allá arriba." Allá arriba es el tercer piso de un edificio impresionante. Una asistente los acompaña, trasmite a una enfermera las prescripciones y se va. Sin un saludo ni una presentación, la enfermera toma a Pedro en sus brazos y desaparece tras una puerta que ostenta la inscripción "prohibido el paso a toda persona extraña al servicio". El señor y la señora G se quedan ahí, petrificados, sin decir una palabra. Un poco más tarde, un cuarto de hora, una hora, no lo saben, la enfermera regresa con la ropa de Pedro hecha bola, se la da a los padres y les dice que regresen al día siguiente a las 11 para ver a los médicos. A todas sus preguntas ¿podemos quedarnos, podemos darle un beso, podemos verlo antes de irnos, podemos decirle que nos vamos a casa y que regresaremos mañana; nunca nos hemos separado?, la única respuesta es "¿Usted cree que eso es lo único que tengo que hacer? La señora G retendrá sus lágrimas y estallará al descender las escaleras. No duermen

esa noche. Telefonean a su trabajo para informar que no podrán ir esa mañana. Llegan a las 10:45 de la mañana al corredor que termina con la puerta que prohíbe la entrada. Hay mucho personal, médicos, etc., pero nadie parece verlos. La señora G inicia una frase: ¿Se puede? Inmediatamente la replican: "Todavía no son las 11." No hay sillas, no hay sala de espera. Están ahí, de pie, molestos, sintiendo que molestan. A las 11:15 alguien se dirige a ellos: "Ustedes son los padres de Pedro. Yo soy el interno." No dice cómo se llama: "Tiene una laringitis estridulosa, muy mejorada por el tratamiento; está fuera de peligro, podrá salir cuando su fiebre haya descendido." El señor y la señora G piden verlo. La respuesta es: "Las visitas son a las 13:30 horas." Cuando regresan hay una fila de espera que llega hasta la mitad de la escalera. A las 13:30 avanzan y son dirigidos, luego de dar el nombre del niño, a la izquierda de la puerta prohibida. Se encuentran en un corredor exterior que da a un patio y a una hilera de cuartos. Encuentran a Pedro que al verlos grita y extiende los brazos; los separa un cristal, se sienten desarmados, impotentes, culpables, muy infelices. Su bebé enfermo, con fiebre, sofocado, ¿no tendría necesidad de ellos, de sus brazos, de su amor?

Octubre de 1987, Hospital de Niños Enfermos

Clara tiene nueve meses. Está pálida, fatigada desde hace días. En efecto, esta pequeñita avispada y juguetona duerme mucho, no come. Una mañana, al levantarse, su madre percibió miles de pequeños puntos rojos. Telefonea al pediatra pero sólo responde la grabadora. Muy inquieta lleva a Clara al servicio de Urgencias del Hospital de Niños Enfermos. Hay mucha gente en la sala de espera. El interno que la examina habla inmediatamente de hospitalización para que se puedan hacer exámenes. La señora L. se encuentra en la misma sala del tercer piso en la que estuvieron Pedro y sus padres muchos años antes. La asistente que la acompaña las hace sentarse en una sala de espera bien acondicionada. Va a trasmitir los documentos a la vigilante. Ésta llega rápidamente, se sienta junto a la señora L y Clara, y pide alguna información sobre Clara y su familia, y le da a la señora L un cuaderno de recibimiento en el que escribe el nombre del interno, del jefe de servicio, subraya el número de teléfono e indica a la señora L. que puede llamar cuando lo desee. Luego le da información sobre el funcionamiento del servicio; un poco después la acompaña al cuarto y le presenta a la enfermera que se ocupará de su hija hasta las 15 horas. Clara puede tener su ropa; será mejor escribir su nombre en ella y en sus juguetes con un plumín indeleble. Después llena un cuestionario con la madre acerca de los hábitos de Clara: tipo de comidas, modo de alimentación, batidos, biberón, sueño, etc. Le explica entonces que el médico la verá esa mañana, que puede quedarse en el cuarto, hacer todas las preguntas que quiera y hacer una cita en la tarde para ver al médico con su marido. Advierte a la señora L que van a tomarse unas muestras de sangre y le informa que las enfermeras tienen mucha experiencia con los lactantes.

¿Cuáles son las consecuencias inmediatas y a largo plazo de estos dos modos de recibimiento? En tanto que Pedro tiene una enfermedad benigna —salió del hospital cuatro días después—, sus padres se quedaron traumatizados. Ocho años más tarde, debido a una consulta por dificultades de

aprendizaje en la lectura, cuentan este hecho con tal intensidad afectiva y tales detalles, que puede afirmarse que el hecho ha tenido un efecto traumático y que no ha sido metabolizado. Para Pedro es difícil decir que sus dificultades actuales están vinculadas a este incidente, pero hay que tener presente el estudio que hizo Douglas en Inglaterra, en el que señalaba que una hospitalización de 15 días en malas condiciones durante el primer año de vida implicaba, en esta población, el 60% de disturbios durante la adolescencia, en relación con una población idéntica no hospitalizada. La inquietud y la angustia creadas por este traumatismo, trastornaron la armonía familiar y modificaron el sistema interactivo [7].

Los padres de Clara se enteraron el mismo día de la hospitalización, por boca del médico en su consultorio, que su pequeña tenía leucemia. Sería transferida a un servicio especializado situado en el mismo edificio en el primer piso. Fue a acompañarlos para presentarles al equipo que se haría cargo de ella. El señor y la señora L y el médico fueron recibidos por el médico responsable y la vigilante. Luego de haber confirmado lo que se les había dicho, conceden a los padres la posibilidad de hacer preguntas. Así, se enterarán durante este diálogo del proceso de tratamiento, y también de que aplicarán a su bebé un catéter que preservará su capital venoso, además de otras cosas sobre el padecimiento; también se les hará saber cuáles son las posibilidades de que permanezcan todo el día y si podrán telefonear cuando lo deseen, acerca de la importancia de la organización necesaria para permanecer cerca de su hija, quien sólo tiene nueve meses y cuenta con su madre como único punto de referencia.

La observación de Clara

A las 8:30 de la mañana del primer día la Unidad de Inmunología y Hematología Pediátricas, le hacen a Clara su limpieza personal, lleva un bonito vestido rosa y le da de comer con el dedo a su oso "Tati". Balbucea y parece perfectamente adaptada. Sin embargo, al observarla mejor, uno percibe que detiene su actividad a intervalos regulares para echar una ojeada con cierta angustia hacia la entrada de la sala que ella puede ver desde su cuarto. De repente interrumpe toda actividad y grita. Acaba de ver a su madre. Ésta, conmovida, se precipita hacia su hija. Esta pequeña observación demuestra que Clara tiene capacidad para retener en ella a su madre ausente, aunque a un precio en el que el gran esfuerzo y la angustia han llegado a transformarse en dolor en el momento de percibir a su madre.

En cuanto a la señora L, han sido necesarias varias entrevistas y diálogos con diferentes personas que se ocupan de su hija, para que termine por pensar y luego aceptar que Clara puede jugar tranquilamente, incluso pasarla bien cuando ella no está ahí. La creación de un cuaderno de cuidados, verdadero diario de la vida de la niña en el hospital, que incluye el estado somático, fiebre, deposiciones, alimentación en calidad y cantidad, la

observación de su comportamiento: duerme, juega, llora, llama a su madre, y en el que los padres así como los asistentes escriben sus observaciones, proporciona a los padres los momentos "perdidos", es decir, los periodos durante los cuales ellos no están.

El anuncio de la enfermedad y especialmente de una enfermedad grave, lo cual es actualmente el caso de la mayoría de las hospitalizaciones de un lactante, anonada el psiquismo de estos padres frecuentemente muy jóvenes. Sólo existe el niño que tienen frente a los ojos. Ya no pueden imaginar a su bebé. Algunos se ven obligados a tocarlos sin cesar. La madre de Clara nos dijo haber vivido algo que se parecía a una travesía por un túnel negro durante varias semanas. Tuvo el sentimiento *après coup* de haber estado como un autómata. Fue la pérdida de pelo de Clara lo que, según nos dice, la despertó. Se dio cuenta, en un momento en el que llenaba una caja con cubos, que Clara se encargaba de vaciar con una gran risotada, que su hija reía, que jugaba y que acababa de atravesar sin ningún problema infeccioso todo el periodo de tratamiento, y que pronto iba a salir del hospital.

Nos contó, después, que se había trastornado con el diagnóstico, pero que luego había podido poner "la vida, el futuro de su hija", en las manos de un equipo en el que tenía confianza. Es quizá gracias a esto como pudo vivir esta hospitalización en un estado de semiconciencia en cuanto al peligro vital.

Hay que ser prudentes cuando se utilizan ejemplos y se los generaliza. Nuestra experiencia en esta Unidad de Inmunología y Hematología Pediátricas nos confirma la importancia fundamental que tiene una buena recepción, la información que se da a los padres teniendo en cuenta su aptitud por una parte para comprenderla y por la otra para integrarla, y el papel esencial que juega el análisis de las capacidades del bebé para soportar la ausencia de sus padres y poder investir a un sustituto, la observación de la calidad de su juego y de su sueño y, en fin, la intervención en los momentos de desconcierto o de regresión, que incluya la búsqueda de los factores que pudieran haber sido la causa. En efecto, no hemos observado en el transcurso de las consultas de entrevista a distancia ningún problema grave del comportamiento ni ninguna dificultad mayor de la alimentación o del sueño; los padres se sorprenden de la buena adaptación de sus bebés cuando regresan a su casa, de su maravillosa memoria de los lugares de los objetos. Por otra parte, no hemos observado ningún caso de hospitalismo. Si algunos lactantes presentan balanceos en el momento de dormirse éstos existían antes de la hospitalización.

La hospitalización de un bebé es un momento de gran fragilización para el equilibrio de las interacciones madre/bebé y para el porvenir de este último. Una comprensión de esta fragilidad ha abierto el camino a las modalidades de recibimiento y de estancia en el hospital. Si éstas no se generalizan todavía, deberían serlo. En efecto, las consecuencias inmediatas a mediano y a corto plazo no necesitan demostrarse. Y esto desde hace ya 35 años. Una prueba de ello es el trabajo de Bransteter, quien ha observado tres grupos de

niños pequeños hospitalizados entre los 14 y los 36 meses de edad: 54 estaban acompañados por sus madres, 64 por un pariente o por una abuela presentes durante el día y 78 estaban solos. Encontró una diferencia significativa entre los dos primeros grupos y el tercero. En estos últimos, los niños lloraban más, estaban o más diferentes o más agitados, agresivos y eran de una actividad lúdica inferior [6].

Ninguna solución es una panacea. Es importante que haya cuartos para la madre y el bebé, que haya cuartos para la madre y también hoteles para ésta. Algunas soluciones deben proponerse en ciertas condiciones y no imponerlas porque ya existen. En los servicios de alta tecnificación, los padres deben poder permanecer hasta que lo deseen, pero deben también poder descansar y ocuparse de los otros niños. Por otra parte, uno no entra fácilmente en un cuarto donde duerme un adulto. Y es que un niño, en una unidad de cuidados intensivos, tiene necesidad de una vigilancia constante.

La mayoría de las madres, especialmente las italianas, que tenían el hábito de dormir en el cuarto de su bebé antes de que fuera transferido a nuestra unidad, han protestado todas ante la imposibilidad de hacerlo, y todas han agradecido después de algunos días que se les haya dejado un "espacio de libertad". Muchas manifestaron que comenzaban a detestar a ese niño que las absorbía completamente.

Así, son las modalidades de recibimiento, el reconocimiento de las necesidades de un bebé y de su madre durante la estancia en el hospital lo que augurará su porvenir. Cualquier solución de recibimiento que implique cuarto para la madre, un cuarto para ella y el bebé, debe ser negociada y apreciada por el equipo en función de cada familia.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Ajuriaguerra, J. de, "Psychosociologie de l'enfant physiquement malade et de l'enfant handicapé physique. L'enfant et l'entourage au cours de la maladie, en *Manuel de psychiatrie de l'enfant,* París, Masson, 1974, 944-951.

[2] Alagille, D., P. Landrieu, M.C Lalanne y cols., "Durée de séjour hospitalier et qualité des soins en pédiatrie", en *Arch. Fr. Pédiatr.,* 1981, 38: 147-148.

[3] Bibace, R. y M.E. Walsh, "Development of children's concepts of illness", en *Pediatrics,* 1980, 66: 912-917.

[4] Bowlby, J., *Los cuidados maternos y la salud mental,* Buenos Aires, Humanitas.

[5] Bowlby, J., "L'angoisse de séparation", en *Psychiatrie de l'enfant,* t. V, París, PUF, 1962.

[6] Bransteter, E., "Babies with or without mother in hospital", en *Communicating Nursing Research,* M. Baley (comp.), vol. 2, Boulder, Colorado, Wiche Publications, 1969.

[7] Douglas, J.W.B., "Early hospital admissions and later disturbances of the learning and behaviour", en *Devel. Med. Child. Neurol.,* 1975, 17: 456.

[8] Freud, A. y T.T.H. Bergmann, *Les enfants malades. Introduction à leur compréhension psychanalytique,* Toulouse, Privat, 1984.

[9] Karan, S. y S.S. Rao, "Benefits of early maternal participation in care of low birth weight infants leading to early discharge", en *J. Trop. Pediatr.,* 1983, 29: 115-118.

[10] Lebovici, S., *Le bébe, sa mère, le psychanalyste*, París, Le Centurion, 1983.
[11] Lelong, M. y S. Lebovici, "Problèmes psychologiques et psychopathologiques posés par l'enfant à l'hôpital", en *Arch. Fr. Pediatr.*, 1955, 12: 349-367.
[12] "L'enfant et l'hôpital", *Brochure École des Parents et Assistance Publique de Paris*, 1978.
[13] Ministry of Health (Central Health Services Council), "The welfare of children in hospital", en *Report of the Committee (The Platt Report)*, Londres, HMSO, 1959.
[14] Ministry of Health, *Sick children (Accommodations of mothers)*. Respuestas a preguntas de la House of Commons, Hansord, 697, 1470, Londres, HMSO, 1964.
[15] Rapoport, D. y F. Weil-Halpern, *Un hôpital pour les enfant*, película a color, de 25 mm., 16 mm., 24 imágenes/segundo, 1983.
[16] Robertson, J., *Jeunes enfants à l'hôpital*, París, Le Centurion, 1974.
[17] Robertson, J., *Un enfant de deux ans va à l'hôpital*, película a color, de 45 mm., 16 mm., 16 imágenes/segundo, VO, 1952.
[18] Spitz, R.A., "Hospitalism. An inquiry into the genesis of psychiatric conditions", en *Psychanalytic Study of the Child*, 1945, I: 53-74.
[19] Strauss, P., "Protection de l'enfant malade. Hospitalisation des enfants", en *Pédiatrie sociale*, R. Mande, N. Masse y M. Manciaux (comps.), París, Flammarion, Médecine-Sciences, 1977, 625-663.
[20] Tursz, A., M. Crost y M.-M. Guyot, "L'hospitalisation des enfants étrangers dans la région parisienne", en *Arch. Fr. Pediatr.*, 1983, 40:61-67.
[21] Weil-Halpern, F., S. Lebovici y C. Griscelli, "De l'influence du psychisme dans la transmission biologique", en *Neuropsychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent*, 1985, 2-3: 121-128.
[22] Weil-Halpern, F., "La 'bulle', espace de restauration des rélations mère-nourrisson", en *Lieux d'enfant*, Toulouse, Privat, 1987.
[23] Weil-Halpern, F., D. Rapoport y C. Griscelli, "Les bébés-bulles", en *Psychiatr. Enfant.*, 1981, 24: 40-100.

38. LOS LACTANTES DE PADRES PSICÓTICOS

MARTINE LAMOUR

Si bien muchos trabajos relativos a los niños de padres psicóticos se han interesado en los niños de edad escolar (en particular de padres esquizofrénicos), pocos se han interesado en cambio en los lactantes [21]. Por una parte, la necesidad de las familias de psicóticos de protegerse en microculturas encapsuladas de alta tolerancia, en relación con las actitudes extrañas, hace que los niños no sean jamás llevados a consulta [4]. Por la otra, los clínicos tenían pocas herramientas tanto teóricas como prácticas para aprehender el funcionamiento psíquico del lactante y los disfuncionamientos interactivos de la díada. Sólo hasta hace poco se desarrollaron modos de enfoque terapéuticos diversificados, que nos permitieron acercarnos a los lactantes de familias muy perturbadas, y hacernos conscientes de sus sufrimientos.

Se reconocen los tres primeros años de vida como uno de los periodos en los que la vulnerabilidad del niño es mayor en relación con la influencia de la psicosis parental y, más específicamente, de la psicosis materna [24]. Si nos identificamos con los lactantes, se esconden realidades muy diferentes bajo el vocablo "lactantes de padres psicóticos", según las condiciones siguientes:

- el padre enfermo (padre, madre e incluso los dos);
- la gravedad de la patología psiquiátrica que requiere o no de hospitalizaciones y una separación madre-niño que recurre a madres "sustitutas";
- la fecha de aparición de la psicosis: antes, en el momento o después del nacimiento; las psicosis puerperales no pueden ponerse en el mismo plano que las psicosis crónicas, de las que se distinguen entre otras cosas por una evolución más favorable y los efectos con frecuencia benéficos de la permanencia del niño con su madre [42]; las puerperales constituyen una entidad muy específica que no abordaremos aquí;
- el modo evolutivo de la enfermedad psicótica: la evolución periódica de la psicosis maniacodepresiva con los disturbios tímicos, en primer plano, la distingue de las psicosis crónicas; daremos las características esenciales al final de este capítulo.

El análisis de estos factores permite definir con precisión el ambiente en el que va a desarrollarse el lactante. Por desgracia, muchos estudios adolecen en este nivel de una amalgama que se presta a confusión; la diferencia entre la terminología francesa y la anglosajona, que tiene una definición

más amplia de la esquizofrenia (incluyendo formas menos severas), incrementa aún más la dificultad para definir claramente a la franja estudiada.

Insistiremos aquí, sobre todo, en la situación que encontramos más frecuentemente en nuestra clínica, la cual plantea con mucha agudeza el problema de la influencia de la psicosis crónica (delirio crónico, esquizofrenia), psicosis muchas veces diagnosticada antes del embarazo. Frente a estas díadas sumamente perturbadas, los interesados médicos sociales, según si están más cerca de la madre o más cerca del niño, se dividen en dos posiciones extremas: de un lado "el bebé reparador que cura a la madre"; del otro "la madre brutal que pone en peligro la vida del niño".

Para comprender mejor el proceso que obra en la instauración de la relación entre madre y lactante, nos apoyaremos en los datos de observación de las interacciones precoces y en el primer desarrollo del lactante.

LAS INTERACCIONES PADRES-LACTANTE

Los datos de la observación

Desde 1970, Cohler y colaboradores habían puesto en evidencia importantes perturbaciones en las interacciones de las madres psicóticas con su lactante [11]; no responden tan rápidamente ni de manera adecuada a las señales de su lactante y son menos estimuladas por ellos en el plano social que las madres que están indemnes de una patología psiquiátrica.

Recientemente aparecieron algunos trabajos centrados en la observación muy precoz y en el tratamiento del lactante y de la díada. Así, desde los tres primeros días, en el marco de una situación de lactancia, Persson y sus colaboradores revelaron interacciones, en el plano afectivo, más pobres y menos armoniosas de madres psicóticas (psicosis no orgánicas* en relación con todos los diagnósticos y que incluyen las psicosis ulteriores al parto) con su lactante. "Estas mujeres parecen más tensas e inseguras, aparentan menos contacto social, particularmente en el plano vocal y en cuanto a sonrisas con su bebé. Los bebés también aparentan significativamente menos contacto social hacia su madre. Las parejas madre y lactante parecen tener menos contactos visuales mutuos en relación con un grupo de control" [40].

Del conjunto de estudios enfocados a la observación precoz de estas díadas, en particular durante el primer año, podemos extraer un cierto número de pequeñas señales clínicas que alertan y que conciernen a las diferentes modalidades de interacciones [14, 16, 17, 29, 30, 36, 39]:

* Psicosis no orgánicas: esquizofrenia, psicosis cicloide, psicosis afectiva (maniaco-depresiva), psicosis ulterior al parto, etcétera.

- interacciones visuales: la elusión de la mirada en la madre puede asociarse con una hipervigilancia visual en el niño, o, al contrario, producir secundariamente la elusión; casi siempre el niño se prende e incluso se aferra con la mirada al extraño, como si buscara desesperadamente reunirse, reorganizarse en la mirada del otro. Hay retardo en la aparición y es rara la mirada mutua;
- interacciones corporales, continencia *(holding)* caótica con alternancia de acercamientos y alejamientos del niño; éste responde ya sea de un modo hipertónico o poniéndose flácido, "vaciándose". La tolerancia de la madre a la motricidad del bebé parece débil, el bebé reacciona con una retención, una represión del movimiento voluntario;
- interacciones vocales pobres: la madre suscita y responde raras veces las vocalizaciones del bebé;
- la dimensión lúdica está casi ausente en las interacciones.

Notemos finalmente en el bebé la muy particular utilización, con fines defensivos, de los estados de vigilancia: hipervigilancia inicial y luego, cuando el malestar se incrementa en un contacto prolongado con la madre, la caída inmediata, brutal y muy impresionante en el sueño.

Ninguna de estas pequeñas señales es patognomónica en sí misma y pueden disponerse muy distintamente según las díadas. Lo esencial es, mediante una observación atenta, poder descubrirlas pues permiten aprehender mejor el sufrimiento del niño y también el de la madre.

En resumen, se desprenden cuatro grandes características del conjunto de estas observaciones [17, 31]:

- El caos, que es la impresión dominante; los acercamientos intensos y "devorantes" alternan con largos momentos de distanciación e incluso abandono: "Los cuidados pueden parecer incoherentes, inadecuados y a veces peligrosos por corresponder a impulsos de la madre" [17]; el ambiente cotidiano es imprevisible; envuelto en este caos, el bebé no puede anticipar; los ritmos de alimentación y sueño serán difíciles y de larga instauración en el niño.
- La extrema dificultad, incluso la imposibilidad para la madre, de ver al niño real: el bebé ideal, fantasmatizado, no se encuentra en este bebé con necesidades, cuya realidad la madre niega; ella signa con el sello del delirio, o incluso con el de la insanía, cualquier manifestación de llamado de auxilio del bebé; cuando ella siente necesidades son las suyas de las que se trata con más frecuencia y, de algún modo, responde a ellas a través del bebé, de quien no se distingue.
- La inversión de la relación: frente a estas madres delirantes, caóticas, "ausentes", paralizadas, que no pueden dar y que manifiestan necesidades muy regresivas, vemos lactantes de una extraordinaria vigilancia, de mirada inquieta y grave, contenerse en sus movimientos, incluso en su desarrollo, consolarse solos; todo eso lo hacen como para proteger a su madre y del

mismo modo para no ponerse en peligro; en esos momentos, es la madre la que nos parece el lactante de un niño precozmente maternante. No es la madre la que se adapta al niño, sino el niño el que se adapta a la madre; las interacciones se organizan en función de las necesidades maternas y no en las necesidades del bebé. Myriam David ha hablado de una verdadera "perversión de la contención" [17].

• El carácter de la relación en ausencia de mediación es intolerable, inmanejable: "Todo sucede como si la realidad del niño arrastrara a la madre, que no se distingue de él, a sentir al desnudo la angustia del lactante, calificada por Winnicott de inimaginable..., y provoca en ella una angustia análoga que cada uno le envía al otro en espejo" [14]. "Estamos en el punto en que coinciden las angustias psicóticas de la madre y las angustias arcaicas del lactante" [30].

¿Cómo puede uno comprender estas interacciones desde el punto de vista de la madre y desde el punto de vista del niño o la niña?

Algunos de los mecanismos en juego en la relación madre-lactante

La madre. Su relación con el "niño de carne" sólo se puede comprender si ella es restituida en el marco más amplio de la relación de objeto psicótico, es decir, una relación pregenital oral predominante, que "hace indispensable el contacto con el objeto, pero donde la calidad particular de las proyecciones e introyecciones constituye un objeto amenazante y destructor ante el cual el sujeto se mantiene en un movimiento doble y contradictorio de alejamiento y de acercamiento, de investidura y desinvestidura [7]. Es una relación puramente narcisista en la que "el sujeto tiende a disponer del objeto en función de sus propias necesidades, sin consideración por las del objeto" [7]. El objeto, para el psicótico, es el enemigo, dice Recamier, y añade que "la paradoja central del esquizofrénico apunta hacia la existencia mutua del objeto y de sí, queriendo que cada uno de ellos sólo sea sin ser" [43]. Sin embargo, sabemos la importancia que tiene la mutualidad para que el bebé se construya.

Este breve recordatorio teórico echa luz sobre la clínica y permite comprender la forma en que el lactante va a poner a su madre psicótica en peligro: el lactante que todavía no "mentaliza", que es presa de angustias de aniquilación de una extrema violencia, solicita a su madre en el punto más sensible de su patología, puesto que su maternaje exige de ella el acceso a un estado de preocupación materna primaria y la evolución de su relación narcisista hacia la objetalidad; en realidad, ¡le exige lo imposible!

Una idea muy difundida es que la madre psicótica presenta una preocupación materna primaria en el punto más alto [51]. El origen de esta idea está en el texto de Winnicott de 1961 acerca de "El efecto de los padres psicóticos en el desarrollo afectivo de su niño" [51]. Bourdier vuelve a utilizar esta hipótesis y hace de ella uno de los mecanismos posibles de la "hipermaduración" observada en estos niños [6]. Subrayemos el hecho de que estos dos textos no se apoyan en observaciones directas de los primeros meses de vida del lactante ni de las interacciones precoces con su madre. Por otra parte, la madre psicótica crónica, presa de un fantasma de fusión con el bebé imaginario, no tiene acceso a este estado de regresión tan específico de la maternalidad normal pero que no es, como lo subraya Recamier, "ni patológico ni patógeno, siempre que la regresión sea consentida, asumida y controlada por el yo" [42]; es decir, le permita ver la realidad de su bebé. La calidad de la preocupación materna primaria se juzga según la calidad de las percepciones de las señales del bebé y de las respuestas ofrecidas. Es lo contrario de lo que se produce en el lactante de madres psicóticas: el bebé se adapta a la madre, mecanismo que, en la hipótesis opuesta a la de Bourdier, nos parece ser la fuente de la hipermaduración que se puede observar en ciertos niños.

La evolución del narcisismo hacia la objetalidad es ese movimiento de la madre que permite, en una relación normal, el nacimiento psicológico del niño en el proceso de separación e individuación. La madre psicótica, presa en una relación completamente narcisista, sólo puede reconocer la existencia del niño como individuo separado al renunciar a la ilusión de la fusión; la individuación del niño es entonces vivida como peligrosa. La traducción clínica de estas dificultades es, entre otras: 1] en las madres: comportamientos de hipoestímulo, de contención, que obstruyen la motricidad del bebé; recrudecimiento delirante en los momentos del destete y del caminar; incluso, al no haber cuidados, bruscos impulsos homicidas en relación con el niño; 2] en los niños: retardo e incluso interrupción del desarrollo, en particular del desarrollo motor.

Los periodos particularmente críticos de la relación madre-lactante son, entre otros, las grandes etapas del proceso de individuación del niño que originan las crisis en las que tanto él como la madre están en peligro.

El niño. ¿Cómo se organiza el lactante y "sobrevive" a esta relación? Un hecho esencial, al contrario de lo que sucede con los niños de madres gravemente carenciadas, es que los lactantes de madres psicóticas no sufren de una falta de investidura narcisista [15]. "Al contrario, el lactante está mucho muy investido, e incluso sobreinvestido. El niño es atrapado en la intensidad de un deseo que por momentos puede retener vivamente su atención, 'atraerlo' hacia él, procurarle sensaciones intensas de acercamiento, complejas, fascinantes" [17].

Al estar tan "locamente" investido, el lactante va a encontrar la fuerza para organizarse estableciendo mecanismos de adaptación y de defensa; "distanciamiento con relación al objeto para evitar su expropiación y, un poco más tarde, 'dominio' del objeto cuando el objeto se diferencia de él" [17]. Es así como pueden comprenderse la hipervigilancia en el plano de la mirada y de la hipertonía corporal.

¿Qué es lo que integra el niño de las nacientes relaciones con su madre? Algunos elementos de respuesta nos los da la observación de lactantes ubicados en hogares sustitutos pero que han mantenido el vínculo con la madre [31]. ¿Qué observamos en estos niños? Esencialmente tres órdenes de fenómenos.

• Muy precozmente, desde los tres primeros meses, los niños van a solicitar el sustituto materno para reproducir las actitudes anteriores de su madre, incluso si éstas los ponen en situación de peligro. De ahí nuestra hipótesis de que el lactante integra mucho muy precozmente esquemas interactivos; desde la compulsión hasta la repetición, va a solicitar activamente que la madre o el sustituto materno los reproduzca, iniciándolos en una espiral transaccional nefasta.

• Luego de un tiempo de estancia bastante largo en la familia que los acoge, en donde aparentemente han encontrado un funcionamiento bastante satisfactorio, estos mismos niños, puestos en presencia de su madre, recobran instantáneamente sus anteriores comportamientos; por tanto, una separación precoz no ha actuado sobre estos esquemas; esta reacción de los niño puede ser un intento desesperado por restablecer una continuidad.

• Por último, después de una breve estancia con la madre se ha visto cómo desaparecen ciertos disturbios que los niños presentaban durante la crianza (disturbios del sueño, disturbios psicosomáticos).

Todo esto nos muestra claramente que el niño no sólo ha "incorporado" estas nacientes relaciones a su madre, sino que para él constituyen un vínculo privilegiado, por más perturbador que parezca. Cuando estos lactantes gozan más adelante de cuidados maternos sustitutos, estables y de calidad, "su desarrollo presenta ciertas particularidades: por una parte, la capacidad del niño para utilizar de manera activa las aportaciones de un ambiente confiable para constituir alrededor de su núcleo central una especie de envoltura; por la otra, la actividad psíquica está esencialmente animada por la necesidad de mantener a distancia, de dominar, sin dejar de conservar la fascinante imago materna, tal como ésta emana de las interacciones precoces... En los casos más favorables, habrá una hipermadurez, pero, hecho esencial, esta hipermadurez está construida sobre una fragilidad del *self* mal constituido" [17]. Todo esto muestra claramente que es necesario que el niño pueda elaborar su relación precoz y construirse no en ruptura y en pérdida, sino en una continuidad.

EL DESARROLLO DEL LACTANTE

Habiendo abordado los datos de las observaciones clínicas directas, nos centraremos en el análisis de las investigaciones longitudinales.

Desarrollo del embarazo y del parto

Pese a ciertos resultados contradictorios [24], la mayoría de los estudios [33, 38, 46] no muestran una diferencia significativa en cuanto al desarrollo del embarazo y del parto, en el plano somático, en padres psicóticos comparados con un grupo de control o con otras psicopatologías [24, 33, 38, 46]. Lo mismo por lo que toca al peso del bebé en el nacimiento y las malformaciones neonatales [33]. Contrariamente, tomando como criterio la gravedad de los disturbios psiquiátricos, Sameroff y Zax (citados en [24]) piensan que el riesgo de complicaciones perinatales aumenta con la severidad del daño psicótico. Para ellos, es la angustia de la madre la que desempeña el papel esencial en este mecanismo: "Una madre angustiada no sólo no es capaz de contribuir a un buen desarrollo del embarazo y del parto, sino que además suscita comportamientos en los otros que tendrán como consecuencia un aumento en el nivel de las complicaciones médicas" [24].

Más recientemente, McNeil y colaboradores precisaron que las mujeres presentan una "psicosis crónica no orgánica", aun cuando difieren en el plano somático de las madres normales, en cuanto al embarazo y al parto, tienen una experiencia más negativa del embarazo y un modo de vida más problemático, cuando se las compara a un grupo de control, y esto es así en todos los terrenos (material, interpersonal con una particular falta de apoyo por parte del marido y de los parientes, embarazo no deseado, pánico al parto) [38].

El desarrollo de los lactantes de padres psicóticos

Muy esquemáticamente, los estudios alrededor de este tema surgen de dos posiciones etiopatogénicas, que dan mayor importancia al ambiente, y a los factores constitucionales, sin dejar de reconocer la mayor parte del tiempo su imbricación.

Los estudios que sostienen una perspectiva ambiental. Para R. Landau, las etapas del desarrollo psicomotor (caminar, sentarse, etc.) del lactante se distribuyeron del mismo modo entre el grupo de niños de un padre o una madre psicótica (diagnósticos de psicosis en general) y un grupo de niños de padres no perturbados [33]. La investigadora notó también la aparición muy precoz de diferencias en el plano del lenguaje (retardo visible en el niño) y un retardo en el establecimiento del control esfinteriano. Las infecciones otorrinolaringológicas y gastrointestinales son más frecuentes en los niños de padres psicóticos –quienes también se enferman seriamente con frecuencia y sufren más complicaciones después de haber pasado por una enfermedad infantil. Partiendo de la hipótesis de que un ambiente perturbado contribuye a la descompensación de individuos genéticamente vulnerables, R. Landau con-

cluye: "Nuestra comparación del desarrollo en los dos primeros años prueba que ya hay indicaciones de tensión y de negligencia en el grupo de niños de padres psicóticos... Para un niño que vive con una madre psicótica, la impresión más fuerte no es probablemente la hospitalización de la madre, sino la tensión cotidiana de tener que adaptarse a un comportamiento y a pensamientos extraños y no tener a nadie con quien identificarse" [33]. El estudio longitudinal de Sameroff, que compara a bebés de madres que tienen patologías psiquiátricas variadas (esquizofrenia, depresión neurótica, disturbio del carácter) ha permitido identificar en la madre, y esto desde antes del nacimiento, variables que anuncian un temperamento difícil en el niño durante el primer año de vida: mientras más angustiada está la madre durante el embarazo, más difícil es el temperamento a los cuatro meses [47].

Los estudios en la línea genética. Están encabezados por las investigaciones de Barbara Fish y su escuela [19, 20]: la contribución genética a la esquizofrenia se crea por la vía de un déficit neurointegrativo, que puede diagnosticarse muy precozmente y que, en interacción con factores ambientales, lleva a la esquizofrenia a algunos individuos vulnerables. En un estudio longitudinal (¡de más de treinta años!) efectuado en niños de madres esquizofrénicas crónicas (cuya gran mayoría no fue criada por los padres biológicos), B. Fish ha puesto en evidencia (en dos terceras partes de los casos) una perturbación de la cronología y de la integración de los procesos de maduración neurológica, que ella denominó "pandismaduración" (resultados confirmados por los trabajos de Marcus) [35]. La pandismaduración está asociada a tres modelos anormales en los primeros meses: estado de vigilancia "anormalmente tranquilo", largo, con respuestas vestibulares disminuidas y perturbaciones óculomotrices. Esta perturbación también tiene un valor predictivo del arribo de una esquizofrenia o de una patología de tipo esquizofrénico.

En el plano del desarrollo cognoscitivo, Gamer, Grunebaum y colaboradores descubrieron que el maternaje de una madre psicótica crónica no perturba necesariamente el desarrollo cognoscitivo del niño (particularmente en cuanto la permanencia del objeto) [23]. Los niños que muestran un déficit en la adquisición de la permanencia del objeto son aquellos que han vivido las separaciones más traumatizantes (muchas nodrizas en diferentes lugares nuevos).

ETIOPATOGENIA

La preeminencia de la esquizofrenia es del 10% con un padre esquizofrénico y del 25 a 35% en función de la elección de los criterios diagnósticos si los dos padres son esquizofrénicos [25, 49]. En consecuencia, los lactantes de padres psicóticos no están todos destinados a devenir psicóticos; tienen múltiples posibilidades evolutivas. En una óptica de prevención y de tratamiento precoz, importa más comprender mediante qué mecanismos la psicosis parental actúa en el desarrollo del niño. Las posiciones etiopatológicas actuales no sólo ya no oponen ambiente y herencia, sino que adoptan un modelo dinámico surgido de la corriente "interaccional": la de las transacciones entre las características constitucionales del niño y las afectivas y sociales de su ambiente. [47] En forma paralela, se ha desarrollado la noción de "niño con riesgo" y de "niño vulnerable".

Herencia-ambiente

Separar los efectos de la herencia y los efectos del ambiente, y más específicamente de la dinámica familiar, es posible gracias a los estudios relativos a la adopción, cuando el niño ha sido adoptado suficientemente a tiempo. Al analizar lo esencial de las encuestas que utilizan el método de las adopciones, M. Carlier concluye "en casi todas las encuestas, los resultados tendieron a confirmar la hipótesis de la intervención de factores genéticos en la etiología de las psicosis esquizofrénicas" [8]. Otros autores adoptan posiciones más radicales, como Cassou y colaboradores, quienes "luego de una reevaluación exhaustiva y minuciosa" de las principales encuestas genéticas, concluyen "con una ausencia total de pruebas acerca de la existencia de un efecto genético en los procesos esquizofrénicos" [9].

Edad de separación del niño de su familia biológica (que hay que diferenciar de la edad en la que se le transfiere a la familia que lo acoge o a la familia adoptiva). Nuestras observaciones clínicas relativas a la integración en los primeros meses de esquemas interactivos, nos llevan a emitir la hipótesis de una influencia extremadamente precoz de la madre psicótica en la instauración del funcionamiento mental de su bebé. Luego, si la separación no es muy precoz, el método de las adopciones no permite disociar los factores genéticos de los factores posnatales del entorno. Además, es necesario tomar en cuenta el efecto traumático de la separación en edades críticas (Yarrow, citado en [24]).

Evaluación de la calidad de las relaciones intrafamiliares padres-hijo (se trate de padres biológicos o adoptivos) [8]. La ausencia de datos directos respecto de la relación padres-hijo (exceptuando el interesante estudio de Tienari y colaboradores acerca de los primeros años de la vida del niño), subraya la necesidad de desarrollar estudios prospectivos diferenciando los niveles de riesgo (según que el padre, la madre o ambos sean psicóticos) para verificar las hipótesis relativas a los factores tanto psicológicos como biológicos, teniendo en cuenta también la noción de capacidad y de vulnerabilidad del lactante [3, 18, 25, 49].

Estudios relacionados con la noción de riesgos y la de vulnerabilidad. Anthony define la vulnerabilidad como la sensibilidad individual del niño frente a las condiciones particulares de riesgo a las que es sometido. Cuando el riesgo viene de una psicosis de los padres, la vulnerabilidad se considera aquí como función de la implicación con el padre enfermo y en la enfermedad de éste [2, 3]; de ahí la distinción entre psicosis "implicantes" y psicosis "no implicantes" (no hay relación directa entre la patología parental y el peligro para el niño) [3, 32]. Anthony pretende identificar un grupo de niños extremadamente vulnerables, teniendo en cuenta: por una parte, la implicación íntima con el padre psicótico y la identificación con el padre psicótico; por la otra, una personalidad sumisa y sugestionable en el niño.

Aunque los estudios de Anthony se refieren a niños de edad escolar, es interesante aplicar sus conclusiones y estrategias de intervención a los lactantes de madres psicóticas. Cuando Anthony señala que los disturbios mentales de los padres psicóticos tienen una grave influencia en el niño, si la incluyen en la enfermedad (por ejemplo en las ideas delirantes), comprendemos mejor que el lactante que vive una relación simbiótica con su madre esté expuesto a esta inclusión en la enfermedad y en el delirio materno [45]. Deberá entonces desarrollar una gran energía para constituir defensas que le permitan tener acceso a otra realidad que no sea la de la enfermedad materna. Se hace entonces evidente que cuando el padre está presente, y tiene un funcionamiento mental exento de perturbaciones severas, desempeña un papel esencial para sostener el movimiento de diferenciación objetal en el niño y permitirle un acceso a la realidad.

EL PRONÓSTICO

Algunos criterios nos permiten aprehender mejor el futuro de los lactantes de padres psicóticos.

Las capacidades del niño para utilizar sus propios recursos: para juzgarlas hay que apelar a las nociones de capacidad y vulnerabilidad que fueron estudiadas más arriba.

La naturaleza de las investiduras cuyo objeto es el niño: está vinculada a las proyecciones parentales que organizan las interacciones fantasmáticas. La naturaleza de las investiduras de la madre en el niño es función de las características de éste, pero también de la historia actual y pasada de la madre, del padre y del entorno. El niño, entendido como objeto bueno, solicitará de la madre la parte sana de su funcionamiento materno a condición de que ella pueda ser apoyada por el entorno; el padre y la familia desempeñan un papel esencial en el apuntalamiento de la relación precoz.

Ambiente familiar. Cuando hablamos de lactantes, la situación es muy diferente cuando la madre –y no el padre– es psicótica: en el seno de la díada, un lactante de madre psicótica está expuesto de entrada a la locura materna, que se manifiesta en las perturbaciones de las interacciones. Cuando el padre está presente e indemne de una psicopatología grave, puede mediatizar la relación. La ausencia del padre aparece como un factor importante de riesgo y de pronóstico negativo para mantener un contacto entre madre y lactante; frecuentemente el padre ha sido excluido y distanciado por la madre, o se ha establecido una relación persecutoria en la que él no puede, en ningún caso, desempeñar su papel de tercero [17]. Los abuelos están con mucha frecuencia en una posición muy conflictiva porque en un primer momento podrán parecer aportar un apoyo a los padres del lactante, en particular la abuela materna, pero frecuentemente ésta tiene el deseo de tomar al bebé de su hija como objeto bueno que vendrá a reparar una relación psicótica entre ella y su hija, al mismo tiempo que la excluye creando la imposibilidad de un reconocimiento al orden generacional. Así, los recursos del medio familiar desempeñan un papel primordial [34].

Patología parental. Uno de los estudios más interesantes respecto del pronóstico en función de la gravedad de la psicosis parental merece ser citado aquí, aunque se apoya en una muestra de niños de seis a 17 años. Anthony demuestra que mientras más gravemente afectado esté el padre (desde la peor hebefrenia catatónica hasta las formas menos severas esquizoafectivas y esquizorreactivas), menos perturbado está el niño [4]. Una actitud amenazante del padre sería percibida por el niño como algo más alarmante y por ello más perturbador que una falta total de atención o de interés hacia él. Las psicosis más "reactivas" (esquizoafectivas, esquizofreniforme, pseudoneurótica) tenderán a crear disturbios inmediatos al niño, mientras que las psicosis "procesuales" (catatonia, hebefrenia) sólo verán la expresión de sus efectos patógenos en la edad adulta; las primeras, mucho más que las segundas, arrastrando al niño a relaciones interpersonales y evoluciones caóticas. La presencia en el consorte, por desgracia frecuente, de una psicopatología grave, tiene un efecto acumulativo para el niño [4].

Aunque son muy excepcionales, mencionemos aquí las conductas parentales que ponen directamente en peligro la vida del lactante. El infanticidio, que se produce con más frecuencia en los primeros seis meses de vida, responde a motivaciones diversas en los padres esquizofrénicos; es un acto impulsivo o bien dictado por alucinaciones; puede asociarse a ideas sacrificiales o a ideas suicidas [1]. En las formas de estados psicóticos con un componente depresivo, el asesinato del niño que precede al impulso suicida sería cometido para "salvar" al niño de un destino trágico; se habla entonces de "suicidio altruista" [29].

Continuidad del maternaje infantil. Los niños de pecho de padres psicóticos

son frecuentemente hospitalizados de urgencia; vivirán múltiples separaciones y múltiples relaciones con madres "sustitutas", ya sea en el marco de instituciones o en el de establecimientos familiares. Estas separaciones, ellas mismas fuentes de carencia, ponen al lactante en peligro si no están acondicionadas en el marco de un trabajo terapéutico.

TRATAMIENTO

El tratamiento de lactantes de padres psicóticos, y más específicamente de madres psicóticas, debe tomar en cuenta las tres categorías de riesgos que amenazan al niño [17]:

- estar aislado y entrar con su madre en una relación patológica;
- estar expuesto a violencias y abandonos sucesivos;
- ser objeto de hospitalizaciones múltiples, fuente de discontinuidad y de carencias.

Estos tres órdenes de riesgo implican: 1] la necesidad de hacer un trabajo con el niño, la madre, el padre y en el plano de las interacciones precoces padres-hijos; 2] el acondicionamiento de un ambiente estable y confiable para el niño, cualquiera que sea la evolución de la enfermedad materna, asociado a una administración de la distancia entre madre y niño que permita, cuando esto sea posible, el mantenimiento de una relación madre-hijo sin riesgo de desorganización para alguno de los dos.

Enfoque precoz de la díada

El enfoque precoz de una díada tan perturbada exige en un primer tiempo observar al bebé e intentar evaluar la calidad de la relación entre madre e hijo. La observación de un lactante de madre psicótica no es cosa fácil. La evaluación de la relación también se hace difícil debido a la diferencia de comportamientos y de verbalización de la madre en presencia y en ausencia del bebé: "existe un contraste impresionante entre la intensidad de un deseo" (deseo de volver a ver al niño), "que se expresa con fuerza en ausencia del niño, y la falta total de contacto una vez que él está presente, pues entonces parece no verlo" [14]. Es más inquietante lo que se ve que lo que se oye; ésta es la fuente de las divisiones que se operan entre los asistentes, los de la madre impidiendo la permanencia de su hijo cerca de ella, y los del niño reclamando un internamiento. Estas divisiones son de una mayor intensidad, en la medida en que la madre proyecta en cada uno de los interesados sus deseos contradictorios (abandono, custodia del niño); encontramos ahí uno de los mecanismos institucionales mejor conocidos y ya descrito en

el marco del cuidado de los psicóticos, que es la irrupción de conflictos profundos vinculada al hecho de que los diversos terapeutas suscriben funciones particulares y contradictorias [41]. Debido a esta misma dificultad para hacer un enfoque de la díada, hay que situarse en las condiciones más favorables, lo que en nuestra experiencia implica [31]: 1] la necesidad de contar con dos asistentes cuando menos, uno más cercano al niño, el otro más cercano a la madre, dentro del marco de un enfoque familiar; 2] la creación de un espacio mediatizado para todos los interesados en relación con el niño y la familia.

Necesidad de dos asistentes como mínimo, uno cerca del niño y el otro cerca de la madre. ¿Por qué? Por una parte, para proteger la observación del niño: la experiencia nos ha mostrado que un solo interesado corre el riesgo de verse sumergido, invadido, captado por la locura materna, con lo que se olvida rápidamente al niño; por la otra, para que esta situación sea tolerable para la madre, que no soporta la intromisión de un tercero en su relación con el niño (triangulación imposible) si no es capaz de recibir algo por sí misma, debe ser "renarcisizada" permanentemente por nuestra observación. Esto puede establecerse en el marco de unidades de cuidados para niños muy pequeños con un equipo pluridisciplinario que tenga un funcionamiento muy flexible [16]. El papel de los asistentes es tratar al niño y el disfuncionamiento parental. Con la madre, el objetivo no es el de tratar su psicopatología globalmente, sino lo que en su psicosis influye en la maternidad, en un proceso que acompañe lo más cerca posible su sufrimiento. La interacción con el bebé, en este marco privilegiado, está en la fuente de la reorganización psíquica materna. Para el niño, la observación del asistente, en virtud de su permanencia, hace posible que todas la pequeñas señales de un lactante, tan difíciles de ver al principio, se vuelvan preciosas y se organicen en una continuidad de observación, que se propone acompañar al niño en la implantación de su funcionamiento mental. Esta observación da un sitio y un valor al niño real y lo sostiene en su desarrollo, mediatizando la relación con su madre. Tanto con la ayuda de las discontinuidades microscópicas de las interacciones, como con la de las discontinuidades macroscópicas de estas condiciones de vida, de lo que se trata es de asegurar al niño una continuidad externa en un ambiente conforme, continuidad externa que le devuelva una sensación de continuidad interna, tan importante para la constitución de su *self*.

Para el tratamiento de la relación objetal, nos situamos en la encrucijada de las vías narcisistas y objetales [42]. En el juego complejo de las identificaciones, que hace posible estos encuentros terapéuticos entre madres e hijos en instantes fugaces de mutualidad, la madre y el bebé pueden relacionarse en momentos privilegiados que constituirán puntos de anclaje en su relación caótica.

Este trabajo se hace en el marco de un enfoque familiar. Cuando el padre está presente, cerca de la madre y del niño, podrá también beneficiarse de

ser "acompañado" en la instalación de su paternalidad, particularmente cuando debe asegurar lo esencial de los cuidados a su bebé en razón del estado de su mujer. Es importante que sea apoyado y confortado en su función de tercero para la madre y el hijo. Puede preconizarse una terapia familiar para tratar lo que O. Masson ha descrito en familias de mujeres esquizofrénicas como una simbiosis que protege contra "el terror de la individuación que implica riesgos de fragmentación del Yo" [36, 37]; los padres no poseen representaciones de los niños, en tanto que personas, sino que los viven ya como prolongaciones narcisistas, ya como sustitutos de sus propios padres. Esto subyace al fenómeno de parentificación que es el proceso de identificación del niño con una función parental; el niño debe desempeñar un papel "seudo-parental" permanente. La terapia familiar, llevada con continuidad por muchos terapeutas estables, tiene como objetivo iniciar la individuación de todos los miembros de la familia.

Necesidad de un espacio mediatizado. La intensidad de los movimientos emocionales (a la medida de la intensidad de las proyecciones parentales y del desamparo del bebé) en aquellos que están en contacto con los padres y los lactantes, requiere de la creación de un espacio mediatizado específico que permita un distanciamiento y una elaboración. El trabajo de equipo asociado al trabajo conjunto con los interesados (de la comunidad médico-social: pediatra, puericultora, asistentes sociales, psiquiatra de los padres), centrado en una comprensión psicodinámica, hace posible conscientizar las actitudes y las contra actitudes inducidas por la patología psicótica de la madre y las características mismas de la relación entre madre y lactante [31]. La creación de este espacio es una condición esencial del tratamiento. Sólo a este precio pueden fundarse instalaciones "basadas lo más fielmente posible en las necesidades de la madre y del niño, instalaciones que deberían permitir que se mantenga el mayor contacto posible, al mismo tiempo que dichas necesidades se encuentren protegidas al máximo durante esos contactos [30].

Intervenciones terapéuticas en un contexto de crisis

Este tratamiento de largo plazo, con continuidad, no puede establecerse siempre, y de ser así pueden surgir tres problemas, con frecuencia en forma de urgencia: el acceso a la crisis; la hospitalización madre-bebé; la separación.

Acceso a la crisis. Para Manzano, "cada una de las descompensaciones perinatales es abordada como una crisis, es decir, como una momento de desequilibrio emocional, personal y relacional" [34]. Durante esta fase se aplican simultáneamente tres medidas concretas: la creación de una relación terapéutica estable entre la madre y un asistente; en forma paralela, el establecimiento de un contacto con otro asistente que está disponible para la madre y el bebé en este periodo; el refuerzo o la reorganización de la red sociofamiliar por medio de intervenciones en el entorno, puntuales o a largo plazo. Si el equilibrio anterior de la crisis no se recupera, se propondrán terapias específicas.

Hospitalización madre-hijo. Desde 1961, Baker había subrayado la importancia que tiene la hospitalización de las madres esquizofrénicas con sus bebés [5]. En Francia, la hospitalización conjunta de madre psicótica y lactante fue introducida por los estudios de Recamier [42]. Dato esencial, Racamier precisa que los efectos benéficos del mantenimiento del bebé cerca de su madre sólo se observan en las psicosis ulteriores al parto: "Para volver a nuestra experiencia terapéutica, hay que subrayar que la medida consistente en hospitalizar al bebé con su madre sólo tiene pleno éxito cuando las psicosis son agudas o subagudas; hemos visto que en una esquizofrénica, cuya psicosis se agrava durante un embarazo, la eficacia terapéutica es limitada o dudosa".

Actualmente se están desarrollando pequeñas unidades de hospitalización madre-hijo con una doble óptica: darse tiempo de evaluar la calidad de la relación madre-hijo y observar al bebé para tener datos suficientes como para tomar decisiones ulteriores en cuanto a la posibilidad de permanencia del niño en el medio familiar. Se comienza el tratamiento del lactante, de la madre y de la pareja parental cuando el padre está ahí. Si bien esta hospitalización conjunta evita una separación brutal, perjudicial para el niño, ello no significa tampoco una presencia permanente del bebé junto a su madre, sino más bien un ajuste flexible de la distancia entre madre y lactante. El recurso de la hospitalización es recomendable también para preparar el internamiento del niño en las mejores condiciones si la madre y el niño parecen estar en una situación de peligro en su domicilio.

La separación. El internamiento familiar de los niños de pecho de madres psicóticas, recién nacidos o de algunos meses, es una práctica social trivial. "La separación se produce en un contexto dramático y la trayectoria caótica seguida por estos niños frágiles y vulnerables los priva en los primeros meses de vida de una relación estable, de tipo materno, necesaria para su buen desarrollo... El internamiento es algo que sigue estando cargado de incertidumbres, pues ese primer apego se ha hecho más precario tanto en razón de las carencias y de los disturbios forjados en el transcurso de los primeros meses, como por la perspectiva –cuando la madre recupera al niño– de una ruptura de este vínculo que se ha convertido para él en el vínculo psicológico fundamental" [17].

El proyecto de separar a la madre de su niño, si quiere ser terapéutico, deberá hacerse con la preocupación por mantener un ambiente para el niño en el que sea posible percibir una continuidad, por mantener su inscripción

simbólica y por tratar los vínculos entre padres e hijos con la posibilidad suplementaria de ofrecer cuidados a la madre [30]. El marco más propicio será un equipo de internamiento familiar especializado cuando éste se considere necesario para el niño. En efecto, es importante que los disturbios que ya sufre el lactante sean reconocidos y tratados; éstos pueden ser imputados a tres causas, cuando menos [44]: "El niño, expuesto a contactos difíciles con una madre patológica, sufre los disturbios precoces de la relación de objeto; este niño que acaba de ser separado de su madre sufre por la pérdida de tal objeto, por más angustiante que éste sea; finalmente el lactante tiene dificultades para entrar en contacto con la madre que va a acogerlo y para entablar un apego con el objeto materno sustituto que se le propone." Teniendo en cuenta estas dimensiones, el tratamiento es conducido por un equipo con dos referentes estables, responsables del proyecto terapéutico: un *holding* suficientemente "bueno" ofrecido por la familia que acoge; consultas terapéuticas para el niño y sus dos familias; una mediatización de los encuentros con los padres, que busca preservar el carácter benéfico del vínculo y atenuar su peligrosidad; el acompañamiento con continuidad del niño en sus diferentes lugares de vida [44].

Para prevenir las discontinuidades, sería útil poder identificar muy precozmente los criterios que permitan conocer las oportunidades que tiene el niño de ser educado o no por su madre. He aquí algunos de estos criterios:

- el apoyo familiar y el del consorte son factores que más bien tienen que ver con el mantenimiento de las relaciones madre-hijo [10]
- la historia de los padres, y más específicamente de la madre en el plano determinante de su maternidad: las madres que tienen un pasado de carencia importante y necesidades extremadamente intensas y arcaicas, con frecuencia no pueden responder cotidianamente a las necesidades de su bebé;
- la actitud de la madre durante el embarazo en relación con el bebé: reacciones patológicas tanto en el plano somático como en el patológico que revelan el rechazo del niño. El deseo de embarazo debe diferenciarse del deseo de tener un hijo; el vínculo es muy diferente con el niño imaginario que con el niño real. En este sentido será particularmente interesante señalar cuál es la percepción que la madre tiene del feto, de sus movimientos, etcétera;
- la vivencia del parto y el establecimiento de las primeras interacciones, en particular la "conmoción" con el bebé real en los primeros días y la posibilidad que tiene la madre de percibir o no sus necesidades;
- la capacidad que tiene la madre para hacerse ayudar o no por su entorno.

Cuando la totalidad de estos criterios representa una imposibilidad para que la madre críe a su niño, se plantea el problema de la adopción precoz, la cual implica o bien una decisión de abandono en principio, o si no un movimiento persistente de desinvestidura en el niño. Nuestra experiencia clínica nos ha demostrado que la naturaleza misma del vínculo que une a las madres psicóticas crónicas a su lactante (relación totalmente narcisista en la que el niño es investido "locamente") se opone al abandono, en un movimiento doble y contradictorio de apartamiento y acercamiento. Cuando estas mujeres manifiestan a gritos la necesidad de retener a su niño, en realidad expresan el deseo de ser separadas de él; pero cuando se adopta una medida separativa pueden sentir un gran alivio, aun cuando después, si se sienten un poco mejor exijan recuperar al niño, con el riesgo de desorganizarse de nuevo. Hacer posible la adopción de estos lactantes, con un afán de prevención para el niño y la madre, significa comprender y tratar esta problemática del vínculo en el marco de un acompañamiento de la madre que se establezca lo más pronto posible [17].

Con un afán parecido por utilizar las soluciones transitorias, se pueden prever en principio posibilidades de acondicionamiento y de distanciamiento entre la madre y el niño en la vida cotidiana: por ejemplo, considerar una forma de custodia que podría convertirse en internamiento de tiempo completo en caso de necesidad [17].

Más que hablar de separación, nos parece más adecuado hablar en términos de distanciamiento terapéutico: se trata de encontrar la distancia que permita a la madre y al niño el mayor número de intercambios positivos sin que haya riesgo de desorganización mutua.

LOS LACTANTES DE PADRES CON PSICOSIS MANIACO-DEPRESIVA

El problema de la predisposición genética a las psicosis "afectivas" (*affective illness* en la clasificación del DSM III) ha sido ampliamente tratado en el adulto. El papel del entorno también ha sido estudiado, pero pocas veces a partir de observaciones directas, en el marco de estudios prospectivos. Los estudios más recientes ponen en evidencia –en las familias en las que uno de los padres está afectado de psicosis maniacodepresiva– la frecuencia de una patología familiar severa y los efectos nocivos de esta patología en los niños, incluidas las fases precoces del desarrollo como fuente de perturbaciones en el niño, que sería difícil explicar únicamente en función de factores genéticos [13]. Recordemos brevemente las principales perturbaciones del sistema familiar [13]:

- el empleo de la negación total de los afectos, en particular los de pérdida, de culpa, de cólera, de ternura;
- una falta de iniciativa y una dependencia en la relación con los seres cercanos;
- objetivos irreales en relación con las propias potencialidades y con cierta conformidad social;

- el traslado de la poca estima de sí de los padres hacia sus niños;
- una tendencia a mantenerse aislado, con exclusión de toda persona ajena a la familia;
- la ausencia o la pasividad de padre;
- el miedo a la herencia y a la recaída.

Estas características no son patognomónicas de la psicosis maniaco-depresiva, pero su presencia y su conjunción con una patología severa del humor, episódico y periódico, contribuyen al caos y a la desorganización. El bebé se desarrolla en ese clima, experimentando a la vez disfuncionamientos crónicos familiares y discontinuidad, con un caos debido a los accesos tímicos de uno de los padres. Está sometido a un comportamiento parental imprevisible, cuya inconsistencia es particularmente evidente en los momentos de cambios de humor: pasa entonces de ser un padre atento y afectuoso a uno triste, irritable, no disponible. Además, al estar el consorte frecuentemente perturbado, pocas veces dispone de un pariente sano "de remplazo" en quien apoyarse.

Por lo que concierne a las interacciones y al desarrollo de los lactantes de padres maniacodepresivos, citaremos dos estudios recientes. El primero no encuentra diferencia significativa entre las madres maniacodepresivas y el grupo de control, en una situación de lactancia de tres días [38]. De hecho, incluso se señala una tendencia entre las primeras a estar mejor en la proximidad, en el contacto físico. Los bebés tienden a estar más despiertos y viven una mayor continuidad en la lactancia. El otro estudio se hizo en siete bebés de cuyos padres uno era maniacodepresivo, comparados con un grupo de control de una edad de 12, 15 y 18 meses, y pone en evidencia lo siguiente:

- una perturbación de la calidad del apego entre madre e hijo es más clara mientras más años tiene el niño y evoluciona hacia un "modelo" de "apego que no produce seguridad";
- dificultades del niño para controlar de modo adecuado sus emociones, particularmente sus sentimientos de hostilidad y los impulsos agresivos;
- una menor posibilidad en la madre para dar valor a la expresión de los afectos para animar al bebé a abrir su campo de experiencia [12, 13, 22, 52].

Este estudio, aun cuando ha sido objeto de ciertas críticas en el plano metodológico (tamaño reducido de la muestra, inclusión en un mismo grupo de madres y de padres maniacodepresivos) [48], tiene el mérito de exponer hipótesis que permiten comprender cómo de generación en generación se perpetúan perturbaciones en la regulación de los afectos y de las relaciones sociales; los padres tienen poca capacidad de empatía y dificultades para trabar

un apego estable y "tranquilizante" para su niño, debido a sus propias necesidades de dependencia infantil en relación con sus propios padres.

El lactante que se construye en un baño de afectos, en un diálogo con su madre, donde el "acuerdo afectivo" (tal como lo ha descrito Danier Stern) desempeña un papel esencial, será particularmente sensible a las perturbaciones de los afectos en sus padres.

CONCLUSIÓN

La intensidad de las perturbaciones en las interacciones precoces de padres y lactantes refleja un disfuncionamiento importante de la parentalidad en los psicóticos. Aun si por la claridad de lo expuesto hemos analizado las interacciones en función del tipo de psicosis, debemos subrayar que no hay correlaciones simples en este plano: lo hemos visto. Otros factores además de la psicopatología parental determinan la calidad de los cuidados parentales. La dimensión singular de cada díada madre-lactante sigue siendo esencial, así como el lugar único del niño imaginario para la madre psicótica. Cuando intentamos ver al lactante "de carne" nos sentimos rápidamente invadidos por la problemática materna: no ver, no hacer existir en nuestra observación a este niño, cuya realidad puede constituir una amenaza permanente para su madre.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Ajuriaguerra, J. de, *Manual de psiquiatría infantil,* Barcelona, Masson, 1974, pp. 1052-1055.

[2] Anthony, E.J., "L'impact sur la vie de famille d'une grave maladie mentale ou psychique chez un des parents", en *L'enfant dans la famille,* E.J. Anthony, C. Koupernik (comps.), París, Masson, 1970, vol. I, pp. 118-174.

[3] Anthoy, E.J., "Modèle d'intervention du niveau du risque et de la vulnerabilité pour des enfants des parents psychotiques", en *L'enfant à haut risque psychiatrique,* E.J. Anthony, C. Chiland, C. Koupernik (comps.), París, Masson, 1980, pp. 121-146.

[4] Anthony, E.J., "A clinical evaluation of children with psychotic parents", en *Amer. J. Psychiat.,* 1969, 126, 2: 177-184.

[5] Baker, A.A., J.A. Game, M. Morison y J.G. Thorpe, "Admitting schizophenic mothers with their babies" en *Lancet,* 1961, 2: 237-239.

[6] Bourdier, P., "L'hypermaturation des enfants de parents malades mentaux. Problèmes cliniques et théoriques, en *Revue Française de Psychanalyse,* 1972, I: 19-42.

[7] Buvet, M. y S. Vinderman, "La relación de objeto", en *La théorie psychanalytique,* S. Nacht (comp.), París, PUF, 1969, pp. 381-408.

[8] Carlier, M., "La méthode des adoptions dans l'analyse génétique des psychoses schizophréniques", en *Revue critique. Psychiaytrie de L'enfant,* 1980, XXII, 2:507:5586.

[9] Cassou, B., M. Schiff y J. Stewart, "Génétique et schizophrénie: réévaluation d'un consensus", en *Psychiatrie de l'Enfant,* 1980, XXIII, I: 87-201.

[10] Castex, E., "Les nourrissons des mères psychotiques: risques et moyens de prévention", en *Mémoire de CES de psychiatrie,* Facultad de París Sur, 1979.

[11] Cohler, B., J. Weiss y H. Grunebaum, "Child care attitudes and emotional disturbances among mothers of young children", en *Genet. Psych. Monog.,* 1970, 82: 3-47.

[12] Cytryn, L., D.J. McKnew, y cols., "A developmental view of affective disturbances in the children of affectively ill parents", en *Amer. J. Psychiat.,* 1984, 141, 2: 219-222.

[13] Davenport, Y.B., C. Zahn-Waxler, y cols., "Early child-rearing practices in families with a maniac-depressive parent", en *Amer. J. Psychiat.,* 1984, 141, 2: 230-235.

[14] David, M., "Danger de la relation précoce entre le nourrisson et sa mère psychotique", en *Psychiatrie de l'Enfant,* 1981, XXIV, I: 151-196.

[15] David, M., M. Lamour y cols. "Recherche sur les nourrisons de familles carencées", en *Psychiatrie de l'Enfant,* 1984, XXVII, I: 175-222.

[16] David, M. y cols., "Infants having to face early failure of parenting: a workshop report", en *Frontiers of Infant Psychiatry,* D.J. Call, E. Galenson, R.L. y Tyson (comps.), Nueva York, Basic Books, 1984, pp. 455-465.

[17] David, M., "Souffrance du jeune enfant exposé à un état psychotique maternel", en *Perspectives psychiatriques,* 1987, I: 7-21.

[18] Erlenmeyer-Kimling, L., "Programme d'étude des enfants à haut risque", en *L'enfant vulnérable,* E.J. Anthony, C. Chiland y C. Koupernik (comps.), París, PUF, 1982, pp. 219-229.

[19] Fish, B., "An approach to prevention in infants at risk for schizophrenia: Developmental deviations from birth to 10 years", en *J. Am. Academyc, Child. Psychiat.,* 1976, 15, I: 62-82.

[20] Fish, B., "Le concept de 'haut risque' appliqué aux enfants de mères psychotiques", en *Jeunes parents psychotiques et leurs enfants,* G. Garonne, A. Jablensky, J. Manzano, París, SIMEP, 1986, pp. 34-48.

[21] Fraiberg, S., "Les enfants invisibles", en *L'enfant vulnérable,* E.J. Anthony, C. Chiland, C. Koupernic (comps.), París, PUF, 1982, p. 247.

[22] Gaensbauer, T.J., R.J. Harmon, y cols., "Social and effectiv development in infants with a maniac-depressive parents", en *Amer. J. Psychiat.,* 1984, 141, 2: 223-229.

[23] Gamer, E., D. Gallant y H.U. Grunebaum, "Children of psychotic mothers. An evaluation of one year olds on a test of object permanence", en *Arch. Gen. Psy.,* 1976, 33: 311-317.

[24] Garmezy, N., "Children at risk: The search for the antecedents of schizophrenia. Part I: Conceptual models and research issues", en *Schizophrenia Bull.,* 1974, 8:14-90.

[25] Garmezy, N., "Étude de la compétence d'enfants à haut risque. Psychologie grave", en *L'enfant á haut risque psychiatrique,* E.J. Anthony, C. Chiland y C. Koupernik (comps.), París, PUF, 1980, pp. 103-119.

[26] Heston, L.L., "Psychiatric disorders in foster home reared children of schizophenic mothers", en *Brit, J., Psychiatry.,* 1966, 112: 819-825.

[27] Higgins, J., "Effects of child rearing by schizophrenic mothers", en *J. Psychiat. Res.,* 1966, 4: 153-167.

[28] Higgins, J., "Effects of child rearing by schizophrenic mothers. A follow-up", en *Psychiat. Res.,* 1976, 13: 1-9.

[29] Hochmann, J., Cl. Nespor y B. Gravier, "Les mères psychotiques sont-elles de bonnes mères?", en *L'Information psychiatrique,* 1984, 60, I: 29-41.

[30] Jardin, F. y E.-M. Leger, "Être nourrisson de mère psychotique", en *Jeunes parents psychotiques et leurs enfants,* G. Garonne, A. Jablensky y J. Manzano (comps.), París, SIMEP, 1986, pp. 105-114.

[31] Lamour, M., "Des nourrissons avec leurs mères psychotiques", en *Revue de Pédiatrie,* 1985, XXI, 7: 327-333.

[32] Lander, H.S., Anthony, E.J., Cass, L., Franklin, L., Bass, L., "Mesure de la vulnérabilité au risque engendré par une psychose parentale", en *L'enfant vulnérable,* E.J. Anthony, C. Chiland, C. Koupernik (comps.), París, PUF, 1982, pp. 287-296.

[33] Landau, R., P. Hart, N. Othnay y C. Sharfhertz, "The influence of psychotic parents on their children's development", en *Am. J. Psych.,* 1972, 129, I: 38-43.

[34] Manzano, J. y J. Lalive, "Les jeunes mères psychotiques et leurs enfants. Expérience d'un programme de prévention primeire et secondaire", en *Information psychiatrique,* 1983, 5: 671-685.

[35] Marcus, J., J. Auerbach, L. Wilkinson y C. Burack, "Infants at risk of schizophrenia. The Jerusalem infant development study", en *Arch. Gen. Psychiatry,* Junio de 1981, 38: 703-713.

[36] Masson, O., "Casuistique d'enfants de mères schizophrènes" en *Evolution Psychiatrique,* 1975, 2: 379-395.

[37] Masson, O., "Réflexions sur les possibilités d'approches thérapeutiques et préventives chez les enfants de mères schizophrènes", en *Revue de Neuropsychiatrie Infantile,* 1976, 24, 1-2: 5-16.

[38] McNeil T.F., L. Kaij y A. Malmquistlarsson, "Pregnant women with non organic psychosis: Life situation and experience of pregnancy", en *Acta Psychiatr. Scand.,* 1983, 68: 445-457.

[39] Merlet, A.M. y H. Rottman, "Le maintien des liens avec un parent psychotique et son impact sur le développment du nourrisson. Evaluation sur deux ans d'accompagnement thérapeutique", en *Perspectives psychiatriques,* 1986.

[40] Persson-Blennow, I. y cols., "Offspring of women with non organic psychosis: mothers-infant interaction at three days of age", en *Acta Psychiatr. Scand.,* 1984, 70: 149-159.

[41] Racamier, P.-C., *Le psychanalyse sans divan,* París, Payot, 1973.

[42] Racamier, P.-C., "La maternité psychotique", en *De psychanalyse en psychiatrie,* París, Payot, 1979, pp. 193-242.

[43] Racamier, P.-C., *Esquizofrénicos,* Madrid, Biblioteca Nueva, 1983.

[44] Rottman, H., "Le traitement du nourrisson de mère psychotique en placement familial spécialisé: hypothèses et pratique", en *Communication au III Congrès Mondial de Psychiatrie du Nourrisson,* Estocolmo, agosto de 1986.

[45] Rutter, M., *Children of sick parents. An environmental and psychiatric study,* Londres, Oxford University Press, 1966.

[46] Sameroff, A. y M. Zax, "Perinatal characteristics of the offspring of schizophrenic women", en *J. Ner. Ment. Dis.,* 1973, 157, 3: 191-199.

[47] Sameroff, J.A., "Les facteurs de risque de déviance du developpement chez le nouveau-né", en *L'enfant vulnérable,* E.J. Anthony, C. Chiland y C. Koupernik (comps.), París, PUF, 1982, pp. 157-163.

[48] Solnit, A.J. y J.F. Leckman "On the study of children of parents with affective disorders", en *Amer. J. Psychiat.,* 1984, 141, 2: 241-242.

[49] Tienavi, P., A. Sorri y cols., "Interaction of genetic and psychosocial factors in schizophrenia", en *Acta Psychiatr. Scand.,* 1985, 71, 319: 19-30.

[50] Weiss, J.L., H.U. Grunebaum, D. Gallant y B.J. Cohler, "Attention in young children of psychotic mothers", en *Amer. J. Psychiatr.,* 1974, 131, 8: 887-891.

[51] Winnicott, D.W., a] "La preocupación maternal primaria", pp. 168-174; b] "El efecto de los padres psicóticos sobre el desarrollo afectivo de su niño", pp. 321-333", en *De la pédiatrie à la psychanalyse,* París, Payot, 1978. [*Escritos de pediatría y psicoanálisis,* Barcelona, Laia].

[52] Zanh-Waxler, C., D.J. McKnew, y cols., "Problem behaviors and peer interactions of young children with a maniac-depressive parent", en *Amer. J. Psychiat.,* 1984, 141, 2: 236-240.

39. LOS NIÑOS DE PADRES TOXICÓMANOS

SERGE LEBOVICI

Los toxicómanos no tienen muchos hijos. Sin embargo, nada permite decir que forman parejas infecundas. Algunos trabajos parecen indicar que la tolerancia a ciertas drogas responde a una configuración particular del capital genético, en particular del sistema HLA y no favorece la fecundidad.

En este capítulo no estudiaremos el futuro de los niños de aquellos que se libran al consumo recreativo de productos tóxicos. Queremos no obstante indicar desde ahora el peligro que pueden hacer correr a sus futuros niños las jóvenes mujeres, que adquieren el hábito de consumir drogas ansiolíticas o hipnógenas. En todo caso, habrá que ser muy prudente en la prosecución de tratamientos psicotrópicos al principio del embarazo. Recordamos, para esto, que los tratamientos de los disturbios del humor por medio de litio deben suspenderse durante los primeros cinco meses del embarazo.

Queda todavía por recordar que aunque estos medicamentos entrañan una tolerancia mínima y que la dependencia que complica su uso es muy moderada, las jóvenes madres que se habitúan no dejarán de pedirlos para sus bebés: así, corren el riesgo de trasmitir el recurso a los calmantes, que es una de la vías que puede preparar a los adolescentes al camino a la toxicomanía.

LOS PADRES TOXICÓMANOS

Estos hombres jóvenes, sobre todo aquellos que son independientes de la heroína, tienen una vida social muy inestable y una vida afectiva pobre. Establecen pocas uniones durables y con frecuencia inducen a sus compañeras a la toxicomanía. No obstante participan poco en un posible programa anticonceptivo y pueden procrear, sobre todo cuando su consorte busca también salvarlos de la droga. Sin embargo, tienen poca tendencia a enfrentar en ese caso sus responsabilidades, a menos de que en esta ocasión renuncien, aunque sea provisionalmente, a su droga.

No es raro que las abuelas paternas releven a la pareja claudicante y eduquen a sus nietos, buscando de este modo consolarse de las decepciones a las que sus hijos las tienen acostumbradas.

LAS MADRES TOXICÓMANAS

Recordemos de entrada que el uso de drogas peligrosas, complicado por una dependencia física y psíquica, es mucho más raro en la mujer que en el hombre. Sin embargo, la vida en común con un toxicómano tiene con frecuencia efectos de seducción contagiosa. En todo caso, sabemos que el consumo de drogas peligrosas, sobre todo el de la heroína, se observa frecuentemente en jóvenes mujeres caracterizadas por el desequilibrio. En un número considerable de casos se puede hablar de una patología extrema [2]. Sin embargo recordemos que las parejas de toxicómanos pueden transformarse con el embarazo, lo que los lleva a suspender su dependencia e intentar comenzar una nueva vida.

La situación de estas futuras madres está, muchas veces, agravada por el hecho de que pertenecen a estratos desfavorecidos de la población y que pueden reclutarse entre los inmigrados de segunda generación que no saben acceder a los medios de protección social que podrían aprovechar.

Por último, el embarazo es poco frecuente en estas jóvenes madres debido a su deterioro físico. Por esta razón, sus reglas son irregulares y no se preocupan por esto. Como frecuentemente son poco vigilantes respecto de su programa anticonceptivo, el principio del embarazo puede pasar inadvertido. Sería, sin embargo, un embarazo obviamente difícil, sobre todo si la dependencia persiste. Las defensas inmunitarias, en particular, pueden estar debilitadas.

La ausencia de higiene condena a esas madres embarazadas a infecciones frecuentes. Sabemos el peligro que representa la septicemia, la hepatitis y sobre todo el SIDA, punto esencial en la coyuntura actual; volveremos a esto.

Señalamos, además, el riesgo que comportan ciertos productos que los traficantes agregan a la droga y que pueden ser el origen de una fibrosis pulmonar, hipertensión arterial y eclampsia.

En lo que respecta al feto, la situación es igualmente preocupante debido al hecho de que la heroína afecta el metabolismo y provoca un retardo del crecimiento. Felizmente estos productos no parecen tener efectos teratógenos.

El parto es con frecuencia prematuro y distócico (una cuarta parte de los casos).

LOS PROBLEMAS DE ABSTINENCIA

El síndrome de abstinencia de la madre tiene lugar en el servicio de obstetricia, en el momento del parto. Como se sabe, es un momento difícil, pero las heroinómanas han pasado generalmente por varias abstinencias. Los vivos dolores que los señalan evidentemente no favorecen los primeros intercambios con el bebé, pero si la joven madre es bien apoyada, esta abstinencia

puede conducirla, así como al padre del bebé, a una verdadera desintoxicación.

El bebé, a veces prematuro, con frecuencia hipotrófico, también debe pasar por el síndrome de abstinencia.

El síndrome de abstinencia del recién nacido

Se caracteriza por accidentes de aspecto agudo:

- reactividad global muy excesiva del bebé: agitación incesante, insomnio casi completo;
- desórdenes que comprometen el estado vegetativo, digestivo y cardio-respiratorio. Los disturbios digestivos dan lugar a vómitos y diarreas, lo que causa perturbaciones del estado iónico. La disnea puede acompañarse de inquietantes problemas respiratorios.

Se pensaba que para evitar la brutalidad del síndrome de abstinencia había que darle al recién nacido opiáceos en dosis decrecientes. Ya no se utiliza casi este tipo de abstinencia que también se ha abandonado en el adulto. Se prefiere administrar solamente barbitúricos y sobre todo benzodiazepinas.

EL DESARROLLO DE ESTOS BEBÉS

Podría no tener nada de particular si no se iniciaran con frecuencia mal en la vida debido a su hipotrofia, vinculada o no a su prematuridad. La madre y su bebé merecen pues una asistencia vigilante a la salida del hospital, sobre todo si la joven madre está muy desequilibrada, e incluso psicótica, por añadidura sin recursos y sin los beneficios de varias formas de asistencia. Tenemos razones para pensar que estos recién nacidos pueden ser descuidados o maltratados.

Pero hasta aquí no hemos tomado en cuenta las capacidades de estos bebés para hacerse amar por sus madres y obtener de ellas una buena calidad de maternalidad.

Disponemos de pocos documentos acerca del futuro de estos niños (T. Esquivel, en preparación). La recaída en la toxicomanía puede producirse. Insistamos en la importancia que tiene el apoyo de los abuelos. Sin embargo, el problema del futuro de estos bebés se ha modificado completamente debido a los riesgos de infección de VIH a los que están sometidos en los sucesivo.

EL RIESGO DE INFECCIÓN VIH Y DE SIDA

La presencia del virus VIH en un bebé puede ser una consecuencia de la infección trasmitida a la madre por su compañero, probablemente toxicómano. Pero esta situación ha podido y puede todavía estar ligada a la infección viral de un hemofílico o a alguna otra causa de trasmisión sexual. Algunas mujeres jóvenes creen que su niño paga de esa manera una infidelidad conyugal de un día. Pensamos una vez más en los saludables consejos que actualmente se dan a aquellos que están en edad de procrear.

Pero, en general, el riesgo que corren los bebés reside esencialmente en la heroinomanía de la madre: se sabe que las inyecciones de este producto se hacen muchas veces en grupo y con jeringas contaminadas por los intercambios.

Estas jóvenes mujeres, lo hemos visto, están trastornadas, se descuidan y no conocen la fecha de su regla. No ponen atención a la regularidad de sus prácticas anticonceptivas y pueden embarazarse contra su voluntad, pero debido a su carencia de pragmatismo dejan pasar la fecha que permite la interrupción voluntaria de su embarazo (IVE), sin saber, a veces, que están encinta. Otras quieren un hijo para cambiar de vida y se embarazan sin saber que son portadoras del virus. El descubrimiento del embarazo y de la infección es por eso a veces simultáneo. La negligencia puede ser más grave, cuando la futura madre hace el descubrimiento en el momento en el que el embarazo está cerca de término.

En todas estas situaciones, el bebé corre el gran riesgo de sufrir la trasmisión. Los siguientes epidemiológicos pueden considerarse como válidos:

- el 70% de las jóvenes mujeres toxicómanas son VIH+;
- un cierto número de ellas tiene SIDA. En tales casos hemos visto evolucionar el mal en la madre y en su hijo;
- cuando la madre es VIH+ su bebé será también VIH+; cuando el recién nacido es VIH+ existe un 40% de probabilidades de presentar SIDA;
- la seropositividad en el nacimiento no es absolutamente segura antes de 6 a 12 meses.

Estos datos estadísticos son motivo suficiente para asustar a las jóvenes madres y a aquellos que se ocupan de ellas. Conviene por eso recordar aquí brevemente las manifestaciones de SIDA en los bebés. Aparecen entre uno y 24 meses... Se trata de disturbios digestivos y con frecuencia de pérdida del apetito. El retraso estaturo-ponderal se produce pronto y la hipotrofia se complica con un retardo psicomotor impresionante. Las localizaciones encefálicas del virus neurotropo provocan una encefalopatía con hipertonía de origen piramidal, cuya evolución puede durar hasta dos años, sin remisión [3].

Se comprende de esa manera la necesidad de realizar una acción profiláctica en estas jóvenes mujeres. Se han tomado en consideración los siguientes elementos:

- favorecer la utilización de jeringas estériles para la inyección de heroí-

na, aboliendo la regla que exigía la presentación de una receta para su compra. Podemos señalar, de paso, que quienes utilizan la droga han adoptado ahora el hábito de inhalarla;

- recomendar el uso de preservativos para todas las relaciones sexuales, incluso si también se sigue un programa anticonceptivo;
- investigar el virus VIH en caso de embarazo en las toxicómanas o en los compañeros de las toxicómanas;
- proponer una IVE si el embarazo se acompaña de seropositividad, o una interrupción terapéutica del embarazo si todavía hay tiempo.

Desgraciadamente estas precauciones no siempre impiden que el drama se produzca, sobre todo cuando la futura madre se ha abstenido de hablar de su embarazo y prefiere luchar contra la mala suerte, siguiendo conductas ordálicas. El descubrimiento de la situación, que era vivida por la madre como una espada de Damocles, es ciertamente atroz. La depresión que la sigue está a la altura de los sentimientos de culpa que ésta desencadena. Esta joven mujer va entonces a pagar durante largo tiempo "su crimen", ya sea esperando ansiosamente que pasen los meses, o asistiendo impotente a las primeras manifestaciones de la enfermedad y su evolución. Esto significa que las ayudas son entonces necesarias, ya en instituciones especializadas, ya gracias a organismos de ayuda mutua. También son indispensables las casas-hogar para bebés sidosos.

Todavía falta mencionar un problema doloroso de ética y de deontología médico-social y de moral social. Se sabe que de entrada se segrega a los enfermos y a aquellos que pueden caer enfermos. Por eso hemos sabido de guarderías de las que se ha querido expulsar a los bebés amenazados. Esta situación no duró. Actualmente, las puericultoras y todo el personal implicado conocen las precauciones sencillas que hay que tomar con estos niños, en particular cuando tienen heridas. Sigue habiendo un problema difícil de resolver: ¿hay que traicionar el secreto profesional y revelar al personal la existencia de una serología positiva en un bebé? Eso permitiría tomar las precauciones necesarias, pero tal vez a costa de este bebé y de su familia. Los otros padres pueden oír rumores e inquietarse inútilmente por sus propios niños, y peligrosamente por los bebés implicados. En el estado actual de cosas ninguna conclusión parece posible. Sabemos el peligro social que representa la tendencia a excluir y discriminar ciertas partes de la población. Pero no se puede permitir que el personal especializado sufra una amenaza fácil de detener sin prevenirlo.

¿Y LAS OTRAS DROGAS?

Al principio del capítulo mencionamos que las drogas ilícitas, pero también las lícitas, podían poner en peligro el futuro del bebé. Queremos evocar aquí las consecuencias nefastas del tabaquismo que provoca la hipotrofia del niño

futuro si la joven madre no renuncia a su intoxicación. También se puede pensar que esta incapacidad para preservar a su bebé no permite predecir buenas condiciones para el establecimiento de la maternidad.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Esquivel, T., "Les enfants de toxicomanes", en *Thèse en psychopathologie de l'Université René-Descartes,* que se sostendrá próximamente.

[2] Ferbos, C. y A. Magoudi, *Études psychanalitique sur la toxicomanie,* París, PUF, 1986.

[3] Weil-Halpern, F. y S. Blanche, "L'enfant et le SIDA", en *L'enfant et sa santé,* M. Manciaux y S. Lebovici (comps.), París, Doin, 1987.

SEXTA PARTE

PREVENCIÓN Y TERAPÉUTICAS MUY PRECOCES

40. EL TRABAJO PREVENTIVO CON LA FAMILIA EN FAVOR DEL NIÑO PEQUEÑO

MICHEL SOULÉ, JANINE NOËL
Y ANNE FRICHET

El trabajo preventivo con la familia, antes e inmediatamente después del nacimiento del niño, parece esencial en toda política de prevención precoz. Con frecuencia hace posible que no se estructure una psicopatología en el lactante y que éste salvaguarde su salud mental. Contrariamente a la evidencia, suscita problemas complejos, pues pone en entredicho las necesidades y los intereses, a veces contradictorios, de muchas personas: lactante, padre, madre e interesados.

Este trabajo se apoya en tres ideas motrices: la noción de precocidad, la consideración de las reglas de higiene mental infantil y la transdisciplinariedad, es decir, el modo de participación de todos los operadores médicos psicosociales que intervienen, por una u otra razón, con las familias.

BASES TEÓRICAS Y CLÍNICAS DE LA PREVENCIÓN PRECOZ

Definición de las prevenciones

La prevención es el conjunto de medidas que busca evitar o reducir el número y la gravedad de las enfermedades o de los accidentes.

La Organización Mundial de la Salud ha propuesto la distinción, hoy casi clásica, de prevención primaria, secundaria y terciaria.

La prevención primaria incluye todos los actos destinados a disminuir la incidencia de una enfermedad en una determinada categoría y por tanto a reducir el riesgo de aparición de casos nuevos. Recurre a medidas de prevención individual (higiene corporal, alimentación, actividad física y deportiva, vacunas...) y colectiva (distribución de agua potable, eliminación de desechos, salubridad en la alimentación, vacunas e higiene del hábitat y del medio de trabajo).

La prevención secundaria incluye todos los actos destinados a disminuir la preeminencia de una enfermedad en una determinada categoría, y por tanto a reducir la duración de la evolución de la enfermedad. Toma en cuenta el descubrimiento precoz y el tratamiento de los primeros daños.

La prevención terciaria incluye todos los actos destinados a disminuir la preeminencia de las incapacidades crónicas o de las reincidencias en una determinada categoría, y por tanto a reducir al mínimo las limitaciones funcionales consecutivas a la enfermedad. Esta concepción extiende la prevención al terreno de la readaptación: busca favorecer la reinserción profesional y social.

La prevención de la que tratamos es llamada "precoz" porque se sitúa en la vida del niño desde antes de su nacimiento, en la encrucijada de las definiciones de la prevención primaria y de la prevención secundaria.

Como cualquier otra rama de la medicina, la psiquiatría del lactante, pese a una indudable diferencia en el tiempo respecto de otras especialidades, ha buscado de entrada establecer su clínica con la descripción de síntomas y síndromes que constituyen la psicopatología infantil. Y luego ha logrado definir una etiología en la que intervienen diferentes factores, con su peso específico y sus interacciones. A pesar de los diferentes enfoques, los psiquiatras y sus equipos, los interesados sociales y los poderes públicos se concertaron para que la única política lógica y prioritaria sea una política de prevención, y se declaren partidarios de observar el aforismo "más vale prevenir que lamentar". Se trata entonces de "repensar" totalmente el lugar que se reserva al niño en nuestro modo de vida occidental.

Las ideas directrices de una política de prevención

Las ideas directrices que inspiran a todos aquellos que quieren promover una política de prevención son muchas e interactivas; las resumiremos teniendo en cuenta los trabajos más recientes [1, 6, 12].

Resulta "económico" tratar los problemas psicopatológicos del niño en el momento de su aparición más que en una fase ulterior, en la que los denominamos "estructurados".

Todo lo que participa en la salud física del niño debe ser promovido y desarrollado pues existe una imbricación indudable entre salud física y salud mental. En efecto, cualquier alteración de la salud física puede ser una señal de alarma a propósito del equilibrio psíquico de los niños [18, 19, 29, 30, 31].

Tomando en cuenta las lesiones orgánicas por daño cerebral, incluso entre los menos organicistas, cualquier acción preventiva que proteja el desarrollo del feto, el nacimiento y los primeros días de vida es prioritaria [37].

Las condiciones de vida del niño (y en consecuencia de sus padres y más específicamente de su madre) tienen un peso considerable. El parámetro denominado "nivel socioeconómico", en todas las estadísticas con estudio correlativo, aparece siempre en el primer plano y nos remite a varias ideas: 1] si bien las condiciones de vida no son por sí mismas determinantes, ni verdaderamente etiológicas, sí multiplican la incidencia del riesgo y crean así una vulnerabilidad extrema. Además, es imposible que el bebé sea favorecido con

métodos o procesos "de recuperación", como los que se han instaurado cuando los medios económicos o la situación social lo permiten; 2] las formas, según las cuales la sociedad piensa aportar una ayuda y socorro, son definidas por leyes y reglamentos que buscan responder a ciertas necesidades (sanitarias, sociales, pedagógicas), pero no toman en cuenta la especificidad de las familias y niños con una gran dificultad global; 3] el nivel socioeconómico de los padres o de la madre depende por su parte de varios factores: financieros (salarios, subsidios, seguros diversos); situación del empleo en un tiempo y un lugar determinados, y por ende capacitación profesional, dependientes a su vez de factores contingentes pero también del nivel intelectual; situación reservada por los países a ciertas categorías de familias (inmigrados, refugiados, pero también marginales o semiintegrados).

Más allá de estos factores directamente nefastos, no se debe descuidar el modo de funcionamiento psíquico de los padres o de la madre, que puede haberlos conducido por "inadecuación" a un estatuto socioeconómico muy descendido. Cuando la sociedad se preocupa por ayudar a las familias que más ha abandonado, corre el riesgo de imponer un impedimento grave a los niños de estas familias, pues las necesidades de estos padres y las de estos niños son, aquí más que en ningún otro caso, mucho muy contradictorias [39].

Las debilidades culturales se han invocado frecuentemente para explicar las dificultades de integración escolar, profesional y social, pero no pueden ser incriminadas sin relativizar. Pertenecer a un medio culturalmente desfavorecido es algo que quizá se debe a una situación económica desfavorable, pero también a una estructura psicológica particular; ciertos padres tienen un lenguaje inexistente o pobre, fantasmatizan poco y su estructura psicológica puede ir de la dificultad de fantasmatizar a la psicosis. Nos encontramos aquí frente a las nociones de valor de las identificaciones y, concretamente, de interés o desinterés de los padres por sus hijos [40].

Es posible encontrar que en ciertos medios con grandes dificultades, de inmigrados recientes o muy pobres, se mantienen ciertos factores favorables: la investidura del niño y de sus producciones psíquicas sigue siendo prioritaria no obstante la gravedad de la situación social y material, pues la aculturación es propuesta como sublimación.

Durante mucho tiempo se ha querido situar la prevención de los disturbios del niño en una mejor educación, que evitaría los "traumatismos" y los errores educativos ya que esta perspectiva conducía a una información e incluso a una "escuela" de los padres. Actualmente, luego de la recapitulación que nos condujo a revisar el concepto de traumatismo [32] y de la dinámica de la educación de los niños, se adopta el valor de los procesos de identificación. Esto, debido a que los modelos de funcionamiento psíquico y de dominio de la angustia que proponen los adultos actúan mucho más en función de lo que son que de lo que dicen. Si todo esto es ahora bien conocido, algunas nociones lo son menos, especialmente la acción muy precoz, desde los primeros días de vida, de las identificaciones primarias propuestas por las

madres a su recién nacido y por cuyo conducto se expresa o se revela no sólo su funcionamiento íntimo (erotismo de la relación entre madre y lactante), sino también la manera en la que ellos lo han dispuesto, gracias a los rituales culturales (modo de crianza y de relación con el recién nacido). Estas identificaciones primarias y secundarias son, en lo sucesivo, consideradas como las verdaderamente fundadoras; se admite entonces que su importancia es infinitamente más influyente que los supuestos "errores educativos", o fallas, determinados por el medio cultural o económico.

El psiquiatra infantil aporta a la prevención su conocimiento específico de la psicopatología infantil. Esta noción de patología, debido a que es molesta e inquietante, ha sido con frecuencia diluida por algunos con el vago término de "inadaptación". De hecho, ignorar la psicopatología y la forma en que el niño la padece es privarlo de una comprensión en su desarrollo por parte de los adultos, necesaria sin embargo para definir los cuidados que solicita. El miedo o el temor de "psiquiatrizar" y el retraso frente a las medidas que hay que tomar permiten que el automatismo de repetición, que inmediatamente se pone en marcha, agrave los desórdenes y multiplique igualmente las consecuencias, a su vez nefastas. Si el psiquiatra aborda adecuadamente las nociones de los momentos críticos en una evolución normal, o en las de disturbios reactivos, efectúa, cualesquiera que sean los síntomas, el diagnóstico de las estructuras peligrosas que denominamos prepsicosis o desarmonías evolutivas precoces.

En efecto, la noción actual de deficiencia intelectual secundaria justifica todas las medidas preventivas [35]. Esta idea, en lo sucesivo muy precisa pero introducida hace sólo algunos años, ha barrido un cierto determinismo organicista y conducido a la noción de una dinámica muy precoz que se orienta hacia la debilidad o la deficiencia.

La prevención se sitúa en: 1] una evaluación cada vez más precoz de la dinámica psicopatológica; 2] el establecimiento de una clínica muy precoz del lactante; 3] la invención de modos para hacerse cargo del lactante, del niño pequeño y de su madre, de modos pluridisciplinarios de ayuda instituidos tempranamente.

La prevención precoz debe considerar ciertas contradicciones que caracterizan a las posiciones que los adultos y la sociedad adoptan actualmente frente al niño. La difusión de modos de anticoncepción y la regulación de los nacimientos han limitado el número de niños y, entre otras cosas, ponen en peligro el mantenimiento de las cifras de población. Por esto, el superyó colectivo ha dictado la regla según la cual todos los bebés deben vivir, y concede para eso todos los gastos implicados por la neonatología.

De todos los trabajos de los psiquiatras, hemos optado por el valor irremplazable que representa la relación madre e hijo, y la sociedad está de acuerdo en comprometer ciertos gastos que permitan mantenerla, pero planteando como evidencia que "todas las madres deben querer a todos sus niños". Desde luego, esto no está de acuerdo con la autonomía de la mujer, con la diversidad de intereses que ella exige, con los límites financieros de una política de suplencia materna, y tampoco está de acuerdo con el hecho de que algunos recién nacidos no interesan a sus madres. El problema preventivo actual no reside tanto, pues, en garantizar la supervivencia de los recién nacidos, sino en considerar los medios para reconocer la ambivalencia materna no controlada e intentar una reconciliación de la madre con su hijo o aportar formas de ayuda sustituta.

Es aquí donde se sitúa la reciente reflexión acerca de la depresión materna [30, 31]. En efecto, se ha descubierto ese modo defensivo en mujeres enfrentadas a situaciones insalvables: depresión que puede surgir durante el embarazo, en las semanas que siguen al nacimiento o más tarde; depresión manifiesta, enmascarada o latente, pero cuyas consecuencias son siempre nefastas para el lactante y, después, para el niño.

Desigualdad de oportunidades

Desde que ya no se atribuyen únicamente al determinismo orgánico o constitucional las capacidades de desarrollo de un recién nacido, se considera que la mayoría de los niños tienen, al nacer, un potencial de desarrollo intelectual casi equivalente y una igualdad de oportunidades. Uno de los objetivos esenciales de la prevención precoz se propone preservar esta igualdad, independientemente de las condiciones de vida, pero todos los estudios franceses y de otras partes demuestran la influencia precoz, en muchos campos, de diversos factores cuyas consecuencias se reflejan muy rápidamente en una pérdida de oportunidades desde el principio [42]. La rapidez con la que se instaura y se perenniza esta desigualdad (al final del primer año de vida) puede hacer pensar en una predeterminación, en una predestinación constitucional.

Las nociones de riesgos, de vulnerabilidad y de disturbios

La noción de vulnerabilidad fue introducida por James Anthony [1, 2, 4, 12, 38]. Ésta toma en cuenta el hecho de que frente al mismo riesgo, no todos los niños presentan los mismos disturbios, y que los factores personales desempeñan un papel considerable y constituyen también una vulnerabilidad más o menos considerable. Todos los autores que han colaborado en las obras citadas y de referencia intentan discernir aquello que para el niño acentúa su vulnerabilidad, o, al contrario, su invulnerabilidad (factores genéticos constitucionales, vida fetal, calidad de los cuidados maternos, etc.). Este término de invulnerabilidad, que en lo sucesivo debe tomarse en cuenta, no es la representación de una capacidad estática, sino de una dinámica particular de adaptación de los mecanismos de defensa,

es decir, de las capacidades [3, 8, 9].

Las investigaciones actuales buscan definir mejor y afinar los conocimientos sobre la vulnerabilidad, noción surgida de la clínica psiquiátrica en coincidencia con el concepto de "riesgo", forjado por los epidemiólogos y los médicos de salud pública [26, 27, 49].

Solnit define, en 1978, los conceptos de base [38].

- La vulnerabilidad evoca sensibilidades y debilidades reales y latentes, inmediatas o diferidas.
- El riesgo evoca la incertidumbre surgida de la confrontación del niño con una tensión ambiental o interior.
- El control evoca la capacidad de vencer un obstáculo, nacido de exigencias interiores, de tensión ambiental y de conflictos entre las presiones internas y ambientales. El control implica capacidades y modelos de comportamiento que se desencadenan espontáneamente y se orientan a sí mismos.

Estos conceptos de base, indispensables para comprender la instauración de los disturbios, implican la adhesión a dos reflexiones fundamentales que Solnit define así: "Debemos tener criterios acerca de lo que es la salud mental" y "El cambio, que incluye el crecimiento y el desarrollo, es inevitable."

Dificultades inherentes a toda prevención precoz

El deseo de que una política precoz pueda beneficiar a todos, y especialmente a los niños(as) con un bienestar y un riesgo menor, tendría supuestamente que hacer coincidir la adhesión de cada uno de nosotros. Dicho deseo, en realidad, tropieza con resistencias individuales instintivas y con resistencias teóricas.

La política preventiva no se sitúa en la clara perspectiva de una intención política perniciosa o, al contrario, en la de una acción caritativa e inocente, sino en la articulación de información contradictoria infiltrada por las relaciones sociales, la necesidad de progreso, la opinión y las ideologías; esta política está implícitamente reivindicada por los mismos que la estigmatizan. Nos parece a todos que el ejercicio de la prevención secundaria precoz, tan costosa, aunque no lo parezca, como la terapéutica tardía, no exime de la prevención primaria, sino que lleva a la conscientización de su necesidad (la investigación efectuada en el campo de las prematuridades y de la perinatología pone en evidencia las causas sociales de los accidentes perinatales, por ejemplo). Nuestra civilización industrial y nuestra vida urbana nos han traído progresos innegables en el plano de la salud y medios eficaces de profilaxias, pero, en compensación, es evidente que la nueva política debe estar constantemente acompañada por una reflexión, a fin de mantener los factores dinámicos que representen la libertad de un individuo y su autonomía e incluso su gusto por el riesgo.

LOS INSTRUMENTOS DE LA PREVENCIÓN PRECOZ

Indicadores de riesgo. Emergencia de la solicitud encubierta

La noción de situación de riesgo ya es aceptada, y subyace y justifica un cierto número de intervenciones. El consenso general admite que ignorar el "riesgo" puede entrañar males ulteriores. Pero la validación de ciertos síntomas de alarma no se ha establecido para todo el personal, todos los implicados sociales. Se vuelve entonces fácil estigmatizar la noción misma de indicadores de riesgo. Algunas expresiones son criticadas: categoría "blanco", "indicador" de riesgo. Los que no son médicos, especialmente, han comprendido mal que los "indicadores" de riesgo son puntos de referencia y no síntomas de patología: uno solo no tiene valor absoluto. Cuando varios se añaden en el transcurso de los periodos siguientes o se les descubre en el pasado, indican un riesgo de victimización del niño o de la familia y señalan que sin duda se solicita una ayuda precoz, en diversos momentos, aunque de manera encubierta.

Esta noción de modalidades de emergencia de la solicitud encubierta intenta dar cuenta del hecho de que, detrás de las exigencias puntuales, aparecen situaciones o modos de comportamiento, en los padres o en los niños, y la experiencia demuestra que el entorno del niño experimenta dificultades para integrar, al mismo tiempo, las exigencias de este entorno, las suyas propias y las restricciones sociales. Se trata, pues, en realidad, de conductas inadecuadas, convencionales o inadaptadas. Es en ese sentido que tienen valor de "intermitentes" o de "indicadores" o de lo que, detrás de ellos, significa una solicitud de ayuda. Esta solicitud no puede ser formulada en los términos y forma que utilizarían otras familias que tienen la noción de que están en dificultad, la verbalización y el vocabulario para expresarla, y la información suficiente para definir lo que solicitan.

Corresponde, entonces, a los interesados sociales renunciar a esperar que se formulen las demandas explícitas, y aplicarse a reconocer las múltiples modalidades según las cuales se expresan un sufrimiento, una carencia, una incapacidad, un conflicto, una queja, y relacionarlos con su verdadera significación. Si no es reconocida la emergencia de una solicitud encubierta reaparecerá con insistencia bajo diversas modalidades en diferentes etapas de la vida del niño muy pequeño, etapas que tienen por testigos a los interesados de diferentes categorías, pero sobre todo a los de consultas prenatales, a las maternidades, a los centros de protección materna e infantil (PMI) y a los lugares de admisión y custodia. Los modos de intervención de todo el personal que va a contribuir en la acción preventiva y piensan ser eficaces en ella están siendo objeto de una reevaluación crítica de una redefinición.

Actualmente esas personas, ese personal y la ideología de los servicios se sitúan entre: 1] la necesidad de garantizar el valor preventivo de las ayudas precoces, necesidad que quizá, sin exigir imponerlas, requiere al menos de la

CUADRO 1. INDICADORES DE RIESGO "INTERMITENTES"; EMERGENCIA DE LA SOLICITUD ENCUBIERTA

Periodo prenatal	*Estancia en maternidad*	*Regreso a casa*	*Fin del permiso de maternidad Custodia del niño*	*Hospitalización del niño*
• Antecedentes obstétricos, abortos espontáneos o provocados. • Antecedentes psiquiátricos (intento de suicidio, drogas, alcoholismo, etcétera). • Impedimento físico. • Antecedentes personales (familias disociadas, internamientos con ayuda social en la infancia). • Situación actual de la madre: mujer sola célibe, en trámite de divorcio o en ruptura con sus padres. • Edad de la madre. • No tiene domicilio fijo u hotel, o malas condiciones de alojamiento. • Declaración tardía del embarazo. • Embarazos anteriores no vigilados. • Condiciones de vida con fatiga excesiva (trabajo, traslados, etcétera). • Antecedentes de rescate temporal (R.T.) u otros internamientos para otros niños.	• Investigación y nueva consideración de las "intermitencias" del periodo prenatal. • Parto prematuro e "incubadora". • Parto mal vivido. • Malas relaciones de principio con el niño. • Depresión y psicosis puerperal. • Descubrimiento de elementos sociales familiares de riesgo (sin domicilio fijo, desempleo, etc.). • Primer parto en Francia de una mujer recientemente inmigrada y aislada. • Sin visitas. • Ninguna preparación para la llegada del niño (cuna, guarda, etcétera). • Parto con X o incertidumbre respecto del reconocimiento legal del niño. • Salida prematura de la maternidad, contrariando la opinión médica. • Prolongación de la estancia en la maternidad por razones sociales.	• Nueva consideración de los indicadores de riesgo de periodos precedentes. • Mujer deprimida. • Mujer abandonada desde el nacimiento de su bebé. • Cuidados anárquicos para el niño. • Niño estado (disturbios alimentarios, disturbios del sueño). • Alojamiento en la casa materna. • Petición de internamiento del niño (estancia temporal o guardería). • Petición de ayuda (subsidio mensual) a la oficina de ayuda social. • Desinterés por tener un niño en el servicio de neonatología. • Fratría mal cuidada o multihospitalizada.	• Petición de custodia tardía, en urgencia o de asist. • Petición de internamiento "estancia temporal". • Petición de custodia de tiempo completo con ayuda económica y rechazo "de estancia temporal". • Inestabilidad del internamiento. • Petición de ayuda para custodia. • Enfermedades re petitivas en el niño. • Ingestión regular de calmantes. • Negativa a presentar el cuaderno de salud. • Conflictos entre los padres y las nodrizas o la guardería.	• Hospitalización prolongada. • Hospitalizaciones repetidas en servicios diferentes (de ahí la importancia y de la tenencia y la presentación del cuaderno de salud). • Hipotrofia. • Raquitismo. • Rinofaringitis repetidas. • Toxicosis. • Disturbios funcionales graves. • Huellas de maltratos actuales o pasados. • Negligencias graves en los cuidados. • Petición de un internamiento sanitario o social. • Ausencia de visitas • Dificultades administrativas (sin seguro social o expediente incompleto).
• Ningún proyecto futuro para el niño que va a nacer ni para su custodia. • No tiene seguro social. • Petición de IVE no efectuada, sea por la mujer, por los médicos o por dificultades prácticas.				

preocupación constante de proponerlas al entrar en contacto con los interesados, echando mano de todas las oportunidades o por medio de visitas domiciliarias; 2] la preocupación por salvaguardar la libertad individual, por dejar a las personas la libertad para determinarse y pedir o no la ayuda. Esto se refleja en la práctica en una actitud de respuestas limitadas a las solicitudes explícitamente formuladas o mediante la información de los usuarios con una dificultad manifiesta. La carta denominada "puesta a disposición" revela, sin embargo, un trámite más concreto. La manera en que los diferentes equipos de interesados se sitúan entre estas dos posiciones (libertad-prevención) es extremadamente variable según los lugares, el tipo de situación y la categoría profesional del personal.

Los implicados sociales de diferentes disciplinas, que trabajan en el marco del 14° distrito de París, han reunido, en el transcurso de un trabajo de grupo, los elementos de su propia experiencia y de estudios anteriores. El cuadro 1, extraída de la publicación de este trabajo, señala la clasificación de los indicadores de riesgo según los momentos de la vida del niño [23, 45, 46, 51].

Diagnóstico; atención; pluridisciplinariedad

La prevención médicopsicosocial precoz se establece en diferentes planos: el plano general; legislación y equipo social; el plano particular de las categorías y los individuos, y, entre éstos, las familias y niños llamados de riesgo. Es ahí donde se plantea el problema del diagnóstico y de los modos de intervención. Por eso es importante examinar los modos según los cuales aquellos que deben intervenir con las familias podrán conocer las situaciones de riesgo y las modalidades según las cuales no deben, en principio, intervenir y después en las que sí pueden.

Los diagnósticos sistemáticos. Aunque la investigación de familias y de niños de riesgo mediante tratamiento informatizado de datos recabados por medio de exámenes obligatorios (certificados de salud), presenta un interés evidente para la investigación epidemiológica, puede también entrañar consecuencias dramáticas. En efecto, se trata de un conocimiento teórico que parte de un tratamiento centralizado de los datos repercutidos de modo anónimo en los interesados, quienes pueden ignorarlo todo de las personas en cuestión, y sólo tener como justificación, para establecer el contacto, la revelación de un riesgo físico o psíquico que corre el niño, o la necesidad de verificar que efectivamente existe peligro. Además, la uniformidad de los conceptos de base de la investigación y la recaudación de las informaciones, así como la centralización del tratamiento de los datos, ponen en evidencia los riesgos teóricos individuales. Ahora bien, conocerlos y hacérselos saber a los padres es inútil, e incluso nefasto, cuando los medios para enfrentarlos no existen (regiones subequipadas, sectores descubiertos, inadecuaciones de

estos modos de tratamiento para ciertas poblaciones). El conocimiento de los riesgos, por parte de los interesados impotentes, y la revelación que se hará de los mismos a los padres incapaces de concebirlos y de reaccionar ante ellos, crean una situación de angustia y desorden que agrava el riesgo inicial y provoca frecuentemente rupturas con un rechazo definitivo de la ayuda y del diálogo.

En cambio, la toma de conciencia común de los interesados y de las familias con respecto a los signos de zozobra o a los signos precoces de patología en los niños, así como a los riesgos de ciertos modos de vida, es la condición indispensable para iniciar acciones o intervenciones con valor preventivo. Esta toma de conciencia común sólo puede producirse en la medida en la que el interesado puede tener en cuenta, en su enfoque y en su diálogo, los elementos conflictuales de resistencia de las familias y las necesidades propias de los adultos, y ahí donde sea lo suficientemente capaz como para reconocer las diferentes señales de zozobra en los niños. Es ahí donde son necesarias, para todos los interesados, cualquiera que sea su función, una formación por lo que se refiere a la clínica física y psíquica del lactante y del niño pequeño y una vigilancia particular.

Esta toma de conciencia común exige un modo de contacto diferente, del que se desprende de la necesidad de "diagnosticar" todos los riesgos. La aplicación actual de medidas de ayuda a las familias con riesgo, o a los niños en peligro, se hace generalmente a partir: 1] de señalamientos al servicio social de sector con base en interesados sociales (escuelas, guarderías, hospitales, etc.); 2] de "la selección PMI". Los anuncios de embarazo y nacimiento se trasmiten al servicio social de sector, generalmente basados en el ayuntamiento. De estos avisos se eligen aquellos que parecen corresponder a una situación de riesgo, y una asistente social hace una visita a domicilio (para todos los otros casos, una carta de "disponibilidad" se dirige a las familias); 3] el proyecto para iniciar intervenciones a domicilio, a partir del tratamiento informatizado de los certificados de salud, fue rechazado como inaceptable por los asistentes sociales.

De hecho, el diagnóstico de las situaciones de riesgo, para ser eficaz, sólo puede resultar de la vigilancia y de la capacidad de los interesados médicopsicosociales diversos, con quienes el conjunto de la franja entra necesariamente en contacto en diferentes circunstancias (embarazo, parto, petición de modo de custodia, de internamiento, de subsidios, de hospitalización, de consultas de protección materna e infantil, etc.) y a condición de que estos interesados sean informados de los indicadores de riesgo y deseen hacer surgir la solicitud encubierta a partir de la petición formulada.

Sólo a partir de este diálogo, entre las familias y los interesados formados para la compresión de la acción preventiva, de las nociones de riesgos y de individuos con riesgo, puede establecerse el reconocimiento de las familias y de los niños en peligro.

Los lactantes con riesgo

Los niños con riesgo, para quienes conviene considerar acciones preventivas, han sido inventariados con frecuencia en diferentes categorías:

- los niños cuyos padres tienen antecedentes psiquiátricos;
- los niños cuyos padres son inmigrantes y pertenecen a una categoría desfavorecida en el plano social y económico;
- los lactantes que tuvieron un daño cerebral en el nacimiento;
- los recién nacidos prematuros;
- los niños que han pasado por un servicio de neonatología o de reanimación;
- los niños que han presentado varios disturbios funcionales o psicosomáticos en los dos primeros años;
- los niños que han vivido separaciones e internamientos;
- los niños maltratados;
- los niños hiperquinéticos, inestables, o que tienen enfermedades largas o repetitivas.

Atención y pluridisciplinariedad. Más allá de toda enseñanza teórica, que por sí misma no puede entrañar una evolución en los modos de acción, puede establecerse progresivamente un consenso a partir del trabajo y de la reflexión en común de equipos multidisciplinarios. Este tipo de trabajo implica la atenuación de las oposiciones conflictivas de principio, entre las diferentes categorías de interesados. La evidencia puede entonces imponerse respecto de la necesidad de actuar a partir de los "indicadores de riesgos". Estas reuniones de diferentes técnicos hacen posible, antes que nada, definir cuál de ellos es el que puede responder mejor a la situación. Los diferentes interesados, al observar con atención los indicadores de riesgo, se muestran capaces de localizar las "intermitencias" y de apreciar el significado de los síntomas.

Una partera, cuya visita a domicilio fue causada por una declaración tardía del embarazo, pudo reconocer detrás de las dificultades de un fin de embarazo, acompañada de otras señales diferentes (declaración tardía, impreparación para la llegada del niño), la ambivalencia de la joven mujer o su tentación más o menos consciente de un abandono. La puericultora, que debe garantizar a domicilio los cuidados para el bebé de una madre "incapaz", puede diagnosticar la depresión de la madre o su rechazo del niño, e indicar si, en tal caso, el riesgo supuesto se confirma o los daños están en vía de instalación.

En uno y otro caso, el estudio de la atención más adaptada se hace posible y permite evitar, por ejemplo, la abrupta solicitud de un internamiento apuntalado por "razones" sociales que encubren el rechazo y preludian el abandono progresivo. Las diferentes realizaciones concretas, como las instauradas en antiguas consultas de PMI, enteramente renovadas en su espíritu y con un funcionamiento de equipos verdaderamente transdisciplinarios, además de la reflexión constante efectuada a propósito de las peticiones de

internamiento a la Ayuda Social para la Infancia, constituyen los elementos de un diagnóstico no disociado de la acción preventiva.

La experiencia del sector unificado de la infancia, efectuada en el 14° distrito parisino, ha demostrado la eficacia de este modo de trabajo en el terreno de un diagnóstico no peligroso. A raíz del examen de los resultados del tratamiento sistematizado de los datos, recabados a partir de certificados de salud del octavo día, se comprobó que todas las familias con riesgo señaladas por la computadora, excepto una, eran conocidas por los interesados del sector, y que su situación ya era objeto de un trabajo pluridisciplinario. Este interesante resultado, registrado por E. Michault, está descrito en el informe final de la investigación-acción establecida para la Comunidad Económica Europea (Tabla II [9, 47]).

CUADRO 2. LA EXPERIENCIA DEL SECTOR UNIFICADO DE LA INFANCIA EN EL 14° DISTRITO DE PARÍS[1]

En enero de 1976, el Ministerio de Salud y la Prefectura de París crearon un Sector unificado de la infancia en el 14° distrito de la capital (130 000 habitantes de medios socioeconómicos diversos) con dos condiciones: que no hubiera aumento de personal ni subvenciones suplementarias.

Este servicio unificado agrupaba:

- la acción social polivalente;
- el servicio de salud escolar;
- la protección materna e infantil;
- la infancia inadaptada y la higiene mental infantil;
- la Ayuda Social a la Infancia,

El principio era considerar al niño como un todo biológico, psicológico y afectivo, y las medidas relacionadas con él debían ser propuestas por un equipo en el que cada quien aporta los datos de su técnica y de su análisis para:

- salvaguardar tanto como sea posible el mantenimiento del niño en su marco de vida natural y, si la separación no puede se evitada, favorecer la reinserción en su medio;
- observar al niño sin ruptura en la continuidad de su desarrollo, desde el periodo perinatal hasta su entrada en la vida adulta;
- adaptar las soluciones a la evolución del estado del niño evitando las categorizaciones prematuras y rígidas.

Por primera vez se puso realmente en práctica una coordinación estrecha de todos los interesados médicos, paramédicos y sociales, independientemente del servicio al

[1] Desde el primero de diciembre de 1986, se desarrolla una experiencia de desconcentración total de la Dirección de Acción Social de la Infancia y de la Salud en el 14° distrito de París, a la que se añadió desde el primero de septiembre de 1987 una experiencia de polivalencia integral sobre el terreno.

que pertenecieran –en cuanto iban a tomar una decisión relacionada con una madre o un niño, y esto desde el embarazo hasta la edad escolar. Varios técnicos han sido obligatoriamente asociados para tratar cada uno de los señalamientos o solicitudes:

- han tenido lugar regularmente reuniones interdisciplinarias institucionalizadas: una reunión mensual de todos los participantes (ASE, PMI, salud escolar, juez de niños, servicio social familiar, servicio de prevención, higiene mental, etc.); reuniones de coordinación y de informaciones interservicios;
- un grupo de reflexión alrededor de los internamientos reúne a los interesados implicados personalmente en el tratamiento de los niños o de una familia. La decisión es colegiada o, cuando menos, ampliamente discutida.

Sin embargo, los servicios conservan su mandato y su individualidad.

Afinamiento de las intervenciones

Los certificados de embarazo y de nacimiento convergen 48 horas después hacia las alcaldías. Una reunión de "selección PMI" permite a los diferentes interesados:

- apreciar quién de ellos es el mejor situado para establecer el contacto con las familias que plantean problemas delicados;
- evaluar la naturaleza de esos problemas;
- definir la acción preventiva más apropiada, todo esto gracias a los intercambios de informaciones.

Iniciativas en las prácticas de acciones preventivas

- Supresión de la centralización departamental de los niños encomendados e internamientos lejos del medio de origen: investigación de soluciones individualizadas en la comunidad de origen.
- Emplazamiento de lugares de encuentros entre madres y bebés.
- Acciones preventivas preferenciales en los servicios de neonatología (hay muchos en los distritos) con una mejora de las condiciones de vida de los prematuros o de los niños en reanimación, ayudas aportadas a sus padres o a los equipos técnicos a fin de facilitar las interacciones padres-bebés.
- Ayuda a las familias en las que se haya producido un caso de muerte súbita e inexplicada del lactante.
- Las guarderías, las asistencias de maternidad, las consultas de lactantes y de niños pequeños disfrutan la presencia de un psicólogo en relación con el servicio de higiene mental infantil.
- El personal de PMI recibe información regular (videos, debates, seminarios de caso, etc.).
- Permanencia de un miembro del equipo de higiene mental infantil. Toda urgencia puede ser aquí examinada, y cualquier asistente social puede presentarse con o sin las personas implicadas.
- Además, se han creado números de llamadas de urgencia para prevenir los malos tratos y para hacerse cargo de las dificultades urgentes entre madres y bebés con un equipo de voluntarios y de técnicos.

Trabajo teórico relacionado con una actividad concreta

- Elaboración de los indicadores de riesgo, identificación de las iniciativas por promover.
- Estudio de los resultados de la encuesta epidemiológica INSERM (relacionada con la investigación-acción "Modos de custodia"). Confirmación de los resultados (1976-1984).
- Importancia clínica asignada al diagnóstico precoz de las depresiones maternas en todas sus formas y en todas las épocas de la vida de familia (embarazo, parto, primeros meses de vida del niño).
- Importancia clínica asignada a los disturbios funcionales del lactante como indicadores de las muy precoces dificultades en la relación madre-bebé.
- Validación por medio del estudio de los disturbios psicosomáticos ulteriores del niño muy pequeño.

Programas de acciones con valor preventivo precoz

En diferentes libros se encontrará una descripción de las principales acciones que han podido llevarse a cabo en diversas comunidades del mundo [1-6, 10, 17, 18, 19, 24, 39, 48].

Algunos programas tienen un valor general, otros se dirigen a categorías en las que los estudios han mostrado que sus características representan riesgos para los niños; otras acciones comienzan a establecerse con categorías bien definidas como las de futuros padres (parejas que esperan un bebé) o, más arriba aún, las de adolescentes, futuros padres potenciales. Una reciente investigación-acción efectuada en una maternidad en Poitiers utilizó sistemáticamente indicadores de riesgo muy precoces; esto permitió deducir la eficacia de esta previsión, especialmente en el sentido de una disminución sensible del número de los internamientos de niños pequeños y de una modificación cualitativa de estos internamientos [51].

La necesidad de informar a los adolescentes acerca de las condiciones que más tarde los caracterizarán en su sexualidad de pareja y como padres es la base de cualquier prevención precoz.

Sin duda será también importante ofrecerles información:

- respecto de lo que aporta a los adultos como satisfacción la relación con un lactante;
- respecto de las necesidades fundamentales del lactante y del niño pequeño;
- respecto de las nociones que fundan la educación.

Un estudio epidemiológico longitudinal, que se prosiguió durante ocho

CUADRO 3. FORMAS ACOSTUMBRADAS DE ACTUAR

Periodo prenatal	*Estancia en maternidad*	*Regreso a la casa*	*Fin del descanso de maternidad Custodia del niño*	*Hospitalización del niño*
• Anuncio de embarazo trasmitido por la Casa de Subsidios Familiares al Servicio de Protección Maternal Infantil, la que los envía al servicio social de sector en un plazo de tres semanas. • Trasmisión de las "fichas de vinculación" al servicio social del sector por medio de las consultas prenatales públicas y semipúblicas, pero no por las clínicas ni por los médicos privados. • Información que les da a las madres el cuaderno de maternidad (lo que implica el dominio de la lectura y del francés). • "Selección PMI" una cada semana con: asistentes sociales de sector y sus responsables, y las puericultoras del sector. • Carta de disponibilidad. • Visitas a domicilio, sea a petición de la maternidad o siguiendo ciertos criterios cuando éstos se conocen: madres muy jóvenes o primíparas mayores, madres angustiadas, madres aisladas, abortos, niños nacidos muertos, padres desempleados o enfermos, embarazos seguidos, algunos inmigrantes, algunas profesiones de pequeños recursos, algunas direcciones. A veces se aborda en el transcurso de la visita el tema de la custodia del resto de la familia. • Información por petición de los modos de custodia existentes en el sector. • Orientación hacia las casas de maternidad. • Entrevistas con una asistente social si hay un deseo formulado de abandono.	• Intervenciones del servicio social de maternidad iniciadas por el personal asistente (modos variables). • Consejos de puericultura para la maternidad. • Consejos de planeación familiar. • Trasmisión de anuncios de nacimiento al servicio social de sector. • Certificados de salud enviados a las puericultoras de sector. • Ficha de afiliación enviada al servicio social de sector para: las salidas de servicios de los prematuros, las entradas y salidas de la guardería.	• Una o dos selecciones PMI por semana que reúna a los asistentes sociales y a las puericultoras con base en: anuncios de nacimientos enviados por las maternidades y las oficinas del registro civil, los boletines de vinculación de consultas a lactantes (a veces). Después de la selección, según ciertos criterios: carta de disponibilidad de la asistencia social. • Visita de la asistente social o de la puericultora, o decisión de intervención de otro asistente social.	• Direcciones de guarderías o de nodrizas proporcionadas por las asistentes sociales familiares o del PMI (eventualmente por teléfono y sin contacto directo). • Subsidios mensuales (oficina de ayuda social). • Internamiento eventual en "acogida temporal" en la Ayuda Social a la Infancia. • Si el servicio social del sector o de protección materna e infantil es avisado del cambio de modo de custodia (salida de la guardería o cambio de nodriza), la asistente social envía una carta para saber dónde está el niño.	• Los internamientos en guarderías o en casas sanitarias se efectúan en general a partir del hospital. Los deciden los médicos por razones precisas o mediante el servicio social por razones sociales con eventuales justificaciones médicas. • El servicio social de sector es avisado de lo que se ha decidido, pero puede consultar acerca de los recursos del sector, y especialmente acerca de las soluciones que hubieran permitido evitar o en todo caso preparar el internamiento para que el regreso del niño a la familia sea lo mejor posible.

CUADRO 4. PROGRAMAS DE ACCIONES DE PREVENCIÓN PRECOZ*

Periodo prenatal	*Estancia en maternidad*	*Regreso a la casa*	*Fin del descanso de maternidad Custodia del niño*	*Hospitalización del niño*
• Formación del personal. • Transformación de los centros PMI en casas de la primera infancia, donde todos los servicios de sector tengan su conexión por radio (asistentes sociales, puericultoras, parteras, equipo de higiene mental, etcétera). • Colaboración concreta entre el servicio social de la maternidad y sus servicios. • Entrevistas sistemáticas y en profundidad de las mujeres embarazadas con la asistencia social de maternidad. • Preparación si es necesaria de una visita a domicilio. • Trasmisión de la información al centro de la primera infancia. Comunicado de las "intermitencias" identificadas. • Asunción, por el equipo pluridisciplinario, de las peticiones de abandono designando un referente único.	• Información a todo el personal respecto de la totalidad de los riesgos. • Trasmisión rápida de la información médicopsicosocial para el equipo pluridisciplinario de sector. • Concertación con este equipo antes de cualquier decisión de separación, de consigna o de internamiento. • Preparación de la salida con el sector y eventualmente del internamiento del niño. • Entrevista de las madres con las asistentes sociales de maternidad acerca del modo de custodia, y orientación hacia el equipo	• Desarrollo del servicio de las asistentes familiares y de puericultoras de sector. • Modificación de la concepción de la selección PMI con participación del médico PMI y de un miembro de la intersección de higiene mental infantil, para hacer una evaluación global de las necesidades y los riesgos de una orientación de la acción que debe emprenderse y una repartición de los cargos. • Creación de departamentos de recibimiento temporal para madres y niños (actualización de la respuesta que dieron los hoteles de maternidad a las madres aisladas). • Información al público	• Información al públi co de las necesidades del niño pequeño, de la relación madre-hijo, de la importancia de una buena custodia, de lo importante que es llevar bien el cuaderno de salud, etcétera. • Desarrollo de casas de la primera infancia. • Información recíproca constante entre asistentes sociales de sector, directoras de guarderías y ayudantes de nodrizas, relativa a los casos que se señalen por medio de una "intermitencia". • Estudio de cada caso a cargo de los servi-	• Enseñanza a pediatras con prácticas en los centros PMI. • Cuando se revela una "intermitencia" que liga estrechamente a los los asistentes sociales de pediatría y a los asistentes sociales de sector: lo que está en juego justifica una sesión de síntesis con el médico. • No dar prioridad a la intervención puntual sino a una percepción global de las necesidades del niño para encontrar una decisión estable. • Desarrollar la hos-
• Información al público acerca de los modos de custodia: cuadernos de maternidad, prensa local, carteles. a • Recibimiento de las familias en el centro de la primera infancia con una entrevista que aborde la custodia de la fratría y del niño por nacer. • Indemnizaciones diarias en 90% en caso de embarazo riesgoso.	de sector. • En el caso de que se sepa el deseo de abandono, sea por declaración de la madre, o por información proveniente del sector, y por los partos con rayos x, se respeta este derecho y se pone a cargo de un referente único y formado. • En los casos de abandono, extensión a todos los hospitales y clínicas del recurso a un agente de la Ayuda Social a la Infancia, que iría a recoger al niño que su madre no quiere ver (actualmente la madre debe llevarlo al centro de recepción).	respecto de los servicios existentes (carteles en las escuelas, farmacias, comercios). • Información acerca de la posibilidad para la madre de aplazar su descanso posnatal para cuando regrese el niño (prematuro u hospitalizado).	cios interesados (participación del médico PMI y de un miembro del equipo de higiene mental infantil) y eventualmente consulta. • Estudio pluridisciplinario de casos para los que es previsible un internamiento a fin de evitar las urgencias. • Desarrollo de la custodia de tiempo parcial y de la custodia de ayuda en el sector. • Casas descentralizadas de observación, y recepción. • Utilización y tenencia del cuaderno de salud por todos: médicos, servicios o consultas PMI.	pitalización "de día" en los servicios de pediatría, la hospitalización domicilio y los servicios de madres y niños. los psicólogos del servicio de pediatría deben pertenecer al equipo de higiene mental infantil. • Los psiquiatras y

* Estas acciones se añaden o sustituyen las formas acostumbradas de actuar.

CUADRO 5. PROGRAMAS DE ACCIÓN DE PREVENCIÓN PRECOZ

Periodo prenatal	*Estancia en maternidad*	*Regreso a la casa*	*Fin del descanso de maternidad Custodia del niño*	*Hospitalización del niño*
• Desarrollo de la enseñanza de la patología psicosocial en los CES de ginecología, y en los estudios de parteras y enfermeras. • Formación de personal social para los servicios de maternidad y aumento de sus efectivos. • Entrevistas con el ginecólogo o la partera en el transcurso de las consultas prenatales. • Contacto entre: jefes de servicio, maternidad, médicos PMI y médicos de higiene mental de sector. • Organización de lugares de recibimiento (centros PMI descentralizados en donde la futura madre pueda encontrar información y ayuda). • Desarrollo de las visitas a domicilio de las parteras en coordinación con los equipos del sector. • Mejora de las condiciones de recibimiento y de atención en la casa de maternidad y de la coordinación con el sector. • Desarrollo del equipo de higiene mental adulta en los sectores. • Carteles e información en las salas de espera de consultas prenatales. • Información y educación de los adolescentes.	• Formación de todo el personal de maternidad respecto de la relación madre-hijo y a las necesidades del niño pequeño. • Política de cooperación con las clínicas privadas. Circulares ministeriales que prevean o exijan, en las cláusulas de convención, condiciones mínimas de su participación en la acción social preventiva: reclutamiento de asistentes sociales, fichas de vinculación, reuniones comunes con el sector, etcétera. • Extensión de la atención a los padres de prematuros en todos los centros de prematuros.	• Inventario de las situaciones de riesgo para este periodo mal conocido por todos. • Determinación de aquellos que puedan detectarlos. • Reflexión alrededor de la continuación que se les dará: recepción, información, orientación en los centros polivalentes de PMI (o casas de la primera infancia). • Evaluación táctica pluridisciplinaria en el caso de rechazo de una intervención de una familia en una situación de riesgo en la que ya se conocen los daños. • Preparación de textos que reglamenten la profesión del asistente familiar. • Integración de asistentes familiares y de educadores especializados en los equipos de base (o las casas de la primera infancia).	• Habilitación de un servicio que asegure la organización racional de modos de custodia (casas de la primera infancia). • Información a los servicios de protección materna e infantil, hospitalarios y a los médicos asistentes acerca de los modos de custodia. • Proseguir la formación y enseñanza del personal (guarderías, nodrizas, etc.) y de los padres, alrededor de los centros de protección materna e infantil. • Desarrollar los medios de recibimiento en el sector (casas de acogida, "hábitat educativos" para madres e hijos). • Un referente que garantice la continuidad de la vida del niño, pese a sus riesgos, y una ayuda a la familia para elaborar soluciones (internamiento, traslado, modificación de las condiciones de vida).	• Desarrollo de la formación de pediatras en el terreno de sus responsabilidades psicosociales. • Sensibilización de los personales que tienen que ver con las necesidades del niño y con la acción de prevención en materia de higiene mental infantil. • Sistematización de la política de vinculación sin centrarla sólo en el aspecto somático. • Hacer una evaluación antes de decidir un internamiento, y una síntesis en el plano del sector con el equipo pluridisciplinario.

años, demostró de modo convincente que la localización durante el primer año de lactantes que sufrían de varios disturbios funcionales, es uno de los medios más seguros para localizar el grupo de niños con riesgos que se volverán a encontrar más tarde en peligro de inadaptación grave [13, 14, 15, 16].

Hemos resumido en las tablas III, IV y V las prácticas habituales de aplicación de las prescripciones legales en materia de protección sanitaria y social de la infancia, y enumerado las nuevas formas de operar, cuya instauración es indispensable para una acción preventiva precoz real [46]. Así, las acciones preventivas más adecuadas son aquellas que se elaboran en el transcurso del trabajo transdisciplinario de base, a partir de casos tratados en la comunidad misma.

INFORMACIÓN Y FORMACIÓN DEL PERSONAL PARA LA PREVENCIÓN PRECOZ

La información y la formación del personal parecen en lo sucesivo prioritarias para todos los equipos que quieren promover una acción preventiva precoz. Éstas no podrán hacerse de modo autoritario, es indispensable informar y educar a la franja para obtener una mejor adhesión a la noción de necesidad de la prevención. Por otro lado, todo esto sólo puede realizarse por intermediación de todos los interesados sociales y de los medios de comunicación masiva. Por tanto hay que informar, formar y convencer a todos aquellos que deben adjudicarse los programas. En conclusión, volvemos a encontrar todas las experiencias, los deseos y aun las implantaciones de programas de formación o de información para tal o cual categoría de personal. De hecho, todas las categorías están relacionadas, puesto que en última instancia se trata de obtener un consenso que oriente la política y las opciones sociales de un país (prevención primaria). Es necesario, pues, que toda esta información convenza e influya en los responsables políticos. De manera más pragmática y más realista, indicaremos únicamente algunas acciones que pueden emprenderse con una eficacia más inmediata.

Los cursos para grandes o pequeños auditorios, los seminarios, tienen su importancia y sus objetivos específicos, sobre todo si se restringen a ser esencialmente clínicos y pragmáticos, si emplean un vocabulario accesible y no una paráfrasis psicoanalítica; pero son sobre todo los estudios de caso, la relectura crítica de antiguos expedientes en grupos que reúnen diversas disciplinas, las reuniones de síntesis transdisciplinarias y que se relacionan con casos concretos que se han asumido, los que tienen los efectos más favorables y cuya eficacia es la más inmediata. Las técnicas de "predicción del pasado", en función de una situación actual, permiten persuadir a todos de lo bien fundado y del valor preventivo de ciertos modos de intervención.

Parece deseable que en lo sucesivo los programas de formación de los estudiantes en las universidades y las escuelas de todos los interesados sociales, se reserve un lugar importante a la sensibilización respecto de las medidas de prevención, con la participación, entre los enseñantes, de prácticos facultativos a quienes se les apliquen casos concretos. Hay que poner en primer plano la formación de los médicos, de los psiquiatras, de los pediatras, de los ginecólogos parteros, de las parteras, de los psicólogos, de los puericultores, de los asistentes sociales, de los educadores, del personal de guarderías, de las asistentes de maternidad, de los maestros de escuelas de maternidad y primarias, del personal del Ministerio de Justicia, de la Salud y de la Familia, de la policía y de todos los administradores implicados en la política de la infancia.

Pero se trata, finalmente, de crear las condiciones de un trabajo transdisciplinario en común: 1] creando las condiciones de trabajo en común para todos los interesados; 2] suprimiendo en lo posible las decisiones tomadas por un solo interesado; 3] adecuando las inevitables tensiones.

En efecto, las identificaciones de los interesados de las diferentes categorías con su "cliente" privilegiado traen consigo en los equipos una reproducción de las tensiones y los conflictos intrafamiliares, incluso de los conflictos internos de las personas, que desembocan, si no se tiene cuidado, en tensiones o incluso en conflictos entre servicios y en decisiones contradictorias dentro de un espíritu de competencia (cf. cap. 42).

Además, lo que caracteriza la discusión alrededor de un problema de prevención es la consideración de los puntos de vista contradictorios del primer enfoque (médico, económico, social, judicial, pedagógico) con deseo de intervenir o de esperar, de dejar evolucionar o de detener, etcétera.

Cada uno, si está solo, corre el riesgo de comprometerse según su personalidad, su ideología y su carácter. La objetividad, eso que generalmente se conoce como la importancia del niño [25], sólo puede ser enfocada mediante la explicitación y la confrontación de todos estos aspectos.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Anthony, E.J., "Introduction: le syndrome de l'enfant psychologiquement vulnérable", en *L'enfant dans sa famille. L'enfant á haut risque psychiatrique*, E.J., Anthony y C. Koupernik (comps.), París, PUF, 1980.

[2] Anthony, E.J., "Modèles de intervention au niveau du risque et de la vulnérabilité pour des enfants du parents psychotique", en *L'enfant dans sa famille. L'enfant à haut risque psychiatrique*, E.J. Anhtony y C. Koupernik (comps.), París, PUF, 1980, pp. 121-146.

[3] Anthony, E.J., C. Chiland y C. Koupernik, *The children in his family*, vol. 3: *Children and psychiatric risk, Yearbook of the International Association for Child Psychiatric and Allied Professiones*, E.J. Anthony y C. Koupernik (comps.), Nueva York, John Wiley, 1974.

[4] Anthony, E.J., C., Chiland y C. Koupernik, *The children in his family*, vol. 4: *Vulnerable children, Yearbook of the In-*

ternational Association for Child Psychiatric and Allied Professions, E. J. Anthony, C. Chiland y C. Koupernik (comps.), Nueva York, John Wiley, 1978.

[5] Anthony, E.J. y C. Chiland, *The children in his family*, vol. 6: *Preventiv child psychiatry in an age of transition, Yearbook of the International Association for Child Psychiatric*, E.J. Anthony y Chiland, C. (comps.), Nueva York, John Wiley, 1980.

[6] Anthony, E.J. y C. Chiland, *The children in his family*, vol. 7: *Children in turmoil, tomorrow's parents, Yearbook of the International Association for Child Psychiatric*, E.J. Anthony y C. Chiland, (comps.), Nueva York, John Wiley, 1980.

[7] Berthier, M., R. Bouet, M. Daban y J. Uzé, "Action préventive en maternité concernant l'enfant à risque psychosocial". Documento mecanografiado, CHS de la Vienne, Poitiers, APPEA, 1987.

[8] Brazelton, T.B., "Echelle d'evaluation du comportement néo-natal", en *Neuropsychiatrie de l'Enfance*, 1984, 31, 2-3: 61-96.

[9] Brazelton, T.B., "Le bébé: partenaire dans l'interaction", en *La dynamique du nourrisson*, París, Expansion Scientifique Française, 1982.

[10] Castex, E., "Les nourrissons de mère psychotique. Risques et moyens de prévention", París, *Mémoire de CES*, 1979.

[11] Chiland, C., *L'enfant de six ans et son avenir*, París, PUF, 1976.

[12] Chiland, C., "L'histoire de l'enfant vulnérable", en *L'enfant dans sa famille*, vol, 4, París, PUF, 1982, pp. 377-378.

[13] Choquet, M., F. Facy, F. Laurent y F. Davidson, "Les enfants à risque en âge préscolaire. Mise en évidence par analyse typologique", en *Arch. Fr. Pédiatr.*, 1982, 39: 185-192.

[14] Choquet, M., F. Facy, F. Laurent, F., Davidson y "Discovery of 'risk' groups in a population of children of pre-school age by a method of typological analysis", en *Early Child Development and Care*, 1981, 9: 255-274.

[15] Choquet, M. y F. Davidson "Le mode de garde et le développement physique et psycho-affectif du jeune enfant", en *Enfance*, 1982, 5: 323-334.

[16] Choquet, M. y S. Leedoux, "Valeur pronostique des indicateurs de risques précoces", en *Arch. Fr. Pédiatr.*, 1985, 32: 541-546.

[17] Commision des Communautés Européenes, Commission du Conseil des Ministres, Rapport final du dernier programme de projets et études pilotes pour combattre la pauvreté, Comm. des Communautés européennes, Bruselas, 1981, 208 pp.

[18] Cramer, B., "Problèmes posés par la prévention des troubles psychiques des enfants d'âge pré-scolaire", en *Médecine Sociale et Préventive*, 1977, 22: 27-32.

[19] Cramer, B., "Problèmes posés par la prévention des troubles psychiques chez l'enfant pré-scolaire", en *Médecine Sociale et Préventive*, 1977, 22: 16-22.

[20] Cramer, B., "Programme de prévention dans un service de guidance pour enfants pré-scolaires", en *Acta Paedo-Psychiatr.*, 1978, 43: 85-100.

[21] Davidson, F. y M. Choquet "Epidemiological survey of functional symptomatology in preschoolage children", en *Frontiers of Infant Psychiatry*, J.D. Call, E. Galenson y A.L. Tyson (comps.), Nueva York, Basic, Inc. Publishers, 1984, pp. 531-539.

[22] Diatkine, R., "Réflexions sur l'higiène mental", en *Psychiatrie de l'Enfant*, París, PUF, 1973, XVI, pp. 214-249.

[23] Documento P. *Pour une prévention médico-psychosociale précoce*, M. Soulé y J. Noël (comps.), París, COPES, 1983.

[24] Fragonard, H. *et al.*, "La politique médico-sociale de l'enfance", entrevista a la ministra de Salud, París, Ministére Santé-Securité Sociale, 1976, no publicado.

[25] Goldstein, J., A. Freud y A. Solnit, *Dans l'intérêt de l'enfant?*, París, ESD, 1978.

[26] Jeanneret, O., "Indicateurs de risque", en *L'enfant et sa santé*, París, Doin, 1987, pp. 731-735.

[27] Jeanneret, O., "Veurs une mission globale des problèmes de santé", en *L'enfant et sa santé*, París, Doin, 1987, 743-745.

[28] Koupernik, C., "Les facteurs biologique de risques", en *L'enfant dans sa famille*, vol. 4: *L'enfant vulnérable*, París, PUF, 1982, pp. 55-58.

[29] Kreisler, L., M. Fain y M. Soulé, *L'enfant et son corps*, París, PUF, 1987.

[30] Kreisler, L. *Desorganización psicosomática en el niño*, Barcelona, Herder, 1985.

[31] Kreisler, L., *El niño psicosomático*, Buenos Aires, Abril.

[32] Lebovici, S. y M. Soulé, *Connaissance de l'enfant par la psychanalyse. Les traumatismes pathogènes et l'expérience vécues*, París, PUF, 1989.

[33] L'Hote, M.,"Une expérience de prévention primaire dans un service de communauté", en *Psychiatr. Enfant.*, 1971, XIV, I: 283-309.

[34] Marcus, J., "Organisation d'une prévention complète pour une population d'enfants vulnerables (États-Unis)", en *L'enfant dans sa famille*, vol. 4: *L'enfant vulnérable*, París, PUF, 1982, pp. 377-378.

[35] Misès, R. y R. Perron, "Estudio psicopatológico de las deficiencias intelectuales del niño", en *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, S. Lebovici (comp.), París, PUF, 1985, pp. 329-362. [ed. esp., Madrid, Biblioteca Nueva, 1988].

[36] Rosenfeld, E. y L. Baider, "Un environnement compensateur pour des enfants défavorisés culturellement", en *L'enfant et sa famille*, vol. 4: *L'enfant vulnérable*, París, PUF, 1982, pp. 473-483.

[37] Satge, P. y M. Soulé, *L'accueil et la prise en charge des parents dans un centre de néo-natologie*, París, Expansion Scientifique Française, 1976.

[38] Solnit, A., "L'enfant vulnérables rétrospective", en *L'enfant dans sa famille*, vol. 4: *L'enfant vulnérable*, París, PUF, 1982.

[39] Soulé, M. y J. Noël, "Rapport final de la recherche active: lutte contre les retombées de la pauvreté sur les enfants de familles défavorisées du 14e arrondissement de Paris", documento dactilografiado, COPES, 23, rue Lalande, 75014, París, 1981.

[40] Soulé, M., "Aide sociale à l'Enfance, hygiène mentale infantile et mesures préventives d'aide à la famille en difficulté", en *Pour un réforme de l'ASE*, París, Expansion Scientifique Française, 1973, pp. 103-126.

[41] Soulé, M., "L'enfant dans la tête. L'enfant imaginaire", en *La dynamique du nourrisson*, París, Expansion Scientifique Française, 1982, pp. 135-175.

[42] Soulé, M., "Pour une politique de prévention médico-psychosociale précoce en faveur de l'enfance", en "Communication à la Commission 'Vie sociale' du VII Plan", en *Bulletin de l'UNIOPSS*, París, 1976.

[43] Soulé, M., *La prévention médico-psychosociale précoce. Nécessités et difficultés. La ville et l'enfant*, París, 1977, pp. 201-209.

[44] Soulé, M. y J. Noël, "Rapport final de la recherche active concernant les modes de garde des jeunes enfants", documento dactilografiado, COPES, 23 rue Lalande, 75014, París.

[45] Soulé, M., J. Noël y cols. "Recherche active sur les modes de garde des jeunes enfants dans le 14e arrondissement", documento dactilografiado, COPES, 23, rue Lalande, 75014, París, 1981.

[46] Soulé, M. y J. Noël, "La prevención médico-psicosocial precoz", *Traité de psychiatrie de l'enfant*, París, PUF, 1985, III, pp. 475-505. [ed. esp., Madrid, Biblioteca Nueva, 1988]

[47] Soulé, M., E. Michaut y M.T. Fritz, "Surveillance de la santé et du développement de l'enfant", en *L'enfant et sa santé*, París, Doin, 1987, pp. 499-515.

[48] Stork, H. y A. Foucher, "Psychopatologie du jeune enfant et perspectives de prévention", en *Psychiatr. Enfant*, 1979, XXII, I: 127-136.

[49] Tomkiewicz, S. y M. Manciaux, "La vulnerabilité", en *L'enfant et sa santé*, París, Doin, 1987, pp. 737-741.

[50] Wertheim, E., "Genèse developpementale de la vulnérabilité humaine: réévaluation du concept", en *L'enfant dans sa famille*, vol. 4: *L'enfant vulnérable*, París, PUF, 1982.

[51] "Mode de garde des jeunes enfants", en *Cahier de recommandation des experts*, París, Expansion Scientifique Française, 1987.

41. LOS ACCIDENTES DEL LACTANTE: DATOS EPIDEMIOLÓGICOS, FACTORES DE RIESGO Y ELEMENTOS DE PREVENCIÓN

ANNE TURSZ

La patología accidental constituye un problema mayor de salud pública en el niño pequeño. En efecto, los accidentes representan la primera causa de muerte en la infancia, a partir de la edad de un año, en todos los países en los que ya se han controlado los problemas de infección y de nutrición. Son, además, el origen de un muy importante consumo médico, como lo indican muchos estudios recientes que tienen que ver con el niño y con las consultas de urgencia [4], la hospitalización [28] o las consultas con los facultativos liberales [2]. Son, por último, la causa de un número no desdeñable de insuficiencias. Su prevención se revela entonces como una necesidad, pero su concepción es difícil debido a la complejidad del proceso accidental, cuya génesis es de tipo multifactorial e incluye un importante componente psicológico. La elaboración de medidas preventivas sólo puede concebirse gracias a una reflexión que se apoye en datos epidemiológicos relacionados con la frecuencia de los accidentes, sus características y los factores de riesgo. Estos datos son escasos en lo que toca al lactante, más escasos que en el caso de niños grandes o de adolescentes cuya patología accidental ha sido muy estudiada. Además, la identificación y la definición del accidente no son fáciles [29]. Si uno admite, como la mayoría de los autores, que el accidente es un suceso inesperado, brutal, involuntario, ajeno al niño, potencialmente nocivo, responsable o no de lesiones y motivo de una consulta médica, resulta claro que esta definición excluye violencias voluntarias, homicidios y sevicias, cuyo diagnóstico es particularmente delicado en el lactante. Además, el recurso a los cuidados reposa en una gran subjetividad en cuanto a la apreciación que de la gravedad tengan las personas responsables del niño. ¿Cuál es el umbral a partir del cual uno llama a su suceso ¿"un accidente"? La respuesta a esta pregunta depende en parte de la ansiedad de los padres, del nivel de sus conocimientos, de su origen social y de sus posibilidades de acceso a la atención médica.

Este capítulo estudia la patología puramente accidental, no intencional, observada en los niños de menos de dos años.

MORTANDAD ACCIDENTAL

Las estadísticas de mortandad accidental no permiten, por lo general, aislar las muertes de los niños que tienen lugar desde el nacimiento hasta un año cumplido. Conciernen a los sujetos de menos de un año y de uno a cuatro años.

Antes de un año, los accidentes representaban, en relación con las malformaciones congénitas o con las enfermedades de origen perinatal, una parte muy pequeña de las causas de la mortandad: el 4.9% en Francia en 1985 [14], año en que las tasas de mortandad accidental por cada 100 000 niños de esta edad alcanzó el 41.8, una tasa más elevada que las que se alcanzaron en Estados Unidos y que variaba, según la región y los estudios, aproximadamente entre 28 y 55 de cada 100 000 [9, 32]. Estas elevadas cifras están probablemente ligadas en gran parte a confusiones entre sofocación mecánica y muerte súbita inexplicable del lactante. Las principales causas de muerte accidental a esta edad son las sofocaciones mecánicas y por desviación alimentaria [14, 32]. Los accidentes de circulación están con frecuencia menos presentes (cuadro 1).

CUADRO 1. DISTRIBUCIÓN DE MUERTES ACCIDENTALES SEGÚN LA CAUSA EN NIÑOS DE CERO A CUATRO AÑOS EN FRANCIA EN 1985 (INSERM [14])

	Edad en años			
	< 1		*1-4*	
	N	*%*	*N*	*%*
Accidentes de circulación	22	7	126	32
Otros accidentes de transporte	0	0	7	2
Intoxicaciones	3	1	10	3
Caídas	10	3	29	7
Accidentes provocados por el fuego	14	5	35	9
Ahogamientos	6	2	67	17
Sofocaciones	237	76	46	11
Otros accidentes	18	6	76	19
Número total de muertes accidentales	310	100	396	100

En cambio, después de un año, los accidentes de circulación se vuelven preponderantes, seguidos por los ahogamientos, las sofocaciones y las quemaduras (cuadro 1). La tasa de mortandad accidental por cada 100 000 niños de uno a cuatro años era en Francia en 1985 de 13.0, y estos decesos accidentales representaban el 28.6% de la mortandad a esta edad, es decir, la primera causa de muerte [14]. En Estados Unidos, en 1978-1979, se ob-

vaba una distribución semejante en los niños de más de un año y de menos de dos [10].

La letalidad de ciertos tipos de accidentes ha disminuido mucho en los últimos años; es lo que sucede por ejemplo con las intoxicaciones que se han vuelto escasamente mortales, especialmente debido a las modificaciones en los hábitos de prescripción y a los condicionamientos de seguridad [20].

Contrariamente a lo que se observa en los niños más grandes, no existe, antes de los dos años, una sobremortandad masculina muy clara. En cambio, las tasas de mortandad accidental varían en función del nivel socioeconómico. También se han señalado, en Carolina del Norte, entre 1968 y 1980, tasas de mortandad accidental antes de la edad de un año en niños negros, que duplican las de niños blancos [32].

Los accidentes mortales no representan de hecho sino una pequeña parte de la patología accidental (alrededor de un caso entre 1 000 consultas por accidente, según la mayoría de los estudios recientes) y la mortandad no puede entonces ser considerada como un indicador lo bastante preciso como para hacer posible la elaboración de medidas preventivas. Esta elaboración reposa más bien en los estudios de morbilidad.

MORBILIDAD ACCIDENTAL

La mayoría de los datos que se exponen más adelante proviene de un estudio epidemiológico efectuado en 1981-1982 durante un año, en el conjunto de las estructuras de prevención y de cuidados de un sector sanitario de Yvelines, basados en una categoría infantil de dimensión conocida (104 212 sujetos de uno a 14 años, de los que 13 849 tenían menos de dos años) [30].

Frecuencia. Distribución por sexo y por edad

En el estudio de Yvelines, la incidencia anual de accidentes en el niño de menos de dos años fue evaluada en 4.6%: en el sector encuestado, un niño de cada 20 a esta edad viene a consulta por accidente cada año. Esta frecuencia es menos elevada que las observadas en los estudios norteamericanos relacionados con lactantes de menos de un año: el 8.6% en un total de ocho regiones de Estados Unidos en 1976 [17], el 6.9% en Massachusetts (Estados Unidos) en 1980-1981 [12]. Sin embargo, la frecuencia de los accidentes es claramente mayor entre uno y dos años que antes de uno [12, 19, 22]. Entre los 854 casos registrados en el estudio de Yvelines, 242 (28%) tenían que ver con niños menores de un año, y 612 (72%) con los de uno a dos años. Las estadísticas nacionales norteamericanas indican también que el grupo de edad de uno a dos años es, en toda la infancia, el más afectado por los accidentes

[22]. Esta diferencia de frecuencia entre los dos grupos de edad se explica, en parte, por la aparición de la marcha en los niños de más de un año.

Contrariamente a lo que se observa en sujetos de mayor edad, no existe, antes de los dos años, un predominio masculino claro, sobre todo antes de un año [12, 22, 24]. Esto es válido sobre todo en lo que respecta a las quemaduras, las intoxicaciones y las penetraciones de cuerpos extraños; en cambio, los traumatismos ocasionados por juguetes son más frecuentes en los varones [22] a partir de la edad de un año, cuando las actividades se diversifican y los modelos propuestos por los niños mayores, la educación de los padres y la televisión son diferentes para los dos sexos.

La frecuencia de los accidentes varía en función del nivel socioeconómico de las familias; esto es particularmente válido en el caso de las quemaduras, que constituyen una verdadera patología de la pobreza; su frecuencia es mucho más elevada ahí donde los ingresos son más bajos [18].

En el conjunto de los estudios relacionados con la patología accidental antes de los dos años, la frecuencia está probablemente sobreevaluada, debido a la consideración de los traumatismos intencionales, presentados por las familias como accidentales e ignorados por los médicos. Varios estudios norteamericanos recientes subrayan el elevado porcentaje de sevicias en las franjas infantiles que consultan por fracturas de cráneo [13], fracturas de cráneo y miembros [16] y escaldamientos por agua de la llave [11]. Estos porcentajes van del 28 [11, 13] al 56% [16].

Lugar del accidente

La casi totalidad de los accidentes de esta edad son accidentes domésticos; los accidentes de la vía pública representan menos del 10% de los casos [30].

Tipo de accidente

La traumatología predomina con mucho, pero es en esta edad cuando se observan los porcentajes más elevados de quemaduras, penetraciones de cuerpos extraños e intoxicaciones, particularmente en el grupo de uno a dos años (cuadro II). Un estudio efectuado entre 1973 y 1979 en Massachusetts, que abarca todas las edades, mostró que existía un máximo de frecuencia de quemaduras en los niños de menos de tres años (incidencia anual estimada en 72.1 por cada 10 000 sujetos de esta edad) [18]. En más de la mitad de los casos, se trataba de "escaldamientos".

Los diversos tipos de accidentes se reparten de modo equivalente en los dos sexos (cuadro 2).

CUADRO 2. DISTRIBUCIÓN EN PORCENTAJES DE LOS TIPOS DE ACCIDENTE EN FUNCIÓN DEL SEXO Y DE LA EDAD (ENCUESTA DE YVELINES 1981-1982)

	Niños		*Niñas*	
	< 1 año	*≥ 1 año → – < 2 años*	*< 1 año*	*≥ 1 año → – < 2 años*
	(129)	*(346)*	*(113)*	*(266)*
	%	*%*	*%*	*%*
Traumatismos	84	73	82	75
Quemaduras	5	9	4	8
Penetración de cuerpos extraños	2	5	4	4
Intoxicaciones	5	10	6	11
Otros	4	3	4	2
	$p < 0.05$		NS	

Significación para la distribución por sexo: NS
Significación para la distribución por edad: $p < 0.01$

Naturaleza y localización de las lesiones

La distribución por sexo y por edad de las lesiones traumáticas y observadas en la encuesta de Yvelines, se indica en el cuadro 3. Se señala globalmente un predominio de lesiones benignas (contusiones), un bajo porcentaje de fracturas (del 5 al 10% según el sexo y la edad) y un predominio general de lesiones en la cabeza. Este elevado porcentaje de heridas en la cabeza se hace evidente en muchos estudios [17, 19, 23]. Se explica, a su vez, por el mayor volumen de la cabeza en relación con el resto del cuerpo a esta edad, y por la mayor angustia que causa, y hace que se recurra más fácilmente a la consulta en caso de que exista traumatismo en la cabeza.

Las heridas caracterizan sobre todo a los varones, las fracturas tienen porcentajes equivalentes en los dos sexos (cuadro 3) [22]. Los varones presentan más lesiones múltiples.

La fisonomía de las lesiones es muy diferente en los bebés de menos de un año y en los de uno a dos años de edad. Estos últimos presentan una cantidad mucho mayor de heridas, menos traumatismos craneanos con señales añadidas, menos contusiones sencillas, menos lesiones de la cabeza, más lesiones de los miembros y lesiones múltiples (cuadro 3). Estas diferencias corresponden a actividades diversas y a exposiciones a riesgos diferentes. La mayoría de las "conmociones cerebrales" observadas antes del año corresponden a caídas desde el material de puericultura (mesa para cambiar pañales, moisés, carriola...).

CUADRO 3. DISTRIBUCIÓN Y LOCALIZACIÓN, EN PORCENTAJES, DE LA NATURALEZA Y LOCALIZACIÓN DE LAS LESIONES TRAUMÁTICAS EN FUNCIÓN DEL SEXO Y LA EDAD EN 636 LACTANTES VÍCTIMAS DE TRAUMATISMOS
(encuesta de Yvelines, 1981-1982)

	Niños		*Niñas*		
	< 1 año < 1 año	*≥1 año – < 2 años*	*<1 año*	*<1 año < 2 años*	*Significación global por edad*
	(107)	*(246)*	*(88)*	*(195)*	
	%	*%*	*%*	*%*	
Naturaleza de las lesiones:					
Traumatismos craneanos con señales	9	3	10	6	
Contusiones	63	40	66	49	
Heridas	18	46	7	32	
Esguinces	1	2	7	8	
Fracturas	9	9	10	5	
		$p < 0.001$		$p < 0.001$	$p < 0.001$
Localización de las lesiones					
Cabeza		58	73	50	
Miembro superior	14	19	18	32	
Miembro inferior	8	5	2	5	
Tronco	0	1	0	1	
Lesiones múltiples	7	17	7	12	
		$p < 0.05$		$p < 0.02$	$p < 0.001$

Significación para la distribución por sexo de la naturaleza de las lesiones: < 0.001.
Significación para la distribución por sexo de la localización de las lesiones: p < 0.02.

Mecanismo del accidente

En los casos de traumatismo, el accidente está más frecuentemente ligado con una caída [19]. En el estudio de Yvelines, el 67% de los traumatismos se debía a una caída, de los cuales la mitad eran simples caídas del niño, pues las caídas de una altura mayor eran debidas a defenestraciones, caídas en las escaleras o desde un mueble o un similar empleado en puericultura (mesa para poner pañales, cuna, silla alta...). Este material era el citado en el 28% de las caídas de altura. En conjunto, sin embargo, es bastante difícil poder identificar el objeto implicado de modo directamente causal, en el momento en que ocurre un traumatismo a esta edad. Esto incita a considerar la prevención tanto desde la perspectiva de la educación contra el riesgo como

En la totalidad de los estudios, las quemaduras son "escaldamientos" en más de la mitad de los casos. Las siguen los contactos con objetos calientes, con productos corrosivos, con la corriente eléctrica y, finalmente, con las llamas (causa poco usual de quemadura en el lactante).

En la encuesta de Yvelines las intoxicaciones se debían a medicinas (principalmente a los ansiolíticos) en el 39.2% de los casos.

Consecuencias inmediatas y a largo plazo

En esta edad los accidentes son en su mayoría benignos y no requieren de cuidados o sólo de cuidados ambulatorios. Sin embargo, en el lactante se observan las tasas de hospitalización más elevadas [12]. En el estudio de Yvelines, el 17% de los niños accidentados de menos de dos años fue hospitalizado.

En este mismo estudio se registraron dos accidentes mortales: una sofocación mecánica en un niño de menos de un año, y una defenestración en un niño de 17 meses.

Pocos estudios abordan el problema de las secuelas a largo plazo. En el estudio de Yvelines, el 5% de los lactantes hospitalizados por accidente presentó anomalías residuales 18 meses después del accidente.

En 1975, en la región de Southampton (Gran Bretaña), se estimó la frecuencia de la invalidez de origen accidental entre los dos y los tres años de edad, en uno de cada 4 000 niños [15].

Ciertos tipos de accidentes son más específicamente generadores de secuelas: los politraumatismos de la vía pública o por defenestración, las ingestiones de cáusticos, las sumersiones, las intoxicaciones oxicarbonadas, las quemaduras. Las quemaduras son muchas veces el origen de secuelas funcionales o estéticas importantes. En un estudio realizado en Seattle (Estados Unidos), relativo a los escaldamientos infantiles, se señaló la presencia de rigideces articulares en el 26% de los sujetos estudiados, y de cicatrices hipertróficas en el 13% [11]. Las quemaduras más comunes eran las provocadas por el agua de la llave.

FACTORES DE RIESGO EN LOS ACCIDENTES DEL LACTANTE

Las diferencias observadas precedentemente según la clase social indican que existen factores externos que desempeñan un papel importante en el surgimiento de ciertos accidentes. Así, las quemaduras son frecuentes en las casas desprovistas de agua corriente, en las que se ponen en el suelo ollas de agua hirviente. También en los hogares más pobres es donde surgen accidentes eléctricos, ligados a la vetustez del material o intoxicaciones oxicarbonadas provocadas por aparatos de calefacción defectuosos. Sin embargo, la explicación de la aparición de un accidente se deriva pocas veces de factores

explicación de la aparición de un accidente se deriva pocas veces de factores externos. En el surgimiento de un accidente intervienen: 1] el nivel de desarrollo psicofisiológico del niño y el grado de conocimiento de los padres respecto de sus etapas; 2] la personalidad del niño; 3] el clima afectivo de la familia; 4] sus opciones educativas y su actitud frente a la seguridad; 5] el nivel de vigilancia del niño; 6] los factores sociales y psicológicos propios de la familia; 7] finalmente los "vectores de la energía" responsables de las lecciones accidentales: los objetos peligrosos.

Los estudios relacionados con los factores psicosociales de riesgo son estudios de caso/testimonios, en los que se ha demostrado que, comparados con niños de la misma edad que nunca tuvieron un accidente, los niños accidentados forman parte significativamente con una mayor frecuencia de familias desunidas o monoparentales [9, 31], tienen madres demasiado jóvenes [9, 27, 31, 32] o con un bajo nivel de educación [9, 32] y con antecedentes recientes de tensión: muertes o enfermedades en la familia, mudanzas, embarazo de la madre [24, 31]. Para algunos autores existe una predisposición a los accidentes y una personalidad del niño accidentado, en mayor medida más ansioso, hiperactivo y agresivo que los otros [5, 25]. Varios investigadores estiman que el papel de la personalidad del niño es más importante que el de los factores psicosociales citados más arriba [1, 5, 24]. En un estudio británico efectuado con un grupo de 11 966 niños, se pudo comprobar que en los niños accidentados antes de la edad de cinco años existía una agresividad y una hiperactividad más acentuadas que en los casos testigo, lo cual tenía una función independientemente del sexo del niño, de la clase social, del hacinamiento en el hogar, del estatuto marital, así como de la edad y de los posibles disturbios psiquiátricos de la madre. La asociación entre la existencia de antecedentes de accidente y el comportamiento del niño era más estrecha que la asociación accidentes-factores sociales [5]. En el caso de las intoxicaciones, el papel de la ignorancia de las familias en cuanto a la toxicidad de los productos y el de los factores externos (ordenamiento descuidado) son secundarios en comparación con los problemas de comportamiento del niño [1], comportamiento alterado por la tensión [24] que ocasionan, especialmente, las mudanzas.

Las relaciones afectivas existentes entre el niño y sus padres desempeñan un papel importante y parece que el accidente puede ocurrir electivamente en caso de "presencia-ausencia" de los padres, cuando éstos están materialmente presentes cerca del niño pero afectivamente ausentes, ocupados en cualquier otra cosa menos en la comunicación con el niño; el accidente sería entonces una forma de llamado.

Los estudios que tienen que ver con las actitudes de las familias, en relación con la seguridad, indican que existe una extrema negligencia en este campo, especialmente en las familias más pobres [3].

De hecho, todos estos factores externos, sociales y psicológicos están íntimamente ligados y resulta claro que son las mismas familias, de un nivel cultural modesto, de pocos recursos y con una ignorancia de las reglas de seguri-

LA PREVENCIÓN DE LOS ACCIDENTES EN EL LACTANTE

La complejidad del proceso accidental tiene implicaciones para la prevención y explica la dificultad de ésta. Esta prevención está esencialmente orientada en dos direcciones: la educación-información, que intenta sobre todo mejorar los comportamientos frente a los riesgos, y las legislaciones-reglamentaciones y normas de seguridad de los productos, medidas pasivas que protegen a los sujetos expuestos a riesgos.

Las campañas de educación e información tienen muchas veces resultados decepcionantes, en la medida en la que parece muy difícil modificar los comportamientos. Un estudio hecho en Baltimore, Estados Unidos, que comparaba a un grupo de familias sometidas a un programa de educación relativo a los riesgos domésticos y a un grupo de familias testigo, demostró que después de terminado el programa no había ninguna diferencia entre los dos grupos en cuanto a la disposición de los objetos peligrosos en la casa [8]. Este tipo de campaña parece dar mejores resultados cuando se personaliza el mensaje y se ofrece a domicilio, que cuando los medios empleados son sólo carteles, fascículos o los diversos medios de comunicación masiva [6, 26].

Las acciones tipo legislación, reglamentación o normas de seguridad son más fáciles de evaluar y existen numerosos estudios que demuestran su eficacia. En Estados Unidos, un Estado federal, se pueden comparar entre sí estados que difieren en sus legislaciones, y demostrar fácilmente la eficacia de la disminución de la temperatura del agua caliente en las llaves por debajo de un punto peligroso para la piel, incluso durante un contacto breve. Los condicionamientos de seguridad para las medicinas han dado prueba de su eficacia, como lo atestigua un estudio británico relacionado con las intoxicaciones de niños menores de cinco años con aspirinas [7].

Aun cuando se perfeccionen algunas normas de seguridad, a veces decepciona la escasa utilización de los productos correspondientes. Así, un estudio británico investigó todos los motivos de no-utilización de los sistemas de retención (sillas) para los niños que viajan en automóvil [21]: son demasiado caras; el automóvil es muy viejo y la silla no se adapta; cuesta trabajo fijarla; el bebé se aburre ahí sentado; no le gusta; no es verdaderamente necesario para un trayecto corto.

De hecho, los dos enfoques preventivos son complementarios y la información y la educación pueden favorecer el respeto de los reglamentos y contribuir a la creación de un entorno más seguro. Un buen ejemplo de los éxitos obtenidos por la asociación de los dos tipos de medidas preventivas lo ofrece el programa de prevención de defenestraciones "Children can't fly" [26]. Gracias a este programa, que conjunta visitas a domicilio, una campaña de información mediante los medios de comunicación masiva y la puesta a disposición de las familias de enrejados de protección gratuitos, se obtuvo una disminución espectacular en este tipo de accidente.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Baltimore, C.L. y J.R. Meyer, "A study of storage, child behavior traits, and mother's knowledge of toxicology in 52 poisoned families and 52 comparison families", en *Pediatrics*, 1968, 42: 312-317.

[2] Barois, A., "La morbidité par accidents chez l'enfant (0-15 ans) à partir de quatre enquêtes differentes portant chacune sur une année", en *Journées Parisiennes de Pédiatrie, París, Flammarion Médecine-Sciences*, 1981, pp. 367-376.

[3] Bass, J.L. y K.A. Mehta, "Developmentally-oriented safety surveys. Reported parental and adolescent practices", en *Clin. Pediatrics*, 1980, 19: 350-356.

[4] Beaufils, F., "Les urgences pédiatriques hospitalières. Réalités en 1982", Mesa redonda de las Journées Parisiennes de Pédiatrie, 1982, París, Flammarion, Médecine-Sciences, 1982, pp. 331-375.

[5] Bijur, P., S. Steward-Brown y N. Butler, "Child behavior and accidental injury in 11 966 preschool children", en *Am. J. Dis. Child.*, 1986, 140: 487-492.

[6] Colver, A.F., P.J. Hutchinson y E.C. Judson, "Promoting children's home safety", en *Br. Med. J.*, 1982, 285: 1177-1180.

[7] Craft, A.W. y J.R. Sibert, "Accidental poisoning in children", *Br. J. of Hospital Medicine*, 1977, 17: 469-478.

[8] Dershewitz, R.A. y J.W. Williamson, "Prevention of childhood household injuries: A controlled clinical trial", en *Am. J. Publ. Health*, 1977, 67: 1148-1153.

[9] Emerick, S.J., L.R. Foster y D.T. Campbell, "Risk factors of traumatic infant death in Oregon, 1973 to 1982", en *Pediatrics*, 1986, 77: 518-522.

[10] "Fatal accidents at the preschool ages", en *Life Foundation. Statistical Bulletin*, 1982, 63: 12-15.

[11] Feldman, K.W., R.T. Schaller, J.A. Feldman y M. McMillon, "Tap water scald burns in children", en *Pediatrics*, 1978, 62: 1-7.

[12] Gallagher, S.S., K. Finiston, B. Guyer y S. Goodenough, "The incidence of injuries among 87 000 Massachusetts children and adolescents: Results of the 1980-1981 statewide childhood injury prevention program surveillance system", en *Am. J. Publ. Health*, 1985, 74: 1340-1347.

[13] Hobbs, C.J., "Skull fracture and the diagnosis of abuse", en *Arch. Dis Child.*, 1984, 59: 246-252.

[14] INSERM, *Statistique des causes médicales de décès*, 1985, París, INSERM, 1988.

[15] Jones, C.E.M. y M. Redford, "Origin of handicap in young children", en *Arch. Dis. Child.*, 1981, 56: 535-537.

[16] McClelland, C.Q. y K.G. Heipe, "Fractures in the first year of life. A diagnostic dilemma?", en *Am. J. Dis. Child.*, 1982, 136: 26-29.

[17] McCormick, M.C., S. Shapiro y H. Starfield, "Injury and its correlates among one year old children", en *Am. J. Dis. Child.*, 1981, 135: 159-163.

[18] McKay, A., J. Halpern, E. McLoughlin, J. Locke y J.D. Crawford, "A comparison of age specific burn injury rates in five Massachusetts communities", en *Am J. Publ. Health*, 1979, 69: 1146-1150.

[19] Nathan, S.B. y K.C. Condon "Accidents to children under two years" en *J. Ir. Med. Assoc.*, 1977, 70: 421-423.

[20] Pearn, J., J. Nixon, A. Ansford y A. Corcoran, "Accidental poisoning in childhood: Five year urban population study with year analysis of fatality", en *Brit. Med. J.*, 1984, 288: 44-46.

[21] Penry-Jones, K. y D.R. Boswell, "Restraint of babies in cars", en *Brit. Med. J.* 1986, 292: 591.

[22] Rivara, F.P., A.B. Bergman, J.P. Lo Gerfo y N.S. Weiss, "Epidemiology of childhood injuries II: Sex differences in injury rates", en *Am. J. Dis. Child.*, 1982, 136: 502-506.

[23] Runyan, C.N., J.B. Kotch, L.H. Margolis y P.A. Buesher, "Childhood injuries in North Carolina: A statewide analysis of hospitalizations and deaths", en *Am. J. Publ. Health*, 1985, 75: 1429-1432.

[24] Sibert, J.R., "Strees in families of children who have ingested poisons", en *Birt. Med. J.*, 1975, 3: 87-89.

[25] Sibert, J.R. y R.G. Newcombe, "Accidental ingestion of poisons and child perso-

53: 254-256.
[26] Spiegel, C.N. y F.C. Lindaman, "Children can't fly: A program to prevent childhood morbidity and mortality from window falls", en *Am. J. Publ. Health,* 1977, 67: 1143-1147.
[27] Taylor, B., J. Wadsworth y N.R. Butler, "Teenage mothering, admission to hospital and accodents during the first 5 years", en *Arch. Dis. Child.,* 1983, 58: 6-11.
[28] Turz, A., M. Crost y M.-M. Guyot, "L'hospitalisation des enfants étrangers dans la région parisienne", en *Arch. Fr. Pédiatr.,* 1983, 40: 61-67.
[29] Turz, A., "Epidemiological studes of accident morbidity in children and young people: Problems of method", en *World Health Statistics Quarterly,* 1986, 39: 257-267.
[30] Turz, A., M. Crost, M.-M. Guyot y M. Pivault, "Childhood accidents: A registration in public and private medical facilities of a french health care area", en *Public Health,* Londres, 1985, 99: 154-164.
[31] Wadsworth, J., I. Burnell, B. Taylor y N. Butler, "Family type and accidents in preschool children", en *J. Epidemiol. Comm. Health,* 1983, 37: 100-104.
[32] Wicklund, K., S. Moss y F. Frost, "Effects of maternal education, age and parity on fatal infant accidents", en *Am. J. Publ. Health,* 1984, 74: 1150-1152.

42. LA INFORMACIÓN Y LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL

NELLY LEBLANC
MICHEL SOULÉ

La dimensión psicológica de las intervenciones del personal, en todas las instituciones que reciben a niños pequeños, se ha vuelto una evidencia independientemente de cuáles sean el marco y las circunstancias. En la guardería, que recibe a niños sanos durante el trabajo de los padres, el cuidado sanitario, que predominaba cuando la mortandad infantil era una realidad social grave, ha dado lugar al cuidado de la higiene mental y al desarrollo óptimo de cada bebé. En los servicios hospitalarios (maternidades, servicios de neonatología, de pediatría), por el contrario, una tecnificación creciente de los cuidados impone la reafirmación de las necesidades psicoafectivas de las personas: niños y adultos, padres y personal asistente. Las guarderías, finalmente, ya sean de carácter sanitario o social, destacan la complejidad y las consecuencias inmediatas y lejanas, para todos, de lo que ahí se vive.

En todos los casos, el personal asistente confronta situaciones que no pueden dejarlo indiferente; mal que bien, debe hacer frente a sus propias emociones y a las de los otros participantes. Hay lugar, pues, para interrogarse acerca de los medios adecuados para proporcionarle protección y capacidad en este campo.

En principio hay que interrogar "la vocación para cuidar a un niño pequeño" [4] independientemente de la especialidad elegida: médico, puericultora, auxiliar de puericultora, educador de los niños pequeños; esta elección compromete íntegramente a la persona. Nosotros nos restringiremos aquí al personal que está más directamente en contacto con los niños (enfermeras, puericultoras, auxiliares, educadores), quienes tienen a los niños "en sus manos" día tras día. Ningún cuidado relacionado con las necesidades vitales del niño puede ser aislado de quien lo proporciona, ya sea en circunstancias comunes (maternidad, guarda de día en guardería colectiva o con una asistente de maternidad) o excepcionales: hospitalización más o menos precoz (neonatología), durable y de pronóstico más o menos grave.

Pongamos de relieve algunas características de la posición de este personal: 1] opera como tercero en relación con la familia; 2] su técnica profesional mediatiza su relación con el niño y la orienta en función de sus propias contra-actitudes, en el sentido de la dramatización o del dominio operatorio, con lo que en este caso corre el riesgo de esterilizar los intercambios; 3] debe poder conservar, en sí mismo, la representación de un niño completo, anima-

do de impulsos, con el cual se puede comunicar en todos los planos de su propia vida psíquica, sin limitarse a la percepción de un niño "objeto de cuidados"; 4] sin embargo, la riqueza de los intercambios reales y fantasmáticos entre el asistente y el niño, puede verse restringida a causa del sentimiento de culpa del asistente frente a los padres. Este sentimiento puede estar ligado a la emergencia del vínculo con el niño y con el miedo a seducirlo. También puede surgir de la rivalidad potencial, del hecho del saber profesional. Una buena parte de este personal se encuentra desde muy joven en esta posición, sin haber vivido una experiencia personal con sus propios hijos, y en consecuencia sin conocimiento íntimo de la ambivalencia parental. Corren el riesgo de utilizar su práctica de un modo defensivo y rígido.

Ese fondo emocional en marcha durante la actividad profesional del asistente es garantía de la vida psíquica misma, a condición de que no se le ignore o niegue, sino al contrario, que se reflexione en él y se le utilice como factor de enriquecimiento profesional y personal, individual y colectivo. Aquí interviene la responsabilidad de los miembros de la institución, vigilante, médico, interesado psicológico con respecto al personal asistente y, por medio de ellos, con respecto a los niños y sus familiares. La evocación de la complejidad psíquica del trabajo de los asistentes de niños pequeños muestra hasta qué punto son "asistentes con riesgos", debido al compromiso total requerido por su práctica profesional.

ALGUNAS SITUACIONES CONCRETAS

La guardería

Cada tipo de institución, según su finalidad y sus restricciones propias, exige de estos asistentes una conciencia y ciertos enfoques específicos de las situaciones psicológicas. La admisión en la guardería colectiva puede parecer una experiencia muy anodina comparada con las situaciones dramáticas de una hospitalización. Sin embargo, sabemos hasta qué punto esta primera separación del bebé de su madre, con frecuencia primípara, puede comprometer el futuro de su relación y la salud psíquica del niño. Frente a la angustia de separación, los asistentes están en una posición delicada, entre el niño y sus padres, ya que su intervención está tan fraccionada (el día) como es repetida. Los auxiliares y educadoras de niños pequeños deben realizar un equilibrio siempre precario entre la necesaria estabilidad de su vínculo con el niño y el mantenimiento de una distancia óptima que dé a los padres su lugar. Cada auxiliar está encargado de un grupo de cinco o seis bebés y de las relaciones cotidianas con sus padres. Se ve obligado así a responder a las necesidades de estos diferentes niños, según la personalidad de cada uno, pero también a adaptar su relación a cada madre y/o padre en función de las

personas y de las características sociales de las familias. La franja poblacional que emplea la guardería ofrece siempre una gran diversidad sociocultural y, en algunos barrios, una verdadera patología social que requiere una comprensión y un trato particulares. Los asistentes confrontan directamente así modos de funcionamiento familiares y parentales a veces muy alejados de sus propias normas, lo que desencadena contra-actitudes muy fuertes. Si, por el contrario, algunos confrontan situaciones que evocan elementos dolorosos pasados o actuales de su propia historia, hay ahí un riesgo de descompensación perjudicial para todos.

Otro tipo de guardería (la pouponnière) *

Aunque el trabajo en la *pouponnière* [1, 2] ofrece algunas similitudes con el de la guardería, se aleja sin embargo notablemente de ella en el sentido de que aumentan sus dificultades. Los niños viven aquí de tiempo completo después de haber llegado muchas veces sin preparación, por ausencia de sus padres. La duración en la estancia no es previsible. Todo esto hace que, para unos y otros, resulte aleatoria la posibilidad de crear una relación personal. Cuando se establece un vínculo, es sometido a fluctuaciones en la evaluación de la situación del niño. Según ésta y su desarrollo, se considerará el *statu quo* provisional, un lugar familiar o el regreso con su familia. Esta familia, precisamente, ha sido puesta en tela de juicio: sus fallas (sociales, mentales) han justificado este internamiento del niño o niña. ¿Cómo van a ubicarse los asistentes, puestos en situación de "reparar" el daño, en sus encuentros con los padres impedidos por diversas razones para ejercer su función? ¿Cómo proteger a los asistentes al mismo tiempo que ayudarlos a garantizar el cuidado y apoyo de los niños y sus familias?

La hospitalización

La hospitalización puede surgir muy precozmente, desde el nacimiento, en neonatología y en caso de prematuridad o de desamparo vital (cf. cap. 37) [3, 6, 7, 8].

Los padres, además del choque de la separación inesperada (ésta sobreviene a veces antes de que la madre haya visto a su bebé), sufren desde el principio, por añadidura, la angustia de muerte, independientemente de cuál sea el estado objetivo de salud del niño e incluso si éste permanece simplemente en un servicio llamado de crianza. Es esta angustia de los padres y sus manifestaciones lo que debe enfrentar el asistente; llantos agobiantes,

* Este tipo de guarderías no existe en México ni, por lo que sabemos, que no es mucho, en América Latina. [T.]

exigencias, recriminaciones, todo puede interpretarse como ataques personales que desencadenan contra-reacciones más o menos fuertes: huida o agresividad, y quizá nostalgia de un tiempo cuando los padres no eran admitidos en el servicio y dejaban a todos bien tranquilos para hacer su trabajo.

Si el estado del niño es más severo y necesita ser admitido en reanimación, el problema de su muerte o de su vida se ve planteado desde el inicio. ¿Las técnicas de reanimación van a permitir la supervivencia, y en qué condiciones? Mientras mejor sea la técnica se salva a más bebés muy prematuros y de poco peso, pero ¿a qué precio? El pasaje a la cronicidad y la evaluación de la invalidez son otros tantos factores que deben considerarse en la reflexión de los equipos a propósito del niño. ¿Qué tipo de vida será mantenido en el caso de una evaluación optimista? Sería muy comprensible retroceder ante la decisión de detener la reanimación. La muerte de un niño, muerte pasiva o activa, ya sea que se produzca de modo natural o se deba a la decisión médica, representa siempre una tensión para los asistentes y provoca un sentimiento de fracaso, de culpa, un duelo. En estas condiciones tan agobiantes, cuidar a bebés tan amenazados, a veces con deformaciones impresionantes, representa una tarea difícil para los asistentes, a pesar de sus cualidades profesionales. ¿Cómo conservar una imagen positiva de sí mismo? ¿Cómo crear un vínculo con estos bebés? ¿Cómo protegerse de la pérdida?

Un caso particular: los "bebés-burbuja" [9]

La necesidad de preparar la organización de un servicio en función de una patología especial (déficit inmunitario congénito profundo) ha dirigido la reflexión de un equipo en función de varios ejes: 1] el establecimiento de una representación común, en el seno del equipo asistente, de las necesidades de un lactante, y la definición de los riesgos de carencia, con sus consecuencias respecto del desarrollo mental del niño; 2] la sensibilización de todos a las reacciones de los padres de un niño gravemente amenazado y hospitalizado; 3] las disposiciones prácticas referentes a los lugares, que deben hacerse más confortables y agradables, al igual que los horarios del personal. La supresión de uno de los tres equipos cotidianos intenta favorecer las relaciones continuas e individualizadas con cada niño y su familia, así como la comunicación dentro del servicio; los asistentes de día y de noche participan activamente en las reuniones médicas y se toman en cuenta las observaciones de todos: 4] finalmente, por decisión médica, la duración de los esfuerzos terapéuticos ha sido limitada a un periodo que va de los nueve a los doce meses.

Todas estas medidas, orientadas en primer lugar hacia los niños y sus familias, son también portadoras de apoyo para todos los asistentes. Además de los nuevos conocimientos adquiridos durante las elaboraciones en común, el nuevo funcionamiento modifica considerablemente la vivencia profesional de cada uno: los asistentes de noche ya no se ven aislados de las informaciones médicas y se las valoriza. Existe para todos más comunicación y conocimientos recíprocos, así como participación en la vida del servicio. El reconocimiento y la valorización de la función y del trabajo de cada uno permiten a los asistentes comprender y soportar el sufrimiento de los padres y su emergencia en los diversos mecanismos de defensa, sin sentirse demasiado atacados y sin incriminar a las madres cuando todo va mal y desaparece la esperanza terapéutica. El apoyo colectivo frente al luto, anticipado o actual, y ante el riesgo de depresión del asistente, establecido en una organización como ésta, es una responsabilidad de importancia para los vigilantes, los médicos y los participantes psicológicos.

INFORMACIÓN Y CAPACITACIÓN

Información y capacitación constituyen dos enfoques por lo general conjuntos.

La primera tiene un carácter intelectual más acentuado. Es relativamente fácil mantenerse a distancia, sustraerse o protegerse de ella por medio de los mecanismos de defensa, sobre todo cuando ésta afecta un sector psicológico sensible, extraño a la estricta práctica profesional de los asistentes o futuros asistentes. La segunda implica más a quien es objeto de tal capacitación. Busca una modificación interior susceptible de provocar un cambio real en la percepción del otro y de su vivencia. La consideración y utilización reflexiva de las propias emociones dentro de la situación constituirá para el asistente un instrumento de esta nueva capacidad.

Aunque hay algo de artificial en la separación demasiado tajante entre información y capacitación, es posible señalar que cada una predomina en un momento determinado: la información durante los estudios y la capacitación en el terreno, a lo largo de la práctica profesional. Veamos cómo pueden aplicarse estas dos fases completándose mutuamente.

Los estudios

En el transcurso de sus estudios, el estudiante recibe abundante información y nuevas experiencias que debe asimilar intelectual y emocionalmente. Verse enfrentado a la realidad de una profesión hasta ese entonces más o menos imaginada, e incluso idealizada, no es algo siempre fácil, sobre todo cuando esta elección —los cuidados a los niños pequeños— es hecha demasiado pronto por jóvenes muchachas todavía cercanas a las identificaciones y conflictos de la infancia, como sucede con las auxiliares de puericultura.

Los cursos destinados a los futuros asistentes, hombres y mujeres, de niños pequeños se limitan de entrada a indicaciones acerca de la cronología

del desarrollo psicomotor. Una aportación mucho mayor se juzga ahora indispensable y generalmente se lleva a cabo. La enseñanza aborda una variedad de temas:

- historia de la evolución del lugar del niño en nuestra sociedad; percepciones comparativas con otras culturas;
- el embarazo y el parto: evolución de las ideas y las prácticas, vivencia maternal y parental, vivencia del niño; interacciones reales y fantasmáticas; capacidades del recién nacido;
- desarrollo psicológico normal del lactante y del niño pequeño: las grandes etapas del desarrollo psicomotor; los mecanismos y fuerzas subyacentes, en particular los afectos y el juego relacional con el entorno como estímulo o freno;
- psicopatología del niño pequeño, ligada a aquellos mecanismos del desarrollo normal y a las interacciones psicosomáticas del lactante;
- los diferentes medios en los que vive el niño y el lugar del personal frente al niño y su familia; reflexión sobre sí mismo en tanto que interesado profesional exterior a la familia y en un papel de ayuda o de intrusión;
- la comunicación no verbal y verbal entre los diversos asociados niños y adultos; valor de las palabras; lo dicho y lo no dicho;
- el trabajo en equipos pluridisciplinarios; repartición de los papeles y de las funciones en relación con el niño y su familia; distribución de la información y secreto profesional (dentro de la institución y de una institución a otra); respeto al niño y a su familia.

La eficacia del curso se incrementará si pueden tomarse en cuenta ciertos manejos prácticos. La información debe ser común a las diferentes profesiones destinadas a cuidar a los niños pequeños y a colaborar en el terreno: auxiliares de puericultura, educadores, puericultoras, asistentes sociales, etc. El lenguaje empleado debe ser accesible a todos: los términos técnicos demasiado numerosos y herméticos, además de ser obstáculos para la comprensión, son un pretexto para las resistencias que traen consigo el rechazo absoluto a la información. Los cursos deben despertar la curiosidad y la reflexión, y estar dirigidos hacia una percepción concreta de lo que se expone; para eso son necesarios documentos audiovisuales y pláticas. Finalmente, para que la información sea creíble y utilizable, es preferible tener en cuenta las características del auditorio: nivel de estudios de base, recurso más o menos habitual al libro y condiciones prácticas para el ejercicio de la futura profesión.

Los cursillos ponen a los alumnos en contacto, a veces brutal, con los diferentes servicios en los que podrían trabajar más adelante. Esto permite con frecuencia el reconocimiento de lo que cada uno puede soportar o no: niños sanos o enfermos, problemas sociales... En algunos casos, las motivaciones neuróticas estallan en la fascinación o en la huida frente a situaciones precisas, como el abandono, la enfermedad grave o la muerte, y conducen al examen acerca de la persistencia en una tal elección.

Durante dichos cursillos el conocimiento de la profesión se desarrolla en dirección de los niños que hay que cuidar, así como de los adultos, los colegas y las familias. La observación sistemática del niño es una técnica codificada de recaudación de datos escritos referentes a su comportamiento durante una duración determinada. Estos datos deben luego ser objeto de una reflexión y de un intento de comprensión de este niño y de su vivencia, en el momento de la observación. Es un entrenamiento para la percepción sutil de las señales emitidas por el niño: gestos, posturas, mímicas, vocalización, y para su comprensión; es también a partir del análisis de estos datos como uno puede aprender a distinguir sus propias proyecciones y a volverse prudente en sus interpretaciones.

La observación de la vida institucional, la participación en las reuniones de servicio, permiten la reflexión respecto del funcionamiento y los disfuncionamientos de un equipo, del lugar de cada uno según su función y su estatuto profesional, y constituyen una condición útil para la inserción futura en la vida activa.

Estas diversas informaciones psicológicas reunidas durante los cursillos deben ser asociadas con el contenido de los cursos y elaboradas en el marco escolar, después de haberlo sido en el terreno con los diferentes interesados responsables del servicio. Desde luego, el aflujo de todos estos nuevos conocimientos psicológicos no puede dejar intactos a aquellos que están expuestos a ellos, pero la verdadera integración sólo se hará poco a poco, en la práctica, vivida con sus dificultades y sus enfrentamientos cotidianos, siempre que la formación continua y recíproca de los miembros del equipo se reconozca como una de las tareas de la institución.

La práctica profesional

La verdadera formación comienza después del diplomado, en el ejercicio de la responsabilidad profesional. La información sigue naturalmente presente, individual o colectiva, pero la parte de elaboración es mayor y sin duda más intrincada en la vida cotidiana, alimentada por los intercambios ordinarios con las familias, los niños y los colegas. Para el personal responsable de los cuidados de los niños pequeños, la información individual continúa pasando del entrenamiento a la observación de los bebés que le son confiados. La observación conjunta del médico y del psicólogo, y los intercambios que esto provoca, llaman la atención acerca de hechos a veces demasiado corrientes en su permanencia o en su repetición y que el personal no percibe, concentrado como está en su propia técnica.

La enfermera da el biberón a un bebé prematuro en su incubadora. Lo toma soste-

niéndolo por la nuca. Atenta a la succión, no ve la incomodidad del niño, volcado hacia atrás y buscando encontrar un apoyo para sus talones. Alguien que no esté comprometido con la acción puede señalarle los esfuerzos que hace el bebé y su incidencia en el desarrollo de la alimentación.

Al llamar la atención respecto de los puños del bebé durante la acción, primero muy cerrados y luego relajados una vez que satisfizo su hambre, la boca va a soltar el biberón (o los movimientos rítmicos de apertura y cierre de los puños, que acompañan a la succión), es posible hablar de necesidad de asidero y de las capacidades del recién nacido.

El entrenamiento para la observación, sostenido con los comentarios del psicólogo, conduce al placer del descubrimiento y de la comprensión de las manifestaciones del bebé. Hay un inicio de distanciamiento de las reacciones emocionales no elaboradas del adulto. El esfuerzo de comprensión intelectual de las señales emitidas y el movimiento de identificación con el niño permiten ser creativo y encontrar la manera de ayudar al niño o a la madre y al niño.

En la guardería se confía a un auxiliar un nuevo bebé de dos meses y medio, Michel, admitido como medida de seguridad: su madre no alcanza a percibir las necesidades del niño y a satisfacerlas a tiempo. Michel empieza los biberones con apetito y, de repente, se debate y los rechaza. La observación del tipo de agitación del niño, asociada a la escucha de su madre, llevan a la auxiliar a pensar que el bebé ha debido de afrontar un aflujo de leche demasiado rápido y asfixiante. Busca con precisión el caudal exacto del biberón capaz de satisfacer al niño sin atemorizarlo y éste pierde sus reacciones de pánico.

Este tipo de experiencia permite al personal asir el vínculo entre la calidad de los cuidados psíquicos y las bases de la salud mental.

La observación de los adultos y sus conductas, en la situación real e inevitable vivida en el servicio (hospitalización, separación), lleva a una primera identificación de los problemas psicológicos de los padres. El personal aprende que estas reacciones, incluso sorprendentes o desagradables, no se dirigen hacia él o ella en tanto individuo sino que son inherentes a la situación y a las emociones que ésta desencadena. Adquiere también conciencia de sus contrarreacciones y de los malentendidos que no dejan de surgir y hacen imposible cualquier verdadera comunicación.

Noemí, de tres meses, es admitida en la guardería, Gisèle, la auxiliar, se prepara a recibir con simpatía a la madre y a su bebé. Ella espera que se aprecien sus buenas disposiciones pero se encuentra confrontada con una mujer, la madre de Noemí, que mantiene celosamente a su bebé en su regazo y que sólo responde con monosílabos a los intentos de conversación, sin mirar a la auxiliar.

La reacción común sería desentenderse de la relación: despecho, rechazo, juicio "una madre imposible". Aquí, el auxiliar está en posición de poder identificar la angustia de la madre y su dificultad para separarse de su bebé sin sentirse personalmente agredida. Va a buscar otro modo de acercamiento. En este caso, el contacto ha

sido establecido debido a la evocación de sus hijos respectivos, pues la auxiliar y la madre tienen cada una un niño de la misma edad fuera de la guardería.

El vínculo es entonces posible a condición de ponerse en lugar del otro. Constituye una base de encuentro, un convenio. No se puede "compartir" a Noemí por el momento; sin embargo es posible compartir de otro modo. Se comparten, también, el recuento de la auxiliar a la psicóloga y los comentarios de ésta. A partir del reconocimiento de la angustia materna, la auxiliar actúa intuitivamente buscando un tema de conversación más neutro que el bebé. También recibe información complementaria de la psicóloga, quien subraya la eficacia del mecanismo para el distanciamiento.

Es indispensable tener tiempo para reunirse, con el fin de que la información sea compartida y circule lo mejor posible en el grupo de asistentes y psicólogos. La información relativa a la vida del servicio es tanto más importante cuanto que los periodos de presencia de cada uno están divididos (por ejemplo dos días de trabajo, dos días de reposo), y porque es necesario volver a dar a todos una representación continua de lo que se ha vivido en el periodo; de otro modo, cada uno depende de una visión-comprensión parcelada de tal niño y de tal familia, haciendo un juicio apresurado. El hecho de compartir las observaciones y las experiencias de varios integrantes del equipo con una familia lleva a relativizar las primeras impresiones y produce mayor prudencia en los juicios e intervenciones. Otro tipo de información es también útil: aquella que evoca, sin motivo u ocasión, la emisión de radio o televisión, el artículo de revista, la publicidad que aborda de cerca o de lejos las realidades y preocupaciones profesionales: el embarazo, el nacimiento, las funciones masculina y femenina, la manera de ocuparse de un bebé... Esta información no "científica", suscita intercambios espontáneos por medio de asociaciones y permite con frecuencia tender un puente entre la esfera profesional, a veces como un mundo especial, fuera de la vida corriente, y el mundo exterior. El apoyo trivial de estos intercambios elimina las inhibiciones de una parte del personal que no siempre se siente capaz de externar su opinión. Además, cada quien se encuentra, un día u otro, en la situación de informar al grupo señalándole alguna cosa. En un registro más científico, es importante indicar al grupo los acontecimientos: conferencias, películas, encuentros, reuniones a puertas abiertas que tienen lugar en la institución o en su área geográfica, y a las que pueden acceder los miembros del grupo. Esto atenúa el aislamiento, mental y físico, frecuente de un servicio a otro. Luchar contra el confinamiento siempre posible y hacer circular el aire de fuera es una necesidad permanente. Las oportunidades para informarse fuera del servicio serán favorecidas materialmente por la organización del trabajo y los remplazos, con tal de limitar las resistencias ("Quisiera ir, pero debo quedarme con los bebés", y darán lugar, posteriormente, a una agrupación y a una conversación en conjunto. La reciprocidad de estos intercambios es fundamental.

Se entiende que en esto no hay ningún carácter formal. Es un proceso que

se inscribe en la trama de las preocupaciones cotidianas, al mismo tiempo busca ampliar el horizonte de cada uno luchando contra el enclaustramiento y las resistencias a la información y al cambio. Es frecuente que el personal de un tipo de institución rechace una práctica determinada e incluso se oponga a hablar de ella con el pretexto de que proviene de otra institución (guardería o *pouponnière,* servicio hospitalario o internamiento familiar). Aceptar consideraciones y reflexiones constituye ya una apertura.

Regresemos, ahora, a la acción formadora. Ya hemos mencionado el fin específico de la formación, una transformación del pensamiento y de la experiencia que produzca modificaciones durables: se llega a saber algo que hasta entonces no se había asimilado, comprendido. Las circunstancias más triviales de la vida de un servicio o de una institución pueden dar pie a un perfeccionamiento en la formación psicológica de los asistentes siempre que ésta sea objeto de una reflexión común, reflexión que tome en cuenta las reacciones emocionales de los interesados. La emergencia de un afecto intenso, la identificación o contrarreacción en relación con un bebé, un padre o un colega, analizados por el psicólogo pueden dar lugar a la reflexión. El choque emocional trae recuerdos, asociaciones que serán empleadas como base de elaboración de la vivencia actual. Los elementos personales revelados en estas circunstancias deben ser, desde luego, analizados con prudencia y dentro del estricto marco profesional en vista de una mayor eficacia. Esto puede ocurrir al pie de la cama de un niño, durante una curación, al traer a cuento el comportamiento de uno de los padres de un colega; este intercambio seguirá siendo por lo general privado, pero constituirá quizá para el futuro una referencia en la práctica profesional del asistente. Pero la formación puede también tener lugar en el transcurso de una reunión.

En la guardería, los auxiliares de puericultura se quejan de la falta de confianza de las madres en lo que a ellos toca. Se hizo por ello una reunión de servicio con cuatro auxiliares y la psicóloga. Se habló de las madres y de sus dudas: la señora X. plantea la misma pregunta, en la noche o de un día para otro, a muchas personas acerca de su niño: "¿Comió bien?" El personal, ansioso, compara las diversas respuestas proporcionadas: ¿concuerdan? ¿sí? ¿hay alivio, no?, se sopesan los matices, se hacen reproches y se obtiene un unísono: "esta madre no nos tiene confianza".

Todas las jóvenes madres presentes tienen niños ellas mismas, educados en la guardería por una colega o fuera de ella con la abuela o una ayudante de maternidad. De repente una de ellas confiesa un "mal pensamiento" del fin de semana: "¿Solange, la colega, pensó bien en el medicamento de su niño?" Sin embargo ella se lleva bien con su colega y le tiene confianza, pero esto no excluye la duda. Cada una de ellas aporta un recuerdo de esta índole, y se puede hacer el vínculo con la madre incriminada y sus inquietudes, sus dudas, que no excluyen la confianza.

El recuerdo de esta conversación podrá ser evocado como un resumen de la reflexión cuando se vuelva a presentar el mismo propósito. Es una conquista del equipo.

Hay en el servicio un bebé con labio leporino. Esta malformación visible desencadena reacciones diversas en las jóvenes enfermeras, algunas de las cuales sólo pueden acercarse y atender al niño con dificultad. La conversación permite a cada una expresar sus miedos e inhibiciones a este propósito: se evocan otros tipos de impedimento comparativamente y algunas asistentes formulan también su atracción por algún niño, del que sin embargo huyen otros miembros del personal. Se anuncian y critican las proyecciones que están en juego. Quizá se desemboque en una comprobación práctica: alguna de ellas no puede –por el momento– cuidar a este u otro niño y se escucharán sus razones. O bien, aquella otra reacción una vez debatida podrá atenuarse, cuando se haya superado la resistencia.

Los miembros del grupo han adquirido conciencia durante esta conversación del abanico de reacciones posibles en una circunstancia determinada, pues cada una de ellas es legítima para quien la experimenta. Surge a la luz un principio de descentración y de capacidad para admitir, sin juicios de valor, las conductas del otro con una cierta neutralidad. Estos intercambios entre el personal y el psicólogo, en un marco neutro, en el que por un tiempo la jerarquía, ya sea que esté presente o ausente, no se manifieste como tal, producen varios efectos: la conscientización de la diversidad de las reacciones ante una situación determinada y la legitimidad de todas ellas; aprender a aplazar sus juicios, sabiendo que faltan sin duda elementos de evaluación; adquirir nuevos medios para hacer frente a los comportamientos, a veces hirientes, de las familias, mediante una mejor localización de la angustia y el reconocimiento de sus propias contrarreacciones.

Este trabajo de reflexión conjunta entre asistentes y psicóloga gana en eficacia con el tiempo, la confianza y la conciencia de aquello que ya fue adquirido y almacenado en común. El recuerdo de estas experiencias pasadas constituye una base para las reflexiones ulteriores.

Otra forma de ayuda pueden aportarla las entrevistas conjuntas entre los asistentes y la psicóloga con las familias. Se trata de entrevistas sistemáticas establecidas en la situación de hospitalización de un recién nacido. Tienen como objetivo facilitar al personal el trato con la familia y la identificación de sus problemas frente a la institución. Dan lugar a intercambios con el equipo, antes o después, para recabar sus emociones y metabolizar los impactos de la misma.

En definitiva, resulta claro que este trabajo de formación implica siempre, en una u otra forma, que se tomen en consideración las emociones de todos y su utilización en un avance reflexivo, capaz de evitar las contrarreacciones brutales y nocivas. Así, aunque diferentes en sus modalidades, la información y la formación están generalmente ligadas. Sus procesos particulares hacen posible un distanciamiento de la carga emocional inherente al trabajo de los asistentes de niños pequeños, en su relación con el bebé y su familia: distanciamiento intelectual que se esfuerza por comprender los mensajes; distanciamiento emocional para distinguir las reacciones propias de las de

los demás. Paradójicamente, este distanciamiento da lugar a una comprensión y a intercambios de mejor calidad; al mismo tiempo el personal, mejor protegido contra los choques emocionales no mediatizados, se siente más capacitado.

Para el personal, esta formación psicológica es la condición indispensable de toda actitud (acción) preventiva en materia de higiene mental.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Appell, G. y M. David, "Facteurs de carences affectives dans une pouponnière", en *Psychiatrie de l'Enfant,* 1962, IV, 2.
[2] Appell, G., "L'erradication de la carence en collectivité", en *Les soignants à risques,* París, ESF, 1986.
[3] Druon, C., "Intervenants psychologiques dans une service de néo-natologie", en *Les soignants à risques,* París, ESF, 1986.
[4] Ody, M., "La vocation à soigner un petit enfant", en *Les soignants à risques,* París, ESF, 1986.
[5] Pissaro, B. y S. Lebovici, "Formation des professionnels de la santé", en *L'enfant et sa santé,* París, Doin, 1987.
[6] Soulé, M., "L'évolution du rôle des soignants de junes enfants", en *Les soignants à risques,* París, ESF, 1986.
[7] Soulé, M., "L'équipe de néo-natologie et son dilemme: la vie on la mort", en *Les soignants à risques,* París, ESF, 1986.
[8] Voyer, M., "Les soignants à risques vus par le néo-natologiste", en *Les soignants à risques,* París, ESF, 1986.
[9] Weil-Halpern, F., D. Rapoport y G. Griscelli, "Les bébés-bulles", en *La Psychiatrie de l'Enfant,* 1981, XXIV, I.

43. LAS MADRES Y LOS BEBÉS DESPUÉS DE UNA MUERTE EN LA FAMILIA

FRANÇOISE MOLENAT
JOËL ROY

Muerte y nacimiento se han disociado progresivamente gracias al avance técnico que ha vuelto ínfima la mortandad de las madres y escasa la mortandad perinatal (12% en Francia). Pero la sensación de muerte sigue estando presente en las mujeres y en los profesionales de la salud, por una parte porque persiste el riesgo de que nazca un niño particularmente vulnerable, pero también porque todo nacimiento implica un trastorno emocional, en el que los procesos psíquicos de pérdida desempeñan un papel importante debido a las mismas modificaciones de identidad que implica el acceso a la parentalidad.

Esta "pérdida" en el sentido psíquico se expresa en las clásicas manifestaciones de la depresión de *post-partum,* que los autores asocian a la dimensión narcisista del embarazo, completitud que el niño viene a separar con su realidad. Ese momento depresivo, en general breve, puede prolongarse en algunas mujeres, en particular si se ven frenadas en sus intercambios con el niño debido a una falla orgánica o a su propia vulnerabilidad.

Los disturbios psicosomáticos del niño pequeño en su primer año, en particular las manifestaciones alimentarias, pueden provocar una depresión materna con frecuencia disfrazada de fatiga o dolores...

NACIMIENTO Y DUELO

El deceso de alguien cercano en el momento de un nacimiento corre el riesgo de entrar en resonancia con los procesos normales de acceso a la "maternidad", según modalidades que no han sido estudiadas de modo riguroso en estos últimos tiempos. El trabajo de duelo, con sus etapas clásicas (según Bowlby: impresión, incredulidad y búsqueda dolorosa, desorganización, reorganización) interfiere con la recomposición intensa de la identidad de la mujer que espera un niño. Las modalidades de duelo y su identidad ponen en juego la calidad de los vínculos con la persona muerta y la personalidad de la madre. Freud ha descrito el duelo como algo patológico cuando el lugar del objeto perdido, pleno de ambivalencia, suscita autorreproches [4].

Por otra parte, las pérdidas sufridas en otro registro que no sea el de la

muerte real pueden producir reacciones que se asemejan al trabajo de duelo: así, la llegada de un niño enfermo o una histerectomía en la madre tras un parto hemorrágico provocan una pérdida narcisista que puede frenar la investidura del niño. Todo retardo en el apego puede a su vez desencadenar en la madre un sentimiento de culpa y una sobreprotección del niño.

La noción del niño(a) de remplazo ha sido descrita con más exactitud por los clínicos, alertados por los disturbios de la identidad en el niño, cuya llegada funciona como una negación de la pérdida de un ser querido. "El niño que remplaza" permite así a los padres ahorrarse un trabajo de duelo que los pondría a ellos mismos en peligro [2]. En esta óptica, sin por eso extraer una significación unívoca, la coincidencia de fechas que señalan muertes y nacimientos ha sido descrita por varios autores. Al mismo tiempo, el rebrote libidinal posterior a un deceso es también clásico (frecuencia de nacimientos consecutivos a la pérdida de alguien cercano).

MUERTE PERINATAL

Los estudios más precisos referentes a las consecuencias de una muerte en la familia son los relacionados con la muerte perinatal [1, 2, 7]. Su carácter con gran frecuencia inesperado y la irrupción súbita en el lugar y sitio oportunos de un nacimiento, la hacen tanto más desagradable. Lewis la describe como la pérdida del "bebé exterior" que duplica la pérdida del "bebé interior" concomitante al nacimiento. Bourne insiste en el vacío, el "no suceso", que se acerca quizá al "no experimentado" descrito por Winnicott.

Estos autores insisten en la importancia de crear recuerdos para evitar la idealización del niño muerto, lo cual podría tener consecuencias nefastas en la relación con los niños siguientes. Señalan inquietos el conflicto potencial, si un embarazo se produce muy rápidamente, entre el duelo del niño muerto y la investidura del niño por venir. También han estudiado particularmente las reacciones de los médicos en la muerte perinatal y subrayan la elusión de los asistentes frente a esta realidad clínica. La función más general de la red de apoyo, y particularmente del consorte, puede desviar la evolución del duelo. Todos los autores describen la dificultad de las parejas, y particularmente de las madres, de compartir este momento doloroso. El aislamiento que de ello se deriva podría favorecer disturbios psiquiátricos ulteriores.

EMBARAZO Y VULNERABILIDAD

Un embarazo con riesgo médico puede ser un elemento suplementario de vulnerabilidad para los padres y debe ser evaluado de manera prospectiva

[5, 6]. El interés actual por este tipo de investigaciones se apoya en elementos de naturaleza diferente: por una parte, los clínicos buscan despejar, por medio del estudio de las diferentes etapas del proceso de reproducción, factores predictivos de posibles perturbaciones relacionales, y sensibilizar a los profesionales de la salud en cuanto a la prevención de estos disturbios. Por otra parte, la muerte del niño pequeño, cada vez más rara, se ha vuelto también más escandalosa, recordándonos que vida y muerte es algo que escapa a padres y médicos, a pesar de un aparente control técnico. Ahora bien, la medicalización del nacimiento pone a los equipos en un lugar de preponderancia y con frecuencia deben afrontar las emociones de las familias en el momento en que su técnica habitual ya no es operativa. Este papel de acompañamiento para el que no están preparados requiere de una reflexión en la formación médica. Los equipos psicológicos estudian igualmente la influencia que tiene la muerte súbita del lactante en el niño siguiente.

EL DESARROLLO DEL EMBARAZO DESPUÉS DE UNA MUERTE PERINATAL (MUERTE *IN UTERO*, DURANTE EL NACIMIENTO O DURANTE LOS PRIMEROS DÍAS)

El sufrimiento psíquico de las mujeres, y con frecuencia de su consorte, domina la experiencia del embarazo. Ésta no se reduce a la ansiedad lógica que acompaña los embarazos "con riesgo". La intensidad de esto es variable según las mujeres y persiste hasta el nacimiento, aun si el apogeo ha sido señalado por los médicos en el momento que corresponde al aniversario del accidente (en caso de una muerte *in utero* anterior) [8].

En algunas mujeres, la angustia invade todo el campo de la conciencia y va acompañada por el miedo a "perderse" psíquicamente, a volverse locas. No expresan todo su sufrimiento y un estado de relativo anonadamiento es un signo particularmente alarmante de esto. Otras no son invadidas por la angustia pero manifiestan una intensa emoción al evocar el parto precedente y el próximo. No obstante, la posibilidad de hablar de aquello por lo que han pasado, y de sus emociones en el transcurso del embarazo siguiente, se percibe como un motivo para compartir, para obtener un reconocimiento que es fuente de una mayor seguridad.

Numerosas parejas inician rápidamente otro embarazo tras la pérdida de un niño, pero con frecuencia respetan, cuando lo reciben, el consejo de esperar. La cercanía de los dos embarazos no parece modificar el nivel de sufrimiento durante el segundo embarazo. En cambio, las mujeres que esperan un mejor embarazo y la posibilidad de olvidar son sorprendidas por la angustia que por lo general surge muy rápidamente. Algunas describen *après coup* este embarazo como un "infierno" más extenuante que el momento mismo de la muerte del niño. La ausencia de placer del embarazo es lo más común. En efecto, la percepción de la realidad del niño por llegar es precisa

pero con mucha frecuencia desprovista de placer: los movimientos fetales y las imágenes ecográficas son acechados y tranquilizan a la madre, salvo en caso de angustia extrema. La imposición de la realidad del embarazo, a veces evocado como algo desagradable, contrasta con la pobreza fantasmática. Algunas mujeres sólo pueden imaginar al niño muerto. La mayoría no ha preparado nada para el nacimiento. El parto se erige como el momento clave antes del cual cualquier imaginería se vuelve peligrosa y hace referencia al embarazo precedente: "De tanto imaginar, la caída ha sido terrible", dijo una mujer. El sexo del niño importa poco, salvo como posibilidad para introducir una diferencia activamente buscada con el niño muerto. En general, la riqueza o la pobreza de las representaciones del niño futuro está relacionada con el grado de sufrimiento de las mujeres. En cambio, se imaginan fácilmente a sí mismas como madres, a menos de que el derrumbamiento consecutivo a la pérdida del niño las haya estremecido en lo más profundo de sus identificaciones maternas.

El ambiente familiar es casi siempre ineficaz para apoyar a la mujer. El consorte mismo es a veces testigo impotente de un sufrimiento que lo afecta de otro modo. El silencio acerca del accidente no es raro en las parejas y puede proseguirse durante el embarazo ulterior. "Este miedo, no se comparte" se oye decir. Las mujeres se acercan poco a su madre, protegiéndose de un movimiento regresivo que amenazaría confundirlas a ellas mismas con el niño muerto.

Es frecuente la impresión de haber sido abandonada por el equipo médico en la época del accidente. El aislamiento experimentado acrecienta considerablemente la impresión de muerte y de desvalorización: "Uno ya no era nada, me decían que ya no había nada qué hacer, uno ya no era un caso interesante." El silencio y la huida no son evocados por los padres como señal de una emoción en el médico, sino que al contrario ahondan la herida narcisista, en tanto que el propio médico se siente conmovido e inútil, aunque no sepa que su sola presencia haría que esta mujer se sintiera viva.

En este contexto, las llamadas al médico se incrementan con el segundo embarazo: exámenes repetidos, disponibilidad del médico e incluso una hospitalización al final del embarazo, son exigencias que no concuerdan siempre con los puntos de referencia médicos y corren el riesgo de no ser satisfechas. De esa manera, las mujeres dicen experimentar el peligro que sintieron la última vez, antes del diagnóstico médico.

Por encima de las imágenes que la madre puede haberse hecho de su niño muerto, es la diferencia entre lo que sintió y lo que le ha sido propuesto por el equipo médico lo que puede revelarse peligroso. Algunos padres o madres dicen que debieron pelearse para poder ver al niño o que no acaban de aceptar el no haberlo visto. Lo que se encuentra en el embarazo ulterior como antecedente en las mujeres más acongojadas es una sensación de abandono, de ausencia de explicaciones. En efecto, en ese momento de ruptura entre la imaginería y la realidad del niño, la ausencia de representaciones acentúa la sensación de pérdida de una parte de uno mismo. Si el médico está ausente, nada viene a contrarrestar lo imaginario, que puede literalmente explotar en el siguiente embarazo.

Es a través de las percepciones del niño futuro, autentificadas por los exámenes y las ecografías, como la madre puede preservar una representación del niño muerto y completar su duelo, con su cortejo de dolor. En última instancia, el duelo del niño futuro puede ser el único medio de acabar el duelo por el niño anterior, al mismo tiempo que los diferencia (al no haber sido prevista la muerte del primero).

Además, la ausencia de imagen del niño muerto, todavía confundido carnalmente con la madre, ha podido devolverla a ésta lo irrepresentable de su propia muerte, sobre todo si ella misma se sintió en peligro.

La señora M. entró en la clínica a los siete meses y medio de su segundo embarazo, con una hemorragia considerable. Se le extrajo una niña que ella no vio y que murió. Oyó a un médico telefonear: "¡envíenme sangre pronto, tengo una mujer que se está muriendo!". Poco después fue hospitalizada en una clínica psiquiátrica debido a un estado melancólico. Tres años después queda embarazada de nuevo. Una ligera hipertensión hace necesaria una hospitalización en la misma clínica para vigilancia. Ella siente a las parteras inquietas y la angustia la acosa. Para ella el niño está muerto, y ella va a morir, como si los dos embarazos se mezclaran. El niño será extraído de urgencia mediante cesárea y la madre saldrá de la confusión psicótica sólo después de varias visitas a su niño, que está en recuperación.

La reactivación de otras pérdidas en la historia materna constituye igualmente un factor de vulnerabilidad que, de algún modo, "bloquea" la percepción del niño real del embarazo.

La señora F. ha sido educada en el culto de un hermano mayor muerto precozmente. Ella misma pierde a un niño, Sebastián, después de un parto difícil. Sufre por no poder hablar con nadie de su sufrimiento (pero no se da cuenta todavía de que con eso está tratando de diferenciarse de su madre quien, por su parte, no ha cesado de evocar a su hijo muerto). Tres años más tarde, se desarrolla un embarazo con una intensa culpa: Sebastián le reprocharía ser remplazado, y ella no podrá amar a su futuro bebé. Da a luz a una niñita, Celina, y al tercer día, luego de la visita de su madre, quien vuelve a hablar de su hijo muerto, tiene un breve acceso delirante. Se descarga entonces de los sentimientos de rebelión contra su madre que ha buscado siempre impedirle la felicidad. Su relación con Celina estará caracterizada por una sobreprotección ansiosa. Se produce entonces rápidamente un tercer embarazo que ahora es mucho mejor aceptado. Pero la idea de que éste podría ser un niño es activamente rechazada. El enunciado del ecografista de que el sexo del feto es masculino, después de que ella ha podido hablar de sus temores, terminará de poner al niño muerto en el lugar que le corresponde: un pequeñito que no pudo vivir y al que nadie más remplazará, lo cual la ayudará a dejar de sentir su propia culpa de niña que siguió viviendo, a los ojos de una madre absorta en la pérdida de su primogénito.

MUERTE PERINATAL Y RELACIÓN CON EL NIÑO SIGUIENTE

Esperar un niño, luego de haber perdido al primero en el nacimiento, pone en juego en la madre ciertos procesos psíquicos complejos, reparar la gran herida narcisista que constituye la muerte de un niño pequeño; efectuar el duelo del niño perdido; luchar contra la sensación de repetición tratando de diferenciar los dos embarazos y a los dos niños; y evitar la confusión entre la sensación de pérdida y la sensación de muerte que puede difundirse en la madre en ciertas condiciones.

La falla de anticipación del niño siguiente se aclara con la comprensión del trabajo psíquico en curso y no es predictiva de una falla de apego ulterior si la madre comprende lo que está en juego. Sin embargo, las representaciones del niño muerto, las palabras que han acompañado el accidente (diagnóstico, parto), el reconocimiento por parte del entorno de eso que la madre siente en estos momentos, son factores que facilitan la restauración de la identidad materna y que liberan el lugar del niño ulterior.

El surgimiento, en el embarazo siguiente, de un dolor intenso que revela la herida narcisista ligada a una pérdida, puede acentuar la sensación de despersonalización y estorbar el reconocimiento del niño que va a nacer. Algunas mujeres, en efecto, debido a una vulnerabilidad particular vinculada a su historia personal, pueden ser invadidas por la sensación de que todo se les escapa. El equipo médico representa la única seguridad y garantía de que este nacimiento no sea confundido con el anterior.

La ansiedad persiste, en general, después del nacimiento y no debe tener consecuencias en el niño si los padres pueden darle lugar a sus emociones y a sus temores. Esta ansiedad revela el deseo de vivir que trae ese niño.

Las madres hablan frecuentemente de su dificultad para separarse del niño pequeño durante los primeros meses. Intentan de ese modo recuperar el placer que no tuvieron durante un embarazo atormentado, pero con frecuencia será necesario un tercer embarazo muy próximo para que recuperen su pleno equilibrio.

El conocimiento, por parte del equipo médico, de los procesos psíquicos que están en juego y el respeto por las defensas que los padres ponen en juego para garantizar su propia seguridad, deben permitir que las mujeres se reconozcan a sí mismas, se orienten y se sientan vivas si se mantiene la comunicación.

Es mediante la ayuda a la mujer para que se redescubra como mujer, con su sufrimiento, como el médico puede permitirle volver a ser madre y no a la inversa. La llegada muy rápida de un embarazo después de la muerte de un niño puede provocar el surgimiento de una fragilidad en la interacción madre-hijo, si este último tiene que remediar él solo las heridas parentales. La función restauradora del equipo médico, por medio de los procesos identificatorios que permite, puede evitar este riesgo, tanto más cuanto que los padres están conscientes del peligro y piden ser ayudados.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Bourne, S., "Enfant mort-né, pensée mort-née", en *Evénement et psychopathologie,* J. Guyotat y P. Fédida (comps.), Lyon, SIMEP, 1985, pp. 225-228.

[2] Breton, J.-J., "Mort périnatale, deuil et relation parents-enfant", en *Revue de littérature, Enfance,* 1984, 3-4: 393-404.

[3] Bydlowski, M. y E. Papiernik "La névrose traumatique post-obstétricale", en *Méd et Hyg.,* 1978, 36: 352-354.

[4] Freud, S., "Duelo y melancolía", en *Obras completas,* vol. XIV, Buenos Aires, Amorrortu, 1976.

[5] Gauthier, Y., S. Levobici, Ph. Mazet y J.-P. Visier, *Maladie grave et mort d'un bébé dans la famille,* París, INSERM, de próxima aparición.

[6] Gauthier, Y., F. Molenat y J.-P. Visier, "Grossesses à risque médical et vulnérabilité", en *Neuropsy. Enf.,* 1985, 33, 2-3: 95-102.

[7] Lewis, E., "Inhibition of mourning by pregnancy: Psychopathology and management", en *Br. Med. J.,* 1979, 2: 27.

[8] Molenat, F., J. Roy, M.-A. Comps y A.-M. Dickele, "Impact d'un antécedent de mort néo-natale sur le déroulement de la grossesse suivant", en *Psychiatrie du nourrisson; nouvelles frontières,* B. Cramer (comp.), París, Eshel, 1988.

SÉPTIMA PARTE

EL LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

44. LA INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA Y PSICOPATOLÓGICA DEL NIÑO MUY PEQUEÑO

Problemática, metodología y aplicaciones

CLAUDE RUMEAU-ROUQUETTE,
NADINE SPIRA
y SERGE LEBOVICI

ALGUNAS OBSERVACIONES INTRODUCTORIAS

El lector de esta obra habrá podido tener conocimiento de las investigaciones proseguidas en diversos terrenos de la psicopatología del bebé, especialmente en la parte introductoria y en aquella que aborda el desarrollo. En la práctica clínica, las evaluaciones sistemáticas, por ejemplo aquellas que tienen que ver con las interacciones precoces, son indispensables para clasificar los casos observados y permitir su identificación psicopatológica. Sucede lo mismo con las escalas de desarrollo. Por otra parte, en este terreno, la aportación de las neurociencias es obviamente fundamental, puesto que se puede pensar con bastante naturalidad que la evolución cognoscitiva del niño muy pequeño refleja directamente el progreso del cableado de su cerebro. Ésta es en realidad la razón por la que el estudio de las capacidades precoces del recién nacido ha sido objeto de numerosas investigaciones.

Estos trabajos psicofisiológicos se refieren a aspectos muy precisos y minuciosamente descritos del desarrollo neuro y psicobiológico del lactante. No intentaremos volverlos a registrar aquí; en cambio, nos ha parecido que la problemática de esas investigaciones, sus metodologías, los problemas éticos, deontológicos y morales que suscita su puesta en marcha, ameritan ser debatidos.

Por otra parte, estas mismas discusiones son necesarias dentro del marco de las investigaciones clínicas y de sus diversas formas, como las investigaciones psicopatológicas, los experimentos terapéuticos, las investigaciones-acción, etc. La reflexión en torno a la evolución actual de la epidemiología social y clínica vendrá a enriquecer estos puntos de vista, sin olvidar los enfoques sociales de la pediatría y el enfoque global de la salud del niño pequeño.

El objetivo de todos aquellos que se interesan en la psicopatología del niño de pecho apunta, en efecto, al desarrollo de las perspectivas de trabajo transdisciplinario; es ése, en todo caso, uno de los objetivos esenciales de la Asociación Mundial de Psiquiatría del Lactante y de las Disciplinas Afines.

Nuestra exposición se dedicará en principio a un estudio sumario de las investigaciones fundamentales en este terreno. Describiremos en seguida los principios que guían o deberían definir la originalidad de las investigaciones clínicas.

LA INVESTIGACIÓN BÁSICA

Algunas consideraciones generales

Las investigaciones básicas son, en principio, la aplicación directa de múltiples investigaciones en el terreno de las neurociencias y son por lo tanto esencialmente de índole psicofisiológica. Se inscriben en las perspectivas de la genética y del estudio del desarrollo de los conocimientos mediante el estudio de su génesis: se trata de conocer mejor los mecanismos del desarrollo neurobiológico. Los estudios de neuroanatomía y de neurofisiología contemporáneos son, con toda evidencia, básicos. La química molecular ha permitido progresos decisivos en este sentido. Apenas estamos empezando a medir la riqueza de los resultados de la exploración, por medio de los recursos con que cuenta la imaginería moderna. *Last, but not least,* los modelos de la inteligencia artificial pueden ser objeto de fructuosas aplicaciones para comprender el progreso de la organización del sistema nervioso, las consecuencias de sus cableados y la especificidad de los conocimientos. Éstas reflejan las modalidades de los montajes sinápticos y sus recomposiciones. El proceso de selección de las sinapsis, en el que insiste Changeux [1], hace más absurda la oposición estéril y caduca entre lo innato y lo adquirido.

Las investigaciones en lo que se refiere a la sensorialidad fetal (cf. cap. 14) muestran que se puede seguir la continuidad ontogénica de los comportamientos con el estudio "conductista". El estímulo proveniente del entorno, ya sea natural o experimental, provoca en efecto una respuesta comportamental o visceral (J.-P. Lecanuet, exposición inédita). Por otra parte, ciertas actividades de este periodo de la vida fetal continúan de manera secuencial durante el primer año de vida. Desde la vida intrauterina, ciertos ritmos cronobiológicos toman su lugar definitivo. Por eso es razonable pensar que estas evoluciones más o menos continuas son el fruto directo de la maduración del sistema nervioso. Del mismo modo, uno tiene derecho a pensar que las capacidades del recién nacido, como las del feto, tienen continuidad: todo sucede como si las capacidades posnatales no hicieran más que continuar estas capacidades fetales. Un tal hecho parecería indicar que pese a las recomposiciones y los cambios eventuales de la organización cronobiológica, estas capacidades actúan desde el nacimiento, pero son poco sensibles a la información que proviene del entorno. Una hipótesis así no es aceptada (lo veremos) por la investigación clínica, ni tampoco por las investigaciones etológicas.

Cabe notar aquí (volveremos sobre ello) los peligros que implica la comparación de las sutiles investigaciones efectuadas en el animal, con respecto a lo que sucede en el bebé humano. En éste, en todo caso, no se puede aceptar que las investigaciones sean intrusivas y pongan en peligro su seguridad, tan importante para que su desarrollo sea favorable. Nos vemos pues llevados a examinar aquí los beneficios del estudio etológico del animal y de su extensión eventual al bebé humano.

Investigaciones etológicas

Las investigaciones etológicas relativas al animal. J. Bowlby, al describir el apego humano (cf. cap. 15) y al abrir la puerta al estudio de las interacciones precoces, ha sido ciertamente en buena parte influido por las investigaciones de los etólogos del comportamiento animal y en particular por sus teorías respecto de la impronta *(imprint* o huella), como las elaboradas por K. Lorenz y N. Tinbergen [11, 18]: se sabe que se trata de la tesis, según la cual los comportamientos programados sólo se inician en presencia de un suceso ocurrido en el entorno; así, el comportamiento denominado instintivo en el bebé sólo puede producirse en presencia de la impronta de aquella que desempeña el papel de madre. En Yale, la escuela de Harlow ha confirmado ampliamente estos puntos de vista por lo que se refiere a los primates. Sus trabajos han alimentado las reflexiones de los conductistas, quienes han dado así prueba de un cierto antropomorfismo. Éste es todavía más criticado, en la medida en que los investigadores contemporáneos que describen los comportamientos significativos de ciertos animales tratan de relacionarlos con rasgos genéticos y los estudian entonces como particularidades esclarecidas directamente por los estudios psicofisiológicos. Por ejemplo, el comportamiento denominado de *retrieving* (recoger*) de ciertas cepas de ratones (aptos o no aptos para acarrear los ratoncitos al nido) parece depender de las particularidades de las emisiones ultrasonoras de estos pequeños (comunicado de P. Roubertoux). Deputte, no obstante, ha descrito la elusión de los comportamientos incestuosos entre los primates [3]. Sin embargo, algunos trabajos nos ponen en guardia contra la idea seductora y elegida por Bowlby, según la cual existe una verdadera continuidad entre los comportamientos animales y los humanos. J.-M. Vidal dice a este propósito: "Los animales se limitan a relaciones de individuos de dos en dos, del tipo díadas simples o múltiples. Su nacimiento no representa, en suma, sino la ruptura de una díada y el establecimiento de otra. Ningún animal se ha confrontado nunca con otro que esté ligado a un tercero por medio de un símbolo cualquiera. Contrariamente, en un nacimiento humano, cada uno de los protagonistas

* Recoger la caza, pero en este caso recoger o recuperar a sus hijitos. [T.]

debe nacer con la palabra del otro: el niño con la palabra de la madre; la madre con la de su hijo, etc., puesto que se trata, en este mundo simbólico, de papeles que evidentemente pueden ser desempeñados por otros personajes diferentes de los biológicamente determinados. Tanto para uno como para otro, se trata de componer la tríada simbólica, introduciendo este tercero, pese al deseo siempre reavivado de excluir a este tercero y el fantasma de llegar a lograrlo" [19].

Pese a estos argumentos, la etología del comportamiento humano ha permanecido, durante mucho tiempo, ligada a las descripciones antropomórficas de los programas de los primates, en particular a las conductas de asimiento.

Las investigaciones etológicas relacionadas con el comportamiento humano. Éstas han seducido, lo hemos visto, a Bowlby, quien ha descrito el nacimiento del apego en el bebé y en su madre como la expresión de un programa estimulado por las improntas que hacen que el recién nacido humano, como el de los primates, esté "asido" a su madre: este comportamiento en los animales refleja la necesidad de protegerse contra la predación; la madre protege, por su parte, a su pequeño de los predadores.

Bowlby es un psicoanalista que ha sido atraído por las teorías modernas de la impronta y de la comunicación, y por la cibernética. Al renunciar de este modo a la teoría de la recreación alucinatoria del objeto de placer, que constituye una hipótesis fundamental de la teoría freudiana, se sitúa más bien del lado de la escuela de psicoanálisis denominada húngara. Ésta propone la hipótesis de vínculos "primarios" entre la madre y su hijo desde el nacimiento. Uno de sus representantes hablaba de un "instinto de asirse" en el bebé (I. Hermann). Bowlby describe, para conformarse con esta teoría, comportamientos heredados filogenéticamente. Así, para él, cuando el bebé humano tiende los brazos es porque no puede seguir a su madre y aferrarse a ella. Pero, gracias a sus anticipaciones creadoras, ella piensa: "Mi bebé quiere que lo tome en mis brazos." El gesto, pues, ha adquirido un sentido para ella. Y éste también será el caso para el niño que hacia los tres meses, al oír la voz de su madre tenderá los brazos mostrando así su capacidad para tener de ella una representación elemental.

Se comprende que la vía abierta por Bowlby haya sido muy secundada, aunque sólo sea debido al rigor de los estudios que permite. Uno puede, en efecto, estudiar las interacciones y los procesos de comunicación extra-verbal en etología humana, al instaurar las investigaciones que permitan construir lo que Cosnier denomina "una epigénesis interactiva" [2].

En Francia, Montagner ha contribuido a desarrollar esta disciplina. Él y su escuela han demostrado sistemáticamente la riqueza del abanico de capacidades precocísimas, como por ejemplo la capacidad del recién nacido de tres días para reconocer a su madre por el olor. También se aplicó, gracias a una metodología rigurosa, al estudio del comportamiento del niño muy pequeño con sus pares. Nos indica cómo ciertos comportamientos de ofrenda o de agresión están basados en interacciones precoces, particularmente aquellas que definen, en el traslado, el diálogo visual, que constituiría el primer organizador de los intercambios sociales más tardíos. Montagner valoriza aquí las teorías propuestas por Spitz a propósito de los organizadores del desarrollo del bebé.

La investigación clínica seguramente podrá utilizar estos montajes; después de todo, Spitz estudió las consecuencias de la separación precoz y encontró en la depresión anaclítica la reactualización de organizaciones más primitivas; por ejemplo, los meneos de cabeza de esos niños abandonados u hospitalizados en malas condiciones, reactivan la conducta de escudriñamiento y el recuerdo de las satisfacciones que estaban vinculadas a ella. Regresaremos a este punto a propósito de la investigación clínica, para la cual presentaremos algunas reflexiones, después de haber recordado la importancia de las investigaciones epidemiológicas que se pretenden igualmente rigurosas.

LAS INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS

Las investigaciones epidemiológicas se proponen determinar la frecuencia de los fenómenos de morbilidad en las poblaciones y poner en evidencia los factores de riesgo que harían posible una eventual acción preventiva. Consideraremos aquí las dos fases principales de la epidemiología perinatal, la investigación etiológica por una parte y la evaluación por la otra.

La investigación epidemiológica tiene varios objetivos pero generalmente se está de acuerdo en reconocerle tres: 1] orientar el desarrollo de los servicios de salud al definir la distribución de los fenómenos de morbilidad en la colectividad; 2] separar los factores etiológicos para hacer posible frenar o modificar la enfermedad; 3] evaluar la eficacia de los servicios instaurados para luchar contra la enfermedad y mejorar el estado de salud de la colectividad.

La epidemiología se ha desarrollado en tres fases principales:

• En la primera fase se consideran esencialmente las epidemias y, para algunos, la epidemiología coincide todavía con el estudio de las epidemias. Sin embargo, en este periodo, que se extiende por todo el siglo XIX y principios del XX, se ha visto el nacimiento de una epidemiología orientada hacia el estudio de la mortandad, especialmente hacia el campo que nos interesa, el de la mortandad de las madres e infantil.

• La segunda fase consistió en aplicar los métodos epidemiológicos al estudio de todos los fenómenos mórbidos; de esa manera se ha desarrollado una epidemiología del cáncer y una epidemiología de las enfermedades cardiovasculares; era natural que se llegara al estudio de fenómenos como el de la perinatología o el envejecimiento. En el transcurso de esta segunda fase, la investigación epidemiológica ha sido

sobre todo una investigación etiológica. En lo que respecta a la perinatalidad, empieza durante el decenio de 1960.

• Una tercera fase apareció finalmente con la epidemiología evaluativa, a la que se sumó rápidamente una epidemiología experimental. No se trataba ya sólo de determinar los factores de riesgo de las enfermedades sino de intentar controlar y de evaluar los métodos de prevención y los métodos de tratamiento.

La investigación etiológica

Las primeras investigaciones etiológicas fueron dirigidas en las maternidades muy frecuentemente por los clínicos, y se encuentran en la frontera que separa la investigación clínica de la epidemiológica. Podría tratarse de encuestas posteriores al parto en las que se comparaba a los niños nacidos prematuramente, o aquéllos de peso insuficiente, con los niños normales –para intentar definir los factores de riesgo. Estas encuestas, que reposaban esencialmente en el interrogatorio a las madres, tenían, naturalmente, todos los inconvenientes de las encuestas retrospectivas. En efecto, en estudios como éstos las respuestas de las madres están orientadas por el estado del niño en el nacimiento. Sin embargo, desde esas primeras etapas de la epidemiología, fue posible efectuar, en las maternidades que atendían a las mujeres encinta, encuestas prospectivas; es decir, investigaciones en las que de entrada se buscaban los factores de riesgo, luego se sometía al grupo a una observación que permitía saber al nacer si el niño era prematuro, normal, tenía suficiente peso, etcétera.

El drama de la thalidomida ciertamente dio un impulso considerable a la investigación epidemiológica relacionada con los embarazos. La brutal aparición de un número elevado de focomelias y el descubrimiento de la causa de estas enfermedades, que era un agente terapéutico cuya composición y uso parecían inocuas, crearon un clima y abrieron una interrogación.

• ¿cómo hacer para que tales accidentes pudieran ser descubiertos rápidamente?

• ¿no había otros medicamentos responsables de malformaciones congénitas?

Esta interrogación condujo a la realización de dos tipos de estudios epidemiológicos: el registro de las malformaciones y las encuestas prospectivas en torno a las malformaciones congénitas.

Los registros de las malformaciones. Fueron establecidos de manera relativamente sencilla en los países donde todos los nacimientos se llevan a cabo en las maternidades. Mucho más fáciles de establecer que los registros de cáncer, se multiplicaron pronto. Al registro inglés lo siguieron rápidamente varios registros en los países nórdicos, luego en Estados Unidos y en Francia. El movimiento invadió finalmente un cierto número de países en vías de desarrollo. Estos registros fueron reunidos en sistemas de redes; los más importantes son el International Clearinghouse for Birth Defects Monitoring

Systems, desarrollado a escala mundial, y el European Registration of Congenital Abnormalities (EUROCAT) realizado a escala de la Comunidad Europea.

Las grandes encuestas prospectivas relacionadas con las malformaciones. Éstas se desarrollaron entre 1965 y 1970. La principal se asentó en Estados Unidos y tuvo alcance en varios centros cooperativos en 50 000 nacimientos. Otro estudio del mismo tipo se realizó en Inglaterra y abarcó 20 000 nacimientos, otro en Francia, 12 000 nacimientos y uno en Alemania. Estas investigaciones, concebidas para descubrir la causa de las malformaciones congénitas, o por lo menos los factores exógenos de riesgo, obtuvieron resultados muy limitados en este aspecto. Sin duda permitieron realizar algunas hipótesis acerca del posible papel teratógeno de los medicamentos del sistema nervioso central, especialmente los tranquilizantes o los antiepilépticos, pero sobre todo permitieron afirmar, con poca probabilidad de error, que la mayoría de las medicamentos de uso corriente no tenían un efecto teratógeno.

Los factores de riesgo y especialmente los factores de riesgo de prematuridad y de insuficiencia ponderal. Fue en estos dos últimos puntos en los que se concentraron en seguida las investigaciones etiológicas relacionadas con el periodo perinatal. Las investigaciones respecto de los factores de riesgo de prematuridad se orientaron rápidamente hacia hipótesis hoy en día suficientemente verificadas. En efecto, hemos podido poner en evidencia que existían vínculos entre las características demográficas y socioculturales de los padres, las condiciones de vida en el transcurso del embarazo y la prematuridad. Estos factores de riesgo estaban relacionados entre sí. En efecto, la prematuridad era más frecuente en las mujeres jóvenes o en aquellas que tenían embarazos tardíos; era más frecuente en las primíparas y en las mujeres que pertenecían a la categoría de las trabajadoras manuales o casadas con un trabajador manual. También era más frecuente en las mujeres que no habían rebasado el nivel de educación primaria o en aquellas que efectuaban tareas difíciles. La idea de constituir un índice o un coeficiente de riesgo a partir de todos estos caracteres surgió a la vez entre los obstetras y entre los epidemiólogos: E. Papiernik calculó de modo totalmente empírico el CRAP y nosotros, con base en encuestas prospectivas, hemos puntualizado, mediante el análisis discriminativo u otros métodos de multivariantes, un coeficiente de riesgo. El éxito relativo de estos métodos no debe disimular sin embargo tres problemas:

• el primero residía en el carácter imperfecto de la previsión; cuando se afirmaba que una mujer tenía un riesgo elevado de prematuridad nos dábamos cuenta de que el grupo de estas mujeres incluía una frecuencia de prematuridad apenas dos o tres veces más elevada que la del grupo de mujeres denominado de bajo riesgo, y como éstas eran poco numerosas, el grupo de mujeres de bajo riesgo continuó aportando el

contingente más elevado de nacimientos prematuros;

- el segundo problema era que también se podía prever, con un cierto margen de error, el surgimiento de un nacimiento prematuro, aunque sin explicación; la investigación explicativa sin duda envidió, en el transcurso de este periodo, los éxitos de una investigación más aplicada y más pragmática;
- faltaba finalmente interrogarse acerca de la aplicación de esta noción de riesgo en la realidad.

La misma técnica se aplicó en principio al peso en el nacimiento y luego al retardo de crecimiento intrauterino. Percibimos rápidamente que la norma de 2 500 gr, que permitía caracterizar a los niños de peso insuficiente, correspondía de hecho a fenómenos complejos. Entre los niños de poco peso en el nacimiento podíamos distinguir, por una parte, a los prematuros y por la otra, a niños nacidos a tiempo pero con un peso insuficiente. Muy rápidamente se establecieron curvas tipos de peso en el nacimiento en función del plazo, de las cuales una de las primeras fue la de Lubchenko. Estas curvas permitían clasificar a los niños que se situaban en el margen inferior, representado generalmente por el quinto percentil, que se considera el de los niños hipotróficos o que presentan un retardo de crecimiento intrauterino.

Desde las primeras investigaciones se hizo evidente que el retardo de crecimiento intrauterino no estaba ligado a los mismos factores de riesgo que la prematuridad. Los factores socioculturales intervenían relativamente poco. El retardo de crecimiento intrauterino se hacía cada vez menos frecuente a medida que aumentaba la paridad. En cambio, era frecuente en los niños de mujeres que presentaban hipertensión; ésta era la confirmación de un fenómeno bien conocido, pero igualmente para aquellos nacidos de mujeres que habían fumado cantidades relativamente considerables de tabaco a todo lo largo del embarazo. Así, resultaba difícil establecer una previsión multifactorial del retardo de crecimiento intrauterino, el que seguía estando dominado por una etiología fundamental: la hipertensión materna. En el transcurso de los diez últimos años, estas comprobaciones llevaron al establecimiento de una forma de epidemiología mucho más cercana a la biología, que trataba de explicar los mecanismos por medio de los cuales se constituía un retardo de crecimiento intrauterino.

Las investigaciones epidemiológicas relativas a las malformaciones recurren cada vez más a las investigaciones básicas, se trate ya de la genética o de la farmacogenética.

La epidemiología evaluativa

La evaluación de la eficacia terapéutica por medio de este método moderno, relacionado en los años sesenta con los experimentos terapéuticos controlados, suscitó por aquel entonces numerosas resistencias en razón del principio mismo de las experimentaciones humanas. Sin embargo, este método se impuso rápidamente, en particular en el terreno de la cancerología. En el momento de expansión de una epidemiología perinatal, el método era relativamente bien aceptado y podía ser utilizado con fines de evaluación. Por otra parte, en los años setenta, se instituyó en Estados Unidos y luego en Francia un método denominado de racionalización de las opciones presupuestarias, que tenía por objeto comparar las diferentes soluciones posibles que se podían aplicar a un problema de salud. Así, en 1971 se efectuó una operación de preparación de las decisiones ministeriales, según este método, que implicaba tres fases: la primera etapa consistía en levantar un censo de las necesidades y de los recursos; la segunda proponía un cierto número de medidas a veces alternativas, de las que se había establecido por una parte el costo y por la otra la eficacia en cuanto a vidas salvadas o invalideces evitadas; finalmente, la tercera fase consistía en evaluar la eficacia y la influencia de las medidas aplicadas. Estas operaciones de planificación de los programas perinatales implicaron un cierto número de operaciones de evaluación en Francia, éstas consistieron principalmente en la realización de tres encuestas sucesivas: en 1971, 1976 y 1981, para evaluar, por una parte, la cobertura de las medidas que se tomaron en 1971 y, por la otra, para tratar de determinar sus efectos en la salud de las madres y los niños.

Estas circunstancias habrían de llevar a desarrollar, junto a la epidemiología de tendencia etiológica, una epidemiología de tendencia evaluativa y ésta habría de ser instituida entre 1970 y 1980. Examinaremos dos niveles: el primero es el de la evaluación de las técnicas médicas y los procedimientos relativamente sencillos, el segundo es el de la evaluación de los grandes programas y de las políticas de salud.

Evaluación de las técnicas y de los procedimientos médicos. Cuando se precisa de una nueva técnica o un nuevo medicamento debería hacerse su evaluación según una metodología que busque determinar a la vez sus efectos en las prácticas médicas, sus efectos en la salud y sus efectos en el costo general de la salud, se trate ya del costo financiero o de los inconvenientes que éstos pueden presentar en el plano individual o social. Tales evaluaciones deberían repetirse en la medida en que estas prácticas médicas se difundan en la sociedad. Es muy obvio que un nuevo método de diagnóstico aplicado, en una maternidad de muy alto nivel, no tendrá quizá la misma eficacia cuando sea generalizado en todas las maternidades; esto es todavía más cierto cuando las técnicas médicas pasan de un país industrializado a otro en vías de desarrollo.

Para efectuar tales evaluaciones es posible emplear dos enfoques: por una parte la experimentación y por la otra las encuestas de observación. Los primeros experimentos controlados, la mayor parte, se referían a la prematuridad, fueran ya los productos capaces de bloquear las contracciones, las hor-

monas o las prácticas médicas como el reposo o el cerclaje. También se hicieron algunos experimentos en el terreno del retardo en el crecimiento intrauterino. Cabe notar, en cambio, que los métodos de diagnóstico intrauterino han sido poco evaluados por medio de experimentaciones. Los primeros intentos controlados se relacionaron con la electrocardiografía y fueron realizados en series demasiado limitadas como para proporcionar resultados positivos: la única consecuencia de la utilización de la electrocardiografía fue el aumento en la frecuencia de las cesáreas. Hay que notar por otra parte que esta práctica se generalizó, mientras que el primer resultado de estos primeros experimentos fue perfectamente negativo. Por lo que toca a la ecografía, los efectos en la salud fueron incluso menos probados y actualmente se reportan apenas dos o tres experimentos controlados en los países nórdicos.

La evaluación de un programa o de una política de salud aplicada a una vasta colectividad. Como la evaluación de un programa es difícil de experimentar, uno se conforma en general con hacer encuestas de observación que permitan efectuar comparaciones en el tiempo y en el espacio. Se procedió así para el programa francés de perinatología, evaluado por medio de tres encuestas nacionales realizadas a partir de muestras representativas de 10 mil nacimientos para la primera y 5 mil nacimientos para cada una de las otras dos. Estos nacimientos fueron obtenidos por sorteo en una muestra de maternidades públicas y privadas, a su vez obtenido por sorteo en todas las maternidades.

La evaluación hizo posible estudiar, para empezar, la cobertura de las medidas y se presenció, efectivamente, un aumento en el número de consultas médicas, un incremento de la especialización de quienes las efectúan y una difusión más rápida de los métodos de diagnóstico intrauterino. La proporción de pequeñas maternidades ha disminuido y el diagnóstico electrónico del ritmo fetal cardiaco se ha generalizado; también se ha visto un aumento en el número de cesáreas así como un incremento en el número de niños transferidos.

La eficacia y la influencia general de esta política han sido estudiadas a través de la evolución de varios indicadores: la mortandad perinatal continúa disminuyendo más rápidamente de lo previsto, pero aún no permite que Francia alcance a los países nórdicos o a Holanda. La tasa de prematuridad disminuyó regularmente de 1972 a 1981, y el porcentaje de niños de peso inferior al quinto percentil empezó a disminuir en 1976. En cuanto a las malformaciones congénitas, no se observaba una evaluación notable para Francia en su totalidad, pero el registro de malformaciones parisiense mostraba un aumento del número de abortos realizados por anencefalia, espina bífida, microcefalia y trisomía 21, aumento que revela una disminución en la frecuencia de niños malformados.

Sin embargo, a partir de estas encuestas es difícil atribuir a las acciones emprendidas los progresos registrados. Claro que existe un vínculo directo

de causa-efecto, entre la disminución del número de malformaciones por anencefalia y el aumento del número de abortos. Pero no puede pretenderse que haya una relación de causa-efecto entre la disminución de la tasa de prematuridad y el aumento del número de consultas prenatales. Se ha comprobado, efectivamente, que en el transcurso de este periodo la natalidad disminuyó y que el porcentaje de mujeres que tenía niños antes de los 20 años o después de los 40 también disminuyó; ahora bien, estas mujeres mostraban un riesgo de prematuridad más elevado. Si se comparan los dos periodos y se ajustan los resultados en relación con la paridad y con la edad de la madre, se comprueba que las modificaciones observadas en el plano demográfico explican la mitad del mejoramiento de la tasa de prematuridad. En realidad, los fenómenos son todavía más complejos: las mujeres de 20 a 30 años, que eran más numerosas en 1981 y que tenían, al mismo tiempo, la tasa de prematuridad más baja fueron también aquellas a quienes les fue mejor con su embarazo. Estas encuestas cronológicas permitieron luego obtener un manojo de conjeturas pero no de pruebas.

Lo mismo sucede con las encuestas que permiten hacer comparaciones en el espacio. Las encuestas nacionales, por ejemplo, han puesto en evidencia zonas donde el programa de perinatología había sido aplicado menos ampliamente que en otras zonas, y a partir de estas diferencias se podía intentar emitir conclusiones. Desgraciadamente, se hace claro también aquí que las diferencias de nivel social y cultural entre las zonas eran muy importantes y que tampoco se podían por ello llegar a un conjunto de suposiciones.

La realización de estas encuestas llevó a los epidemiologistas a plantearse problemas de tipo más sociológico. Al disponer con frecuencia de vastas encuestas relacionadas con poblaciones y colectividades cuantiosas, se interrogaban con toda facilidad acerca no sólo de la eficacia de las medidas sino también a propósito del modo en que éstas se difundían en la población, los frenos que encontraban y sus consecuencias sociales o psicológicas. Esta tendencia los llevó a utilizar el método epidemiológico con un enfoque sociológico o socioeconómico de los fenómenos. Por interesante que sea, este enfoque sigue siendo obviamente superficial, pues requiere de un tratamiento cuantitativo de fenómenos cuyo aspecto cualitativo es generalmente el más interesante.

En conclusión, se ve claramente cómo se destacan las tendencias actuales de la epidemiología. La epidemiología clásica, que se basaba en encuestas por interrogatorio o experimentaciones sencillas que tenían la finalidad de comparar medicamentos, ha sido sustituida por una epidemiología mucho más vinculada a la biología por una parte y a la sociología por la otra. Pero estas dos tendencias pretenden penetrar más profundamente la explicación de los fenómenos.

En la práctica, la epidemiología se desarrolla actualmente en direcciones múltiples que la acercan mucho más a la investigación clínica.

La epidemiología evaluativa puede abordar el estudio de los nuevos efectos políticos sanitarios. Uno puede preguntarse si la disminución de los accidentes perinatales y sus consecuencias cerebrales tienen como resultado la disminución de retardos mentales, o si, por el contrario, la supervivencia de niños cerebralmente dañados sobrecarga el peso de esta invalidez a escala nacional. En una encuesta efectuada ante 15 comisiones de educación especializada, se compararon los expedientes de los niños ahí presentados, con los nacidos en 1972 o en 1976. Se podía de esa manera evaluar la evolución de las tasas de deficiencia mental y formular hipótesis acerca de los efectos del programa de perinatología instaurado en 1971. Este enfoque cronológico que se extendió mucho debe ser interpretado con prudencia.

LA INVESTIGACIÓN CLÍNICA*

Ésta puede concebirse en su continuidad con las investigaciones básicas o epidemiológicas; la investigación clínica se limita entonces a la utilización que hacen los clínicos de los datos aportados por las ciencias básicas. P. Roubertoux dice: "Se pueden oponer dos perspectivas en investigación clínica. La primera se inspiraría en la idea de la continuidad entre las aportaciones de las neurociencias y la observación del comportamiento, lo que permitiría escribir: en el fondo, todas las descripciones fundamentales de la biología contribuyen a esclarecer el desarrollo del sistema nervioso y los aspectos del funcionamiento psíquico normal y patológico del recién nacido. La embriología del sistema nervioso, la función de los esteroides masculinos en la masculinización del sistema nervioso, la modulación de las defensas inmunitarias por medio de los factores endócrinos, etc., son algunas claves, entre otras, capaces de ayudar a comprender el funcionamiento psicológico".

La segunda perspectiva es la de la investigación clínica que ahora queremos definir y estudiar en sus aplicaciones en psicopatología del lactante. Sin embargo, es importante recordar que las investigaciones fundamentales resultan atractivas para los clínicos debido a su rigor; uno quisiera, entonces, que los casos estudiados fueran estrictamente comparables, lo que supone en todo caso que la recaudación de los datos del comportamiento que pretenden estudiar las investigaciones clínicas se hiciera en condiciones semiexperimentales, es decir estandarizadas, hasta cierto punto independientes del experimentador. Se comprende que estas exigencias se antepongan. Pero es bueno recordar aquí que las reacciones del investigador y sus relaciones conscientes, y sobre todo inconscientes, implicadas en la investigación e inscritas en el desarrollo del tiempo, no son nunca inocentes (I. Prigogine y E. Stengers, *La nouvelle alliance)* .

* Serge Lebovici.

Para una definición de la investigación clínica

Se puede decir inicialmente que la investigación clínica no es ni una simple aplicación de las investigaciones fundamentales en el trabajo clínico, ni un estudio de casos aislados, aunque la psicopatología se haya confrontado en principio con el estudio de las observaciones individuales.

La investigación clínica apunta a la verificación de una hipótesis aventurada, por medio del trabajo de caso y mediante el estudio de esta variable en los casos-índice y en los casos-testimonio. Tiene, por esto, una gran relación con la investigación etiopatogénica y las experimentaciones terapéuticas. En el siglo XIX, la naciente clínica ya había demostrado que la exploración minuciosa del hombre enfermo permitía elaborar herramientas auxiliares para la proposición de hipótesis que la investigación clínica actual se propone verificar.

Se comprende que, particularmente en lo que concierne al bebé, la investigación clínica y las hipótesis que ésta se propone verificar deben tomar en cuenta otros factores además de los neurobiológicos. El bebé vive en una familia que se ubica dentro de una cultura. Las comunicaciones que se desarrollan ahí instituyen el sistema y la historia que se trasmite. En la madre y el hijo(a) interactúan dos sistemas mentales que no sólo son definidos por factores cognoscitivos, sino también por el mundo imaginario y fantasmático que organiza la génesis de las representaciones mentales.

La biografía se convierte, entonces, en una historia tejida de sucesos que tienen cuando menos la propiedad de dar sentido a los comportamientos programados, muchos de los cuales sólo adquieren su significado *après coup,* en el marco de esta epigénesis retroactiva en la que hemos insistido más de una vez.

La pertinencia de la investigación clínica nos parece poder confirmarse porque:

- las situaciones vitales tienen una legitimidad científica;
- los factores contextuales –físicos, fisiológicos y sociales– tienen una influencia determinante en la naturaleza y en la evolución de los datos psicológicos;
- el análisis de una serie de sucesos observados durante un periodo de tiempo lo suficientemente largo permite conocer las variaciones y las repeticiones en función de las intervenciones clínicas y/o terapéuticas.*

Es obvio que en la investigación fundamental las diferencias son claras: el experimentalista constituye su experiencia a partir de una hipótesis: es su parcialidad *objetiva.* Su parcialidad *subjetiva* se expresará por medio de su influencia involuntaria en la selección de los datos observados, por su deseo

* Estas observaciones y las que siguen están inspiradas en un documento inédito perteneciente a un grupo de trabajo (documento redactado por P. Cornillot y O. Bourguignon).

inexpresado de que los datos le den la razón y por la importancia de las investiduras afectivas y sociales efectuadas en esta actividad.

"En el caso de la investigación clínica, la parcialidad *objetiva* se expresa en la delimitación del campo del estudio, en la selección de las hipótesis, en los procedimientos y en las herramientas. La parcialidad *subjetiva* está representada por la implicación inevitable del investigador en el medio observado. Esta subjetividad se expresa en las interacciones que el observador debe establecer con este medio y sin las cuales no hay observación. El método implica, pues, que se tome en cuenta la relación del investigador con su investigación, debido a la estrecha relación que existe entre la observación singular y la implicación del investigador. Esto es particularmente cierto cuando el sujeto observado es un ser humano que sufre."

Lo que hay en esto para el bebé y sus acompañantes

Vamos a mostrar aquí que la investigación clínica en la psicopatología del bebé incluye las mismas exigencias metodológicas que para las otras edades de la vida, pero que se complica debido a que el bebé no puede ser comprendido en este campo sino a través de sus interacciones con aquellos que lo crían. Existen exigencias comunes.

Los investigadores deben disponer de instrumentos confiables, utilizables, normalizados y bien definidos. Para que tales esquemas o escalas sean estrictamente comparables, sólo deben relacionarse con los artículos ante los cuales la respuesta podrá ser positiva o negativa; es cierto que se pueden ponderar las respuestas positivas mediante apreciaciones cuantitativas estandarizadas. Estos esquemas se conocen como cerrados y se llenan con un autocuestionario o un cuestionario cerrado. Permiten establecer o bien comparaciones, o bien, después de un estudio estadístico, ciertas correlaciones entre factores aislados. Así es como surgen posibles respuestas significativas, confirmativas o anulatorias de las hipótesis verificadas. Pero estos esquemas sólo pueden acumular datos puramente conductuales, singularmente pobres en el campo de la psicopatología. En cambio, permiten hacer una buena clasificación de los datos observados y una buena evaluación de las terapéuticas. Por el contrario, los cuestionarios semiabiertos corren el riesgo de recabar datos demasiado numerosos para ser comparados con un número inevitablemente reducido de casos-índice y testimoniales. El control de las variables no probadas también se vuelve imposible. Los análisis de contenido del material recabado son difíciles y a veces más bien discutibles. De esa manera se han obtenido monografías poco comparables y descriptivas.

Estos estudios clínicos, sin embargo, pueden constituir condiciones previas para la formulación de hipótesis de investigación.

En cuanto al bebé, las exigencias de la investigación clínica son considerables: para sobrepasar los relatos anecdóticos o la comparación de comportamientos elementales, será necesario partir de modelos fabricados sobre la marcha, cuya validez deberá ser puesta a prueba. En efecto, no se podrán utilizar todos los datos de las observaciones y habrá que resignarse a perder algún material (J.-P. Visier). Los sucesos de la vida de los padres y de aquellos que desempeñan un papel en la trasmisión intergeneracional deberán tomarse en cuenta. Algunos sólo resultan eficientes gracias al sentimiento de culpa que la investigación clínica pone de manifiesto, lo cual no funda la veracidad sino la eficiencia: los duelos y la negligencia son motivo de reproches que, por ejemplo, torturan a los padres sólo cuando el drama, estudiado en la investigación, se ha producido. Hemos visto que en todos los casos de muerte súbita e inexplicada los padres se reprochan alguna negligencia, algún mal pensamiento, etc., únicamente porque se produjo la muerte. Este suceso "culpable" condena de alguna manera al niño siguiente. La consideración de estos elementos de culpa no quiere decir conferirles un valor etiológico, pero es algo que debe entrar en las constelaciones significativas que se están tratando de poner en evidencia. Estas investigaciones clínicas abarcan grupos poco numerosos porque se trata de casos raros o de enfoque difícil. Este hecho confiere una gran importancia a las técnicas de apareamiento entre los casos-índice y los casos-testimonio. Si se pretenden longitudinales, lo que muchas veces es indispensable para poder probar realmente hipótesis en el bebé, se enfrentan nuevas dificultades: se trata del estrechamiento de los muestrarios, lo cual exige precauciones a propósito del tamaño del grupo de partida. Se comprende entonces que cualquiera que sea el tema de la investigación clínica, los padres buscan que sus hijos escapen al etiquetamiento psicopatológico. Este hecho exige muchas precauciones: en particular, orientar realmente a los padres con respecto al tema de la investigación, obtener el consentimiento de uno y otro, mantener el anonimato –no obstante esos detalles de la biografía cuya importancia es innegable– y finalmente ponerlos al corriente de las conclusiones de la investigación.

Los investigadores clínicos que se interesen en los aspectos complejos de las interacciones, y en su dimensión imaginaria y fantasmática, deben tomar en cuenta lo que ven, lo que oyen y lo que sienten: trabajan con los recursos de sus identificaciones con los diversos participantes comprometidos en la investigación, en particular el bebé y sus padres. Su enfoque intuitivo y empático del sentido de estos intercambios no les permite seguramente asir, en los momentos limitados, escasos y poco naturales, la amplitud de eso que se desarrolla y de lo que se ventila y expresa, razón por la cual deben ser prudentes con sus conclusiones. Ya hemos dicho que la expresión metafórica de lo que sucede en estas ocasiones puede ser preciosa para los padres; es igualmente útil cuando se trata de trasmitir los frutos de la experiencia o de la investigación; es alegórica, pero no podrá acceder necesariamente al nivel de la explicación científica satisfactoria.

La utilización del video (videoscopía) en la investigación clínica psicopatológica

Sin duda alguna, los videos han aportado un complemento importante a los métodos de la investigación clínica de la psicopatología del niño pequeño y al estudio sistemático de sus interacciones. Sin embargo, no hay que equivocarse y pensar que el registro ingenuo y continuo permitirá verlo todo especialmente si el investigador no sabe qué es lo que quiere encontrar y si no está muy acostumbrado a este enfoque.

Sin duda los etólogos se han preparado para el estudio microscópico de documentos videoscópicos. Se trata a veces de verificar hipótesis precisas: el investigador recaba documentos en los que los cambios ínfimos son descubiertos por medios extrahumanos, cuando se trata, por ejemplo, de identificar el momento en el que un bebé va a dejar de mamar y se manifiesta mediante cambios imperceptibles en la posición de su cara en relación con el seno de su madre. Igualmente, la amplitud del ángulo de la cabeza en relación con el cuerpo del recién nacido, cuando hace movimientos, ha hecho posible que el equipo de Montagner, en Besançon, probara que los pequeños reconocen el olor de las secreciones maternas desde el tercer día de vida.

Pero las investigaciones clínicas son más toscas; se deben conformar con un estudio semimicroscópico o macroscópico de los documentos recolectados. Sin embargo, permiten poner en evidencia la armonía interactiva y las sucesiones de los intercambios. Muestran también su posible desarmonía, que se revela en una sucesión inapropiada o por medio de ciertos elementos de los intercambios interactivos. También es cierto que el examen de los documentos recolectados, efectuado a menor velocidad, muestra muchas veces que detrás de las zozobras aparentes existen intercambios intensos.

La eficacia de esta técnica puede mejorarse mediante algunos medios sencillos; por ejemplo: 1] el estudio de ciertas situaciones estandarizadas, como la *strange situation* descrita por Ainsworth (cf. cap. 15); 2] la utilización de relojes permite identificar las imágenes con las que se quiere trabajar; 3] para el estudio de las interacciones, las técnicas de tomas simultáneas, pero separadas de los protagonistas, pueden ser muy útiles *(video-splitting)*.

La recaudación de los documentos se hace en condiciones diferentes. En el laboratorio se puede observar al bebé y a quienes se ocupan de él, pidiéndole a estos últimos que se desempeñen lo más naturalmente posible, o que alimenten a sus bebés, etc. Aunque el adulto se sabe observado, está al abrigo de intervenciones intempestivas; en este caso, la atención se concentra en las interacciones, pero sobre todo en su sucesión, lo que los autores norteamericanos llaman su "contingencia". El documento puede registrar una relación con un clínico: en tal documento, una madre lleva a su niño en brazos, habla de él y de ella, y divide su atención entre el bebé y su interlocutor. Las modalidades de esta división, la manera en que ella habla de su bebé y de su propia infancia se toman en cuenta en este tipo de enfoque, donde los elementos relacionales adquieren un lugar importante. En otros casos, el registro tiene lugar en el domicilio de la familia en situaciones estandarizadas: la comida, el baño o la hora del sueño, por ejemplo.

Naturalmente, los padres están al corriente de este registro y saben dónde se encuentran las cámaras; deben también conocer la utilización de los documentos y obtener, si lo desean, una copia de los mismos y poder verlos con los investigadores. Este "autovideo", que debe estar asistido completa felizmente con frecuencia los primeros documentos.

Pero la cámara no es inocente, como tampoco el que la maneja: se observa lo que éste ha querido ver y revelar, conscientemente o no. La descripción de la investigación viene a complicarse debido a las posiciones transferenciales y contratransferenciales de los diversos participantes. Este hecho puede, por supuesto, perturbar la espontaneidad de los padres, pero no justifica los artificios que podrían disimular la existencia de los diversos protagonistas de la investigación.

El video tiene otra inmensa ventaja: hace posible trabajar en documentos disponiendo de todo el tiempo necesario, lo que es imposible con las técnicas de entrevista clínica. Hace posible también la intervención de múltiples jueces que pueden por otra parte trabajar a tientas, sin conocer los diagnósticos, por ejemplo. También se puede emplear el video para trasmitir los resultados de la investigación y/o formar a jóvenes investigadores clínicos. Con todo, se trata de un método que compromete todavía más a las familias y puede agravar el sentimiento de intrusión que éstas sienten.

Investigación clínica e "intrusión"

Acabamos de ver que la diversas metodologías de la investigación clínica en psicopatología del bebé llevan a poner en evidencia sucesos cargados de consecuencias en la biografía. Los videos revelan actitudes que los sujetos que son objeto de la investigación preferirían disimular. Estas evocaciones, cargadas de sentido inconsciente, tienen muchas veces un aspecto dramático que les confiere un carácter intruso, en relación con lo que estas personas saben de ellas.

Sin embargo, hemos visto que estas investigaciones no pueden reposar en la simple recaudación de datos conductuales: efectivamente, el investigador organiza con las familias relaciones transferenciales cuya interpretación puede aumentar el valor de la información obtenida; de este modo la descripción de investigación puede transformarse en descripción de ayuda, cosa que el investigador no podrá rehusar; pero esta situación corre el riesgo de alterar el rigor de las respuestas obtenidas. Finalmente, el investigador también puede ser atacado por estos descubrimientos y experimentar en sí mismo esta intrusión.

Así, en principio puede plantearse que este tipo de investigaciones incluye

inevitablemente la utilización de un esquema biográfico, aun si los sucesos que la atraviesan sólo adquieren sentido en la epigénesis probabilista en la que hemos insistido más arriba; la intrusión está ligada al hecho de que este principio confiere gravedad a la historia de todos, incluso si es escuchada con simpatía y neutralidad benévola. Claro que es posible imaginarse investigaciones clínicas que hicieran posible evitar este tipo de escucha; los documentos videoscópicos podrían hacer que se evaluaran las interacciones precoces, sin que los jueces conozcan el contenido de la entrevista: bastaría con que el sonido fuera cortado. Pero también sabemos que el contenido del discurso de los padres actúa en el niño en el marco del diálogo interactivo, en particular porque en él se producen intercambios afectivos. No puede prescindirse de esto.

No obstante es posible paliar tales inconvenientes (comunicado inédito de F. Molenat y J. Roy), basando la investigación en las entrevistas a los padres, y en particular a las madres, con sus interlocutores acostumbrados, los ginecólogos y el personal pediátrico, entre otros.

Cualesquiera que sean estas precauciones*, que se inscriben en la metodología para recabar estos datos, es inevitable poner en juego elementos emocionales que tienen su efecto en el sujeto de la investigación y en el investigador. Hay ahí algo así como una intricación de posiciones "voyeristas" en el observador y de posiciones "exhibicionistas" en el observado, las cuales se responden y se agravan mutuamente.

Estos efectos, eventualmente desestructurantes, deben evitarse en la medida de lo posible en una perspectiva "renarcisisante" que debe trabajarse en un triple nivel (comunicado personal de J.-P. Visier):

- metodológico: ¿cómo recabar, particularmente entre padres que han vivido sucesos traumatizantes, un material que toca tan de cerca lo que ellos sienten?
- terapéutico: ¿cómo acompañar a los padres que revelan su zozobra en el transcurso de la investigación?
- ético: ¿no debemos respetar sus defensas a expensas de la empresa de investigación?

Mediando estas precauciones podemos hablar de la influencia de la investigación, en lugar de sus efectos intrusivos: influencia en las familias, tratando de evitar los efectos desestructurantes de la investigación, en particular si ésta tiene que ver con circunstancias traumatizantes; e influencia en el equipo de investigación, que debe sentirse blindado contra su propia vulnerabilidad.

* Se puede entrar en contacto con eso en la nota que uno de nosotros ha redactado con respecto a este tema: S. Lebovici. "Investigación clínica en la psicopatología del bebé e intrusión", en *Recherche-Bébé*, 1988, 17, 32-37.

También se ha preconizado la división de las tareas, pues el equipo de investigación es diferente del equipo clínico o ayudante; evocaremos más adelante la función de esta colaboración con los operadores de terreno a propósito de las investigaciones-acción. En todo caso, no hay que conformarse con enviar a las familias de un equipo a otro, mientras que el equipo de investigación puede ser objeto de una transferencia que no se puede dejar de tener en cuenta.

Está de más decir que estas investigaciones exigen precauciones acordes con la ética, la deontología y la moral. Lo hemos dicho, debe obtenerse el consentimiento esclarecido de las familias para participar en estas investigaciones y debe mantenérseles al corriente de los resultados.

Los temas de las investigaciones clínicas

De hecho, las investigaciones clínicas son variadas, como el lector habrá podido darse cuenta al consultar los diversos capítulos de esta obra. En Francia una red de investigaciones clínicas del INSERM asocia diez unidades de investigaciones o laboratorios universitarios y hospitalarios para estudiar en común las vicisitudes de las interacciones precoces y de los azares del embarazo.

Hemos comprendido también que estas investigaciones pueden referirse a las consecuencias de situaciones dramáticas: enfermedad grave o muerte de un bebé; se pueden estudiar sus efectos en el desarrollo en caso de enfermedades crónicas, sobre todo cuando éstas tienen un potencial letal. Se hacen también investigaciones acerca de las consecuencias subsecuentes a la muerte de un bebé o un niño (muerte súbita, muerte por enfermedad grave o malformación, etc.) en relación con el desarrollo de los niños. Otras investigaciones se refieren a las relaciones de los bebé con sus padres, cuando éstos son enfermos somáticos o mentales: en particular, las consecuencias de la depresión materna deben ser exploradas a profundidad. Algunas situaciones proporcionan los temas de las investigaciones: madres adolescentes o embarazos tardíos. En estos casos, como en muchos otros, la investigación clínica puede permitir una acción preventiva, mientras que otras investigaciones harán posible evaluar su eficacia. Éste es el caso en lo que respecta a las sevicias graves sufridas por los niños(as), los abusos sexuales de los que pueden ser víctimas, etc. El interés actual por las procreaciones médicamente asistidas explica las investigaciones que se han intentado con parejas que desean recurrir a ellas y con sus posibles niños. Las situaciones de vida de los bebés también pueden llevar a exploraciones por el estilo, formas comparadas de custodia, etcétera.

Se ve, pues, que los temas de las investigaciones clínicas son innumerables. Sería necesario que éstas apuntaran a la verificación de hipótesis bien formuladas y que éstas se dirigieran con una metodología rigurosa que las

hiciera confiables. Deben ser factibles: recordemos de nuevo la legítima sensibilidad de las familias a este respecto; se comprende su rechazo a ser etiquetados. Las investigaciones longitudinales son, sin embargo, siempre indispensables.

Muchas de estas investigaciones exigen la colaboración del terreno en el que se desarrollan; en donde surge el interés por las investigaciones-acción que ahora estudiaremos.

LAS INVESTIGACIONES-ACCIÓN EN LA SALUD*

La investigación-acción en la salud, concepto desarrollado muy recientemente, no es ni una nueva disciplina ni una nueva ciencia; es un modo de enfoque diferente de la investigación en la salud pública. Designa las investigaciones elaboradas sobre la base de una colaboración activa entre investigadores y profesionales de la salud que actúan en el terreno. Esta colaboración implica, en efecto, modalidades particulares en relación con los procesos normales de investigación en la salud pública. La investigación-acción de la salud es un proceso dinámico y corto que lleva a la elaboración, a la realización y a la evaluación de una "acción" o de un conjunto de acciones, con una finalidad de preservación y/o de mejoramiento de la salud; puede tratarse de acciones de formación, de información, de educación para la salud, de una nueva forma de atención médica y/o social de un grupo particular de la población, etc. Une en la misma tarea dos tipos de profesionistas: uno o varios investigadores y uno o varios "actores" (prácticos facultativos de terreno, personas que deciden...).

El proceso atañe a una comunidad e implica un consenso entre los diferentes participantes acerca de los objetivos y los medios.

El proceso de la investigación-acción en la salud puede describirse de la siguiente manera. Una "comunidad" se encuentra en una situación S que los profesionales, los investigadores, los militantes, los políticos... piensan que sería útil, e incluso necesario transformar con miras a mejorarla. El conocimiento de la situación S y las acciones que se han previsto para su transformación se basan en los resultados disponibles de diversas investigaciones, realizadas tanto dentro de la comunidad como fuera de ella. La primera fase de la investigación-acción en la salud es una definición precisa de la situación S, de los objetivos que se buscan, de la acción A que se va a elegir, del método que se va a utilizar. Todos los experimentos ya emprendidos han mostrado que esta definición sólo se obtiene a costa de numerosas idas y venidas entre los diferentes participantes de la investigación, y hay que estar atentos para que este proceso iterativo no se "encierre", es decir no desembo-

* Nadine Spira.

que en ninguna investigación propiamente dicha. La segunda fase es la realización de la acción A; la acción realmente emprendida debe describirse con precisión porque puede diferir (poco, en principio) de la acción inicialmente prevista. La tercera fase es la de evaluación de A; consiste esencialmente en una medición de S luego de la acción y en compararla con la situación inicial.

Si la transformación deseada no aparece, se vuelve a la situación S del principio y se confronta la necesidad de hacer una nueva investigación-acción para el mismo problema; en el caso contrario los resultados deben valorarse cuando menos en el plano de la comunidad estudiada, pero igualmente en forma más amplia. Fuera del caso, muy improbable, de encontrarse con una nueva situación juzgada perfecta, se está en situación de iniciar otra investigación-acción de salud.

Objetivos de la investigación-acción de salud

La investigación-acción de salud tiene como objetivo el mejoramiento de la salud de la población. Este objetivo constituye el horizonte, a más o menos largo plazo, de toda investigación en salud pública. Pero en el caso de la investigación-acción de salud, representa su resultado inmediato. Una investigación-acción de salud es una investigación pragmática realizada generalmente a escala local, en el terreno de los prácticos-facultativos y con ellos. A diferencia de la investigación explicativa, no tiene por objetivo hacer descubrimientos [17]. Sin embargo, produce nuevos conocimientos puesto que la "acción", una vez elaborada, es establecida y evaluada con el fin de verificar una hipótesis.

La investigación-acción de salud tiene otro objetivo fundamental, el de la valoración social [8]: independientemente de que sea emprendida a iniciativa de los prácticos-facultativos, los investigadores o las personas que deciden, sus resultados deben ser tomados en cuenta y producir una transformación social (cambio de comportamiento y/o de mentalidades) y a veces una transformación institucional. Se trata, de algún modo, de la cuarta y última fase del proceso de la investigación-acción de salud, sin la cual la investigación no tiene ninguna utilidad. Más que cualquier otro campo de la investigación, la investigación-acción de salud tiene una utilidad social importante, en función de la cual se orientan sus temáticas.

Características específicas de la investigación-acción de salud

La pluridisciplinariedad de la investigación-acción de salud es una de sus especificidades fundamentales. Se trata al mismo tiempo de una pluridisciplinariedad de los investigadores y de un pluralismo de los "actores". El pro-

ceso de investigación-acción de salud se basa en una circulación dinámica de los conocimientos de origen diferente entre todos los participantes.

El ir y venir, la comunicación de los conocimientos, de las ideas, de la información, todo ese proceso dinámico, evolutivo y madurante, implica que los profesionales del terreno vuelvan a poner en tela de juicio a los investigadores, así como una adaptación del formulario de la investigación, en la medida en que se precisan los problemas del terreno. Esos movimientos de vaivén constituyen una de las riquezas de la investigación-acción de salud, pero también su complejidad. Hay que enfrentar al mismo tiempo las exigencias de rigor de todo proceso científico frente a las características generalmente imprevisibles del terreno, cuya realidad inestable se acentúa aún más con la observación del investigador, y las dificultades ligadas a la introducción de un cambio, en forma controlada en la práctica profesional de los equipos de terreno.

Los participantes

Los participantes en la investigación-acción de salud pertenecen a diversas categorías de profesionistas, que podemos dividir en "investigadores" (aquellas cuyo oficio es la investigación) y en "actores". Los "investigadores" pueden provenir de disciplinas muy diferentes (epidemiología, economía, sociología, psicología, psiquiatría, psicoanálisis...), mientras que los "actores" representan los diversos estratos de la sociedad implicados en el sistema de salud (profesionales de terreno, personas que toman decisiones administrativas y políticas, usuarios y sus representantes...). La colaboración de todos estos participantes no es siempre fácil. Sus relaciones deben estar basadas en su complementariedad, que se hace posible gracias a la especificidad de cada cual y no a una fusión que suprimiría toda su riqueza para esta colaboración.

Como la investigación-acción de salud apunta a la transformación de las instituciones o de los individuos en el seno de estas instituciones, y en razón de la multiplicidad de los participantes, los temores y los conflictos son frecuentes y se relacionan con el poder, con el saber, con el oficio, con los intereses y con los beneficios recíprocos aportados por la investigación. Hay múltiples razones para que existan estos conflictos: investigadores y actores tienen un estatus y una formación muy diferentes que crean bloques jerárquicos e institucionales; incluso si coinciden en general sobre la base de la voluntad de cambio y que mediante un consenso se han establecido los objetivos y los recursos de la investigación, muchas veces no se comparten ni los mismos intereses, ni las mismas motivaciones. Tampoco tienen las mismas restricciones. Para los actores, la investigación-acción representa una herramienta de estrategia que, por lo demás, puede ser utilizada de modo diferente según que el actor sea médico, intendente, sindicalista, persona de decisiones... (cabe hacer notar que lo que está en juego, más que los intereses de los usuarios, son los de los profesionistas); la investigación también puede representar una herramienta pedagógica. Para los investigadores, la investigación-acción de salud debe hacer posible que el conocimiento avance con toda objetividad y ellos deben dar parte a la comunidad científica.

Las dificultades de comunicación entre los diferentes participantes son también causa de conflictos. El discurso de los investigadores no es siempre comprendido por los actores; la solicitud de los actores no siempre es formulada en términos científicos, pero el investigador debe ser capaz de discernir, en este discurso, los elementos para la investigación.

Pese a estas dificultades, la colaboración puede tener éxito. Los conflictos, inevitables, pueden asumirse de modo positivo; no debe haber aquí fusión completa sino una conciencia de las diferencias entre las diversas categorías profesionales comprometidas que deben salvaguardar su identidad profesional. Esto implica aceptar las interrelaciones, los cuestionamientos, la movilidad de las fronteras entre disciplinas y el reconocimiento de cada capacidad como algo irremplazable. Más que una pluridisciplinariedad, se trata de una transdisciplinariedad.

El enfoque transdisciplinario "impone a cada uno salir, en parte, de su campo profesional acostumbrado para transportarse a un terreno menos familiar en donde, sin perder la propia identidad y especificidad profesionales, se tratará de crear nuevas herramientas conceptuales, metodológicas y nuevas prácticas con otros participantes de disciplinas muy variadas" [9].

La metodología de la investigación-acción de salud

La investigación-acción de salud, modo de enfoque diferente al de la investigación en salud pública, no tiene en sí una metodología propia. Pide prestados sus métodos a las numerosas disciplinas que ella hace intervenir, en particular a la epidemiología y a las ciencias sociales.

Pero la presencia de los "actores" y la manera en que se plantean y resuelven los problemas en el terreno tienen consecuencias sobre estos métodos clásicos, que deben ser adaptados en función de las especificidades de este tipo de investigación. Para cada investigación-acción de salud, es indispensable que la metodología sea elaborada con los "actores" interesados y que pueda evolucionar en el transcurso de las investigación, gracias a un vaivén constante entre el equipo de terreno y el equipo de investigación. La metodología debe, entonces, ser flexible y al mismo tiempo rigurosa. Aquí se describen únicamente los problemas metodológicos relacionados con las fases de preparación y de evaluación de una investigación-acción de salud.

La fase de preparación tiene como objetivo verificar la viabilidad de la investigación. Es indispensable tanto para precisar el formulario definitivo como

para probar las posibilidades de colaboración entre los diferentes participantes y analizar los conflictos que pueden surgir. Debe permitir que se formalice la solicitud de los profesionales de terreno. Ésta consiste en: 1] describir la comunidad estudiada, utilizando las encuestas descriptivas y las estadísticas sanitarias existentes o, en su defecto, efectuando este informe para las necesidades de la investigación; 2] definir el muestrario. Muy frecuentemente (pero no necesariamente) éste está constituido por sujetos de riesgo; 3] elegir el método de evaluación; 4] prever la valoración y la generalización, apoyándose en el enfoque económico y sociológico.

La evaluación de las acciones o medidas propuestas debe hacerse en función de su eficacia y de su aceptación por parte de la población, de su influencia en la población y del subsidio de los recursos. Esto puede efectuarse gracias a una metodología experimental o no pero, en todo caso, debe ser absolutamente rigurosa. Los métodos experimentales se basan en la comparación de dos grupos, uno al que se aplican las acciones que van a probarse, el otro recibiendo la vigilancia acostumbrada. Tenemos a nuestra disposición dos métodos para constituir estos grupos: 1] los experimentos aleatorios con un sorteo o bien de los individuos o bien de los grupos de individuos (centros de salud, hospitales, servicios...); 2] los experimentos no aleatorios que consisten ya sea en comparar dos zonas elegidas (y no sorteadas) con base en criterios precisos, ya sea en estudiar un solo grupo antes y después de aplicar sistemáticamente nuevas medidas.

El experimento aleatorio es, obviamente, el método más riguroso y debería utilizarse cada vez que sea posible. Pero el sorteo no es siempre posible, en particular por razones éticas. Por otra parte, en este tipo de investigación, el experimento sólo puede ser de tipo pragmático, no puede desarrollarse doblemente a ciegas. Existe pues un riesgo inevitable e importante de contaminación del grupo-testigo por el grupo "tratado" (que es objeto de la acción), donde el personal activo utiliza, incluso inconscientemente, las acciones que se prueban en beneficio del grupo testigo. Sin embargo, si se pone en evidencia la diferencia entre los dos grupos, ésta adquiere todavía más valor.

La evaluación no experimental consiste en medir los cambios surgidos en una comunidad después del lanzamiento de nuevas acciones simplemente incitativas, sin reglamentación ni sistematización. Este método se adapta menos a la investigación-acción de salud, porque entre el momento de la realización de la investigación y el momento de la evaluación pueden transcurrir muchos años. La investigación-acción de salud es una investigación de ciclo corto que sólo puede desarrollarse en un periodo limitado. Por otra parte, desde el punto de vista epidemiológico, este método aporta poca información respecto de la eficacia de las medidas, pues numerosos factores, independientes de estas nuevas medidas, han podido intervenir durante el

tiempo transcurrido entre el inicio de la investigación y la evaluación. Las aportaciones de las ciencias sociales (análisis cualitativo de las modificaciones de los comportamientos, cuestionarios...) pueden proporcionar no obstante instrumentos apropiados para hacer este tipo de evaluación.

Un ejemplo de investigación-acción de salud: investigación en torno a la prevención psicosocial en el niño muy pequeño

Objetivo. El servicio de protección materna e infantil de Seine-Saint-Denis y el equipo de psiquiatras del departamento de psicopatología de la Universidad de Bobigny realizan conjuntamente, desde hace cinco años, una investigación cuyo objetivo es el de probar la eficacia de un cierto número de medidas de prevención en una categoría de niños de menos de un año de edad en el momento en el que entraron en la investigación, y que corrían un alto riesgo en el plano psicosocial. El objetivo de largo plazo es, en el marco de una reflexión y de una práctica pluridisciplinaria, desarrollar modalidades originales de acciones preventivas específicas de la PMI para esta categoría de riesgo. La acción preventiva se sitúa en la esfera del lactante y de las interacciones precoces padres-hijo con la intención de favorecer su desarrollo armonioso y, por lo tanto, disminuir sensiblemente el número de niños víctimas de sevicias o de negligencias graves. De ese modo, esta investigación apunta a una mejor adecuación de los servicios respecto a las necesidades de la categoría de lactantes de alto riesgo en el plano psicosocial. La originalidad de este estudio es doble: por una parte asocia, en pie de igualdad, equipos pediátricos y equipos psiquiátricos hospitalo-universitarios; por la otra es una investigación de terreno con objetivos de formación de personal, de donde proviene la denominación de investigación-acción-formación que se le ha dado.

Metodología. La categoría estudiada está constituida por niños de menos de un año que presentan un riesgo de sevicias, detectados a partir de los certificados de salud del octavo día y del noveno mes, y observados en cuatro centros de PMI voluntarios. La metodología de la investigación es la de un experimento comparativo controlado: al entrar en la investigación los niños se dividen por sorteo, en dos grupos, "bebé tratado" que es objeto de medidas de prevención particulares (elaboradas con motivo de esta investigación), el otro testigo que es objeto de los servicios que ofrece generalmente la PMI. Los niños incluidos en la investigación, cualquiera que sea el grupo al que pertenecen, son observados hasta la edad de tres años. Son objeto de un examen clínico a los tres meses, al año, a los dos y a los tres años. Estos exámenes propician el establecimiento de fichas codificadas que constituyen el expediente del niño. Estudian, al mismo tiempo, los aspectos somáticos, psicológicos y sociales del desarrollo del niño. El número de sujetos necesarios, cal-

culado en función del criterio privilegiado de juicio elegido (entrada o no del niño en la Ayuda Social para la Infancia) es de 600 para cada grupo.

Dificultades que se encontraron. De hecho esta investigación sufrió profundas transformaciones desde su inicio, debido a las muchas dificultades que plantea este tipo de estudio, tanto en el plano de la metodología como en el de la práctica de los equipos de terreno. Estas transformaciones propiciaron un nuevo formulario, casi todas las dificultades evocadas en el capítulo precedente fueron efectivamente encontradas durante esta investigación. Las más importantes tenían relación con: 1] la manera de hacer participar a los equipos de terreno en la elaboración de una investigación-acción; 2] la aceptación de la noción de riesgo en el niño muy pequeño y de la emoción que ésta suscita; 3] el grupo testigo: su contaminación y el rechazo de este concepto; 4] la presentación de la investigación a las familias: el problema ético y psicológico; 5] los medios que se van a utilizar en estas investigaciones-acciones que no pueden ser únicamente otra manera de proceder para un personal que ya está empleado; 6] la introducción de "sesgos" y la concentración necesaria en el objetivo "prevención"; 7] la necesidad de una pausa-evaluación al terminar la fase preparatoria; 8] la longitud de la fase preparatoria; estimada inicialmente en tres meses fue finalmente aumentada a tres años al término de los cuales se instituyó un nuevo formulario.

Conclusión

Esta investigación, como toda investigación-acción, presenta tres características esenciales: 1] es un trabajo colectivo que implica a todo el personal comprometido (personas que deciden, investigadores, equipos que están en el terreno) desde la elaboración del proyecto hasta el análisis de los resultados; 2] es un enfoque transdisciplinario: se sitúa en la articulación de varias disciplinas e impone a cada uno salirse, en parte, de su campo profesional acostumbrado para moverse en un terreno menos familiar, donde con otros participantes de disciplinas muy variadas tratará, al mismo tiempo que guarda su identidad y su especificidad profesionales, de crear nuevas herramientas conceptuales, metodológicas, así como nuevas prácticas. Esto implica encontrar un lenguaje común que permita una buena comunicación en el marco de una dinámica de formación mutua; 3] es un proceso de alta potencialidad evolutiva en el tiempo para todos los niveles: se asiste a una "autotransformación" permanente de nuestro trabajo con una destrucción/ creación tanto de metodologías como de las prácticas en un vaivén constante entre el terreno y el núcleo central de la investigación (esta instancia, hecho notable, no sólo se identificó con los investigadores sino que incluyó a los profesionales de la decisión y a los profesionales de terreno). La imagen que viene a la mente, para dar cuenta a la vez de estas interacciones y de su evolución en el tiempo es la de una espiral transaccional, como la que fue utilizada para describir la relación entre madre y lactante.

CONCLUSIONES

Hemos querido, sobre todo, presentar aquí algunas reflexiones en torno a investigaciones en psicopatología del bebé y su metodología. Se pueden oponer dos enfoques:

- Algunas investigaciones, en particular la del desarrollo de las cognociones, están estrechamente vinculadas a los progresos de las ciencias neurobiológicas: su aplicación a este tipo de estudios es muy importante, porque la vida psíquica del bebé es la expresión directa del funcionamiento de su sistema nervioso y de la evolución de su cableado; no hay que confiar, sin embargo, en la idea de una continuidad entre el animal que puede ser objeto de observaciones o de experimentaciones y el hombre.
- La epidemiología y la investigación clínica tienen aquí, por ello, una importancia esencial, sobre todo después de que hemos descrito, junto a interacciones sociales y programadas, las interacciones emocionales, imaginarias y fantasmáticas: éstas comprometen a los participantes de estas interacciones, pero también a aquello que los padres trasmiten de su historia infantil y transgeneracional.

Recordemos que esta dimensión implica no sólo la observación directa de las interacciones, sino también los datos de la reconstrucción o de la construcción del pasado, tal como éstas han sido propuestas por los psicoanalistas.

Uno se pregunta si estas dos versiones, la cognoscitiva y la psicoanalítica, son "transductibles". Esto es todavía poco probable, aun si es legítimo preconizar un estudio transdisciplinario en estas investigaciones.

Con todo, el estudio de los factores de riesgos para el desarrollo de los bebés debe hacer posible una relativa predicción de su futuro y la experimentación de las medidas preventivas que imponen las investigaciones epidemiológicas y evaluativas. En la civilización postindustrial de Occidente, los bebés son bastante pocos como para que uno no intente protegerlos. Por otra parte, su salud mental depende más de su salud global: otras civilizaciones son ricas en cuanto a las enseñanzas resultado de los métodos de crianza que utilizan de acuerdo con sus tradiciones, las cuales suponen importantes investigaciones en las familias inmigrantes, sometidas a una doble influencia cultural, lo que las lleva a adoptar actitudes contradictorias en las que pueden sufrir los bebés.

Las investigaciones que hemos evocado confirman, si hace falta esto, la

existencia de una psicopatología del bebé; ésta tiene la originalidad de expresarse en el régimen interactivo que lo une a sus compañeros de crianza.

BIBLIOGRAFÍA

[1] Changeux, J.-P., *El hombre neuronal*, Madrid, Espasa Calpe, 1985.

[2] Cosnier, J., "L'etologie, l'enfant et la communication", en *Psychiatr. Enfant.*, 1980, 23: 309-318.

[3] Deputte, B., "L'évitement de l'incest chez les primates non humains", en *Nouvelle Revue de Ethnopsychiatrie*, 1985, 3: 41-72.

[4] Fodor, J., *La modularidad de la mente*, (1979), Madrid, Morata, 1986.

[5] Grell, P. y A. Xery, "Problématiques de la recherche-action", en *Revue Internationale d'Action Communautaire*, 1981, 123-130.

[6] Hess, R., "La recherche-action", en *Revue Pour*, junio-julio de 1983.

[7] INSERM., "La recherche-action en santé", colección *Analyses et prospective*, París, INSERM, *La Documentation Française*, 1985.

[8] INSERM, *La valorisation sociale de la recherche médicale et en santé*. Reporte de un grupo de reflexión, París, INSERM, 1984.

[9] Job-Spira, N., M. Lamour, M. Gabel y S. Lebovici, "Recherche-action pour la prévention de la maltratance chez les très jeun enfant", en *Archives Fr. de Pédiatrie*, 1988, 45: 277-285.

[10] Lebovici, S., "Recherche clinique en psychopathologie du bébé et nourrisson", en *Recherche-Bébé*, 1988, 17, 36-37.

[11] Lorenz, K., "Beitrage zur Ethologie sozialer Korviden", en *J. Ornith.*, 1931, 79: 67-120.

[12] Mazet, Ph. y S. Lebovici, *Penser, aprendre*, París, Eshel, 1988.

[13] Mendel, G., *Recherche spontanée. Recherche impliquée*. Informe Godelier sobre las ciencias del hombre y de la sociedad en Francia, París, La Documentation Française, 1982, pp. 585-606.

[14] Montagner, H., *L'attachement; les débuts de la tendresse*, París, Odile Jacob, 1988.

[15] Oquist, P., "The epistemology of action research", en *Acta Sociológica*, 1978, 21, núm. 2.

[16] Rumeau-Rouquette, "Fonctions cérébrales et handicaps d'origine congénitale: approche épidemiologique", en *Les Cahiers du CTNERHI*, 1988, 41: 95-101.

[17] Schwartz, D., Flamant, R., Lellouch, J., *L'essai thérapeutique chez l'homme*, París, Flammarion, 1984.

[18] Tinbergen, N., *Estudio del instinto*, México, Siglo XXI, 1985.

[19] Videl, J.-M., "Naissances et images animales et humaines", en *Bulletin Officiel de la Société Française de Psychoprophylaxie obstétricale*, 1987, 109: 7-16.

LAS INVESTIGACIONES EPIDEMIOLÓGICAS

[20] Goldberg, M., *L'épidémiologie sans peine*, París, Editions Médicales Roland Bettex, 1985.

[21] Jenick, M. y R. Cleroux, *Épidémiologie, principes, techniques, applications*, París, Maloine, 1982.

[22] Laplanche, A., C. Com-Nougue y R. Flamant, *Méthodes statistiques appliquées à la recherche clinique*, París, Flammarion-Médecine, 1987.

[23] Romeau-Roquette, C., Bréart, G., Padieu, R., *Méthodes en épidémiologie*, París, Flammarion-Médecine, 1985.

ÍNDICE

abuelos: 83, 86, 112, 116-117, 421
abuso: 383, 386
accidentes: 467-476
advocacy (defensa): 42
afecto: 137, 140-141, 143-144
afecto-percepción: 140
agarre: 139
Ainsworth, M.D.S.: 175, 181
Ajuriaguerra, J. de: 172-173, 177, 186, 189
ajuste conyugal: 101-107
alcoholismo, síndrome feto-alcohólico: 52, 53, 56
alergia: 269, 270, 278, 279, 280, 282
amamantamiento materno: 58-59
amniocentesis: 53
angustia del 8o. mes: 222, 243, 245
angustia de separación: 224, 241, 243, 244, 246
anorexia: 209, 210, 215, 265, 266, 273, 275, 282, 294-302
anticoncepción: 50-51, 59
antropología: 87-91
apego: 13, 66-68, 130-135, 266, 271, 274-276, 279, 358
après coup: 400
asentamiento afectivo: 143
asma: 265, 266, 272, 275, 279, 280, 282
asimetría hemisférica: 152
atípicos, estados: 213, 214
atonía tímica: 224-225
auditivas, capacidades: 152
autismo: 248-258, 288
auxiliar de puericultura: 482, 483

Belsky, J.: 100-104
Bion, W. R.: 138
Bower, T.G.R.: 164
Bowlby, J.: 11, 13
Brazelton, T.B.: 41
Bruner, J.: 150
burbuja (bebé): 349-358, 481-482

capacidades: 61, 149, 153, 161, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 272, 275, 278
cara del extraño, fobia de la: 12, 242-244, 246
cardiopatía congénita: 361-363
carencia afectiva: 234-238
carencia de cuidados maternales: 228, 270-274, 381, 387, 401
Carey, W.S, 157-158, 317
Chess, S.: 157-159
cesárea: 55, 58-59
Chomsky, N.: 152
ciego, bebé: 154, 333-341
clasificación de los problemas: 202-219
cognitivismo: 140
cognitivos, problemas: 14-15
cohabitación juvenil: 44
cólico de los tres primeros meses: 310, 317-323
colon irritable: 310-323
colopatía funcional: 310-323
comportamiento, observación del: 161-169, 172-192
comportamiento vacío: 207, 213, 229-230, 276-277, 279
comunicación 148-154, 159
comportamentalismo: 321
consulta terapéutica: 174-191, 246
continencia: 199
conyugal, ajuste: 102-103
crecimiento, retardo del (intrauterino): 506
crisis, intervención en: 424
culpabilidad, sentimiento de: 479-481

déficit inmunitario congénito: 350-365, 481
demanda enmascarada de un enfoque preventivo:447-448
depresión: 208, 210, 212, 222-232
depresión anaclítica: 223, 227, 230,

231, 232
depresión blanca: 224
depresión esencial: 231, 232
depresión materna: 97, 104, 106, 198, 228, 445
depresiva, disminución: 329
derechos del niño: 27-38, 49, 382
desarmonía interactiva: 200-202, 213
desarmonía motriz: 206
desarrollo, problemas del: 204-205, 215
deseo de maternidad: 67
desfavorecido, medio: 443
destete (síndrome de) en el bebé nacido de madre toxicómana: 433-434
diabetes: 344, 359, 360
duelo: 490-491, 494-495
disociación familiar: 448-449
dolor: 324-331
dormir, problemas para: 244, 284-292, 388

ecografía: 53, 57, 59, 113
eczema: 275, 279-280
embarazo con riesgos: 491-492
embarazo de madres psicóticas: 417, 426
embarazo después de muerte perinatal: 491-495
embarazo, desarrollo del: 417
embarazo, interrupción voluntaria del: 51-53
embarazo y duelo: 490-491
embarazo y vulnerabilidad: 491-492
empatía: 513
enanismo psicógeno: 234-235, 281, 387
enfermedad grave, resonancias de la: 343-371
ensoñación, capacidad de: 13, 138, 142
epidemiología evaluativa: 506-508
epigénesis internacional: 137
espasmo del sollozo: 266-267, 274
estimulación: 273, 281
estructura mental: 203, 212-214
ética: 27-38
etnología: 87-91
etno-psicología, etno-psiquiatría: 174, 192-194
etología: 174, 177, 502
etología humana: 191-192, 502
excitación, excedente de: 271, 272, 274, 275, 278, 279, 281, 282, 310, 314, 320, 386, 388

falta de organización estructural: 234-243
familiar, asignación: 425-427
familia: 43-46, 47-48, 87-90
familia monoparental: 44
familia atípica de riesgo: 236
fantasmático, niño: 112, 114, 115, 117
feto-alcohólico, síndrome: 52, 56,
feto, sensorialidad del: 120-127, 151
feto, capacidad de apego: 19
Field T.: 159, 227, 230
fobia a la cara del extraño: 12, 242, 243, 246
formación del personal: 484-489
Fraiberg, S.: 19, 333-341
Freud, A.: 18-19
Freud, S.: 136, 137, 140, 149, 241, 245
funcional, patología 209, 310-323

gemelos: 80-81, 390
Gesell, A.: 41, 257
Greenspan, S.I.: 20-21, 200
gritos: 317-323, 324, 329, 330
guardería: 479-480
guardería (*pouponnière*): 480

habituación, método de: 165, 166-167
halte-garderie: 313-314
handling (manipulación): 12
hemisferio, asimetría: 152
hemofilia: 344, 346-348, 350
hermanos: 79-81
hiperactividad: 207, 388
hipermadurez: 416
HIV: 344, 366-367, 369
holding: 12-13
hospitalismo: 11, 18, 222, 229
hospitalización: 297, 302, 304, 305, 306, 401-409, 478-480, 485, 488

identificación primaria: 140-141, 443-444
imaginario, niño: 112-115, 117

inercia motriz: 224, 225
infanticidio: 421
información del personal: 477-488
insomnio: 252-253, 266-268, 273, 274, 276, 284-292
institución psiquiátrica: 425
interacción: 14, 67-68
interacción, clínica de la: 199-200
interacción fantasmática: 98-99, 117-118
interacción patológica: 196-201, 211-212
interacción, papel del padre en la: 73-75
interaccional, epigénesis: 112
intergeneracional, vínculo: 112
intermitente: 447
interrupción del embarazo: 53, 57
investigación-acción: 518-524
investigación clínica: 510-518
investigación epidemiológica: 503-510
investigación etológica: 501-503
invulnerabilidad: 445

Klein, M.: 13

lenguaje: 148-154
lenguaje, ceguera: 336
litio: 432

llanto y dolor: 330

madre: 64-68, 70
maduración cerebral: 499
Mahler, M.: 180-181
malformación: 52-57, 517
mandato transgeneracional: 113, 116-117, 198
matrilineal, sistema: 88
mecimiento: 315
mericismo: 266, 268, 277, 294, 300, 301-304
metaforización: 141, 513
migración y embarazo: 448
motricidad, ceguera: 338
motricidad, problemas de: 204-206
muerte en la familia: 490-495
muerte perinatal: 491-495
muerte perinatal y niño siguiente: 494

narcisismo: 94, 99-100
neurosis actual: 360
neurótico (problema): 240-247, 266, 270, 276, 279
niño agnático: 88-89

objeto transicional: 245
observador: 172-192
observación del comportamiento: 161-169, 172-192
observación en situación natural: 177, 186
observación participante: 178-180
observación psicoanalítica: 180-186
padre: 70-78, 92, 97-100, 423, 433-434
padres psicóticos: 411-429
para-excitación, madre: 143, 272, 274, 284, 290, 291
parentalidad: 92
parentela en África: 90
parentificación: 92-109
padres, grupos de: 132
paternaje: 74-78
pensamiento: 136-144
perinatalidad: 50, 60, 417, 424
personal, información y capacitación de: 478-489
Piaget, J.: 136, 150, 152
pictograma: 141
pluridisciplinariedad: 444, 448-451
posparto, psicosis del: 412, 424
prematuridad: 54-59, 214, 389, 505-509
prevención:50-60, 440-455, 474-475
protorrepresentación: 139-141
prueba de examen médico preventivo: 447-451
psicoanálisis y observación: 179-186
psicomotricidad, problemas de la: 205-208
psicosis del niño: 213-215, 248-260, 288
psicosis de los padres: 411-429, 443-444
psicosis maniaco-depresiva de los padres: 427-429
psicosis puerperal: 411
psicosomática, patología: 208-209, 211, 214, 265-283
puesta a disposición, carta de: 447-449

reflujo gastroesofágico: 299, 302
remplazo, niño de: 491
repercusión de enfermedades graves: 351, 371
repetición transgeneracional: 94-97, 235
representación mental: 12, 136-144
retardo psicomotor: 387-388
riesgos: 377-382, 422, 424, 445-446, 450
riesgos, factores de: 378-379, 450, 474-475, 505-506
riesgos, indicadores de: 447-448
rivalidad fraterna: 79, 81

seno, alimentación con: 58-59
separación: 11-12, 235, 389, 390, 394, 395, 411, 415, 416, 419, 424, 425-427
sevicia: 101, 384, 394
sibling: 79
SIDA: 344, 365-371
sistémico (aspecto) (familiar): 87-88, 197-198
sobrestimulación sensorial: 274
Solnit, A.: 446
somática, expresión: 264-268
strange situation: 514
succión: 316, 317, 321
sueño, estado de: 284-285
sueño, problemas del: 251, 265, 274, 276, 284-292, 388
Spitz, R.: 11-12, 138, 149, 180, 265, 267, 273, 274, 280, 305, 315, 319, 320, 321

tabaco: 56-57, 436, 437, 506
temperamento: 103, 107-108
Thomas, A.: 157-159
toxicómana, madre: 433
toxicómano, padre: 432
toxicomanía y SIDA: 367, 434-436
trasmisión intergeneracional, y transgeneracional: 112, 116-117, 197-198

ubicación familiar: 421-423
uterino, niño: 88-89

vacío, comportamiento: 207, 213, 229-281
vacío relacional: 234

ÍNDICE

NOTA DEL EDITOR 7
PREFACIO, *por* PHILIPPE LAZAR 9
1. ¿POR QUÉ LA PSICOPATOLOGÍA DEL BEBÉ?, *por* SERGE LEBOVICI *y* FRANÇOISE WEIL-HALPERN 11
2. BREVE REVISIÓN HISTÓRICA DE LOS ESTUDIOS SOBRE EL DESARROLLO NORMAL Y PATOLÓGICO DEL LACTANTE, *por* REGINALD S. LOURI 17
3. LA ÉTICA MÉDICA Y LOS DERECHOS DEL NIÑO, *por* CLAIRE AMBROSELLI 27

PRIMERA PARTE: EL MUNDO DEL BEBÉ

4. EL BEBÉ Y EL NIÑO DE PECHO: SU LUGAR EN LA SOCIEDAD ACTUAL, *por* MICHEL MANCIAUX 41
5. PERINATALIDAD. PROBLEMAS DE HIGIENE Y PREVENCIÓN, *por* CLAUDE RUMEAU-ROUQUETTE 50
6. EL BEBÉ EN SU FAMILIA, *por* SERGE LEBOVICI *y* FRANÇOISE WEIL-HALPERN 61
7. LA MADRE, *por* SERGE LEBOVICI 64
8. EL PADRE, *por* JAMES M. HERZOG *y* SERGE LEBOVICI 70
9. LOS HERMANOS Y LAS HERMANAS, *por* SERGE LEBOVICI 79
10. LOS ABUELOS, *por* ARTHUR KORNHABER 83
11. LOS ASPECTOS ANTROPOLÓGICOS Y ETNOLÓGICOS, *por* JACQUELINE RABAIN-JAMIN 87
12. LA PARENTIFICACIÓN Y SUS PROBLEMAS, *por* SERGE STOLERU 92
13. LOS VÍNCULOS INTERGENERACIONALES (TRASMISIÓN Y CONFLICTOS). LAS INTERACCIONES FANTASMÁTICAS, *por* SERGE LEBOVICI 112

SEGUNDA PARTE: EL DESARROLLO DEL BEBÉ

14. LA SENSORIALIDAD FETAL, *por* MARIE-CLAIRE BUSNEL, CAROLYN GRANIER-DEFERRE, JEAN-PIERRE LECANUET *y* ALICE LEHMAN 121
15. LA TEORÍA DEL APEGO, *por* JOHN BOWLBY 130
16. LA GÉNESIS DEL PENSAMIENTO Y DE LAS REPRESENTACIONES, *por* MONIQUE PINOL-DOURIEZ 136
17. EL DESARROLLO DEL LENGUAJE Y LA GÉNESIS DE LA COMUNICACIÓN, *por* FRANÇOIS BRESSON *y* SERGE LEBOVICI 148
18. EL TEMPERAMENTO, *por* SERGE LEBOVICI 156
19. APORTACIONES DE LAS TÉCNICAS DE OBSERVACIÓN DEL COMPORTAMIENTO AL CONOCIMIENTO DEL BEBÉ, *por* PIERRE-MARIE BAUDONNIÈRE *y* JACQUELINE NADEL 161
20. LA IMPLICACIÓN DEL OBSERVADOR, *por* MARGHERITE AUZIAS 172

TERCERA PARTE: LA PSICOPATOLOGÍA DEL BEBÉ

21. LA PSIQUIATRÍA DEL LACTANTE Y LA PATOLOGÍA DE LAS INTERACCIONES PRECOCES, *por* SERGE LEBOVICI 197
22. SEMIOLOGÍA Y CLASIFICACIÓN EN PSIQUIATRÍA DEL BEBÉ, *por* LÉON KREISLER 202
23. LA DERPESIÓN DEL LACTANTE, *por* LÉON KREISLER 222
24. LA DESORGANIZACIÓN ESTRUCTURAL EN LA PRIMERA INFANCIA, CONSECUENCIAS DE LAS CARENCIAS AFECTIVAS CRÓNICAS, *por* LÉON KREISLER 234
25. LOS DISTURBIOS NEURÓTICOS, *por* SERGE LEBOVICI 240
26. SIGNOS PREMONITORIOS DEL AUTISMO, *por* DOMINIQUE SAUVAGE, LORENCE HAMEURY, PASCAL LENOIR, JEAN-LOUIS ADRIEN, ANNE PERROT-BEAUGERIE *y* CATHERINE BARTHÉLÉMY 248

CUARTA PARTE: LA PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA Y LAS CONSECUENCIAS PSICOPATOLÓGICAS DE LAS AFECCIONES SOMÁTICAS

27. LA EXPRESIÓN SOMÁTICA EN LA PSICOPATOLOGÍA DEL LACTANTE, *por* LÉON KREISLER 265
28. LOS PROBLEMAS DEL DORMIR Y DEL SUEÑO EN EL TRANSCURSO DE LOS TRES PRIMEROS SEMESTRES DE LA VIDA, *por* ANTOINE GUEDENEY 284
29. LAS CONDUCTAS ALIMENTARIAS DESVIADAS DEL NIÑO DE PECHO, *por* MICHÈLE PORTE 294
30. LAS COLOPATÍAS FUNCIONALES DEL NIÑO MUY PEQUEÑO. COLON IRRITABLE. CÓLICOS DE LA PRIMERA EDAD, *por* LÉON KREISLER 310
31. EL DOLOR Y EL BEBÉ, *por* ANNIE GAUVAIN-PIQUARD 324
32. LOS PROBLEMAS DE LA VISIÓN Y LA PSICOPATOLOGÍA DEL BEBÉ, *por* DORIS M. WILLS 333
33. RESONANCIA ACTUAL DE LAS ENFERMEDADES CRÓNICAS GRAVES, *por* FRANÇOISE WEIL-HALPERN, ROSINE DEBRAY *y* COLETTE PERICCHI 343
34. EL BEBÉ VULNERABLE: EVALUACIÓN DE LOS RIESGOS, *por* SERGE LEBOVICI 377
35. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR, *por* CAROLINE MIGNOT 383

QUINTA PARTE: CONSECUENCIAS DEL MODO DE VIDA DE LA FAMILIA Y DEL BEBÉ

36. CRISIS Y SUCESOS FAMILIARES, *por* SERGE LEBOVICI 399
37. EL BEBÉ EN EL HOSPITAL, *por* FRANÇOISE WEIL-HALPERN 401
38. LOS LACTANTES DE PADRES PSICÓTICOS, *por* MARTINE LAMOUR 411
39. LOS NIÑOS DE PADRES TOXICÓMANOS, *por* SERGE LEBOVICI 432

SEXTA PARTE: PREVENCIÓN Y TERAPÉUTICAS MUY PRECOCES

40. EL TRABAJO PREVENTIVO CON LA FAMILIA EN FAVOR DEL NIÑO PEQUEÑO, *por* MICHEL SOULÉ, JANINE NOËL *y* ANNE FRICHET 441

41. LOS ACCIDENTES DEL LACTANTE: DATOS EPIDEMIOLÓGICOS, FACTORES DE RIESGO Y ELEMENTOS DE PREVENCIÓN, *por* ANNE TURSZ 467
42. LA INFORMACIÓN Y LA CAPACITACIÓN DEL PERSONAL, *por* NELLY LEBLANC *y* MICHEL SOULÉ 478
43. LAS MADRES Y LOS BEBÉS DESPUÉS DE UNA MUERTE EN LA FAMILIA, *por* FRANÇOISE MOLENAT *y* JOËL ROY 490

SÉPTIMA PARTE: EL LUGAR DE LA INVESTIGACIÓN

44. LA INVESTIGACIÓN PSICOLÓGICA Y PSICOPATOLÓGICA DEL NIÑO MUY PEQUEÑO, PROBLEMÁTICA, METODOLOGÍA Y APLICACIONES, *por* CLAUDE RUMEAU-ROUQUETTE, NADINE SPIRA *y* SERGE LEBOVICI 499

ÍNDICE ANALÍTICO 527

Ha transcurrido menos de un siglo desde que Sigmund Freud estremeciera las conciencias europeas al demostrar la existencia de una sexualidad infantil, y afirmara que el equilibrio psicológico del adulto se debía fundamentalmente a lo vivido y a los traumatismos de los primeros años de vida.

Hoy el recién nacido es recibido en el seno de una familia nuclear, cuando no monoparental. Desde las primeras semanas de su existencia intrauterina, el bebé habrá sido observado, medido, ecografiado y se le habrán tomado todo tipo de muestras. Además, su nacimiento habrá sido programado en función de criterios técnicos y éticos de los padres, pero también por diversos actores del campo social: psicólogos, trabajadores sociales, médicos... En compensación, se espera de este bebé que nazca sano y que desarrolle todas sus potencialidades. No siempre es éste el caso; a veces nace con malformaciones, deficiencias sensoriales, o bien diabético, cardiaco o con SIDA, y deberá pasar a veces largos periodos en el hospital donde se hará todo lo posible para que su estancia no tenga consecuencias psíquicas demasiado graves. También se deberá ayudar a los padres a superar su desconcierto y guiarlos para que el bebé desarrolle sus posibilidades al máximo. Aun si nace aparentemente sano, el bebé puede sufrir tempranamente algún padecimiento psicopatológico en su desarrollo. ¿Cómo reconocer las interacciones no armoniosas entre la madre y su bebé? ¿Cuándo diagnosticar una depresión del lactante o los signos premonitorios de un autismo? ¿Qué significan los gritos o las dificultades para conciliar el sueño? ¿Existen lactantes más vulnerables que otros y es posible caracterizar a las familias que representan un riesgo? ¿Es posible hacer alguna prevención, dar algún tratamiento, y de qué modo? El campo de estudio de esta nueva ciencia que es la psicopatología del bebé es inmenso y apenas está comenzando a ser descifrado. Es preciso desarrollar dicho campo y al mismo tiempo dedicarle una reflexión ética profunda relacionada con el derecho de todo bebé a convertirse en un adulto sano y no mutilado en su afectividad o su inteligencia. Serge Lebovici y Françoise Weil-Halpern reúnen por primera vez en este volumen las contribuciones de los mejores especialistas, clínicos e investigadores que se ponen de lado del neonato, en una obra destinada a convertirse en el libro de consulta de todos aquellos que trabajan en beneficio de los lactantes.

ISBN 968-23-1936-6

siglo veintiuno editores