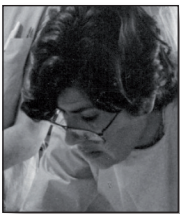


EL SIGNIFICADO DE LOS SÍNTOMAS DE ALARMA EN EL BEBÉ ¹

– Romana Negri –

Licenciada en Medicina Quirúrgica. Especializada en Neuropsiquiatría Infantil. Profesora en la Universidad de Milan ². Bergamo (Italia)



Todavía hoy en día, el reconocimiento de las funciones mentales resulta difícilmente comprensible entre los pediatras, dado que razones de tipo biológico no permiten diferenciar entre las funciones somáticas y las psíquicas al principio de la vida. “El bebé siente con su cuerpo y lo utiliza para expresarse” (Negri, 1983). El bebé utiliza, por tanto, todas sus actividades y potencialidades físicas para manifestar emociones profundas y muy intensas; es importante reconocer su tendencia a experimentar las emociones de alegría o de sufrimiento, el bienestar y el malestar, la enfermedad en términos de sensaciones corporales. Se puede comprender, entonces, por qué los neurólogos hablan de una variabilidad extrema del tono muscular que, en la época neonatal, no es índice únicamente de la situación postural. La experiencia de la Observación de Bebés ha convalidado este punto de vista y ha ayudado a reconocer la variabilidad y la ductilidad de la postura del bebé en respuesta a las actitudes maternas. Pero un bebé en riesgo de psicopatología está carente de variabilidad y ductilidad posturales. El pequeño

se ve sacudido por estados de ansiedad que no puede contener, hasta el punto de que inducen mecanismos de defensa que se presentan en modalidades estereotipadas y se oponen a la integración armoniosa de los órganos sensoriales. Con el bebé en riesgo de psicopatología nos encontramos generalmente ante un sujeto que ha vivido el primer período de su vida en una incubadora o que se muestra constitucionalmente poco proclive a la integración.

El niño en riesgo está en condiciones de mostrarnos en vivo operaciones mentales que se refieren a caracteres patológicos de estados mentales muy precoces del desarrollo mental. En base a mi experiencia, he podido identificar una serie de elementos que he definido como *síntomas de alarma*, en tanto que indicadores de un riesgo psicopatológico (Tabla 1).

Tabla 1

Síntomas de alarma

- Mirada huidiza
- Mirada lábil
- Mirar alrededor sin parar
- Mirar a escondidas
- Simulación de dormir
- Ausencia de sonrisa
- Rigidez mímica
- Ausencia de lloro
- Rechazo de la posición de ser sostenido por la nuca (contacto “espalda-nuca”)
- Ausencia de la comunicación vocal rítmica madre-bebé
- Estereotipias de sonidos
- Rechazo a las carantoñas
- Respuesta anormal a sonidos y voces

- Estereotipias de movimientos, como actitudes repetitivas de las manitas (después de los cuatro meses)
- Interés excesivo por movimientos repetitivos de la lengua dentro de la boca o por movimientos extraños de los labios
- Excesiva atracción por cualidades sensoriales específicas de los objetos, como por ejemplo la textura, el color, la superficie brillante...
- Temblores (presentes sobre todo en los primeros dos meses)
- Hipo (presente sobre todo en los primeros dos meses)
- Inquietud motriz
- Anomalías posturales
- Retrasos posturales
- Manifestaciones psicósomáticas
- Miedo a ser desnudado
- Miedo a ser tocado en las manitas o en los pies ³
- Miedo al gorrito (miedo a ser acariciado en la cabeza)
- Otros miedos
- Trastornos alimentarios, con frecuencia anorexia
- Trastornos del sueño
- Alteraciones importantes de los ritmos biológicos -expresividad más frecuente: irritabilidad, lloro inconsolable

La primera infancia es un período de cambios rápidos, bruscos. La actividad del clínico ha de poder promover, de la forma más solícita, cambios favorables al desarrollo de los procesos mentales.

Los síntomas de alarma constituyen una manifestación presente también en

¹ Traducción realizada por Elena Fieschi Viscardi del original en italiano.

² Se ha dedicado principalmente a la observación de neonatos sanos y de bebés hospitalizados en Unidades de Cuidados Intensivos. Ha trabajado durante un largo período con Martha Harris y Donald Meltzer, quien también supervisó su trabajo de investigación sobre la vida intrauterina.

³ Estos miedos están generalmente causados por las perfusiones y las extracciones de sangre practicadas con finalidades terapéuticas en las manitas, pies y cabeza.

el bebé sano, en el que se observan en número limitado, como máximo uno o dos, y que se producen de manera transitoria durante el día; en el bebé en riesgo potencial de psicopatología se manifiestan en forma masiva, más de dos o tres al día. Y no sólo eso: mientras que en el bebé sano se presentan como una manifestación transitoria, en el bebé en riesgo asumen un relieve dominante, constituyen aspectos de la personalidad cristalizados, que el bebé muestra de manera repetitiva.

La pérdida de la variabilidad es con frecuencia la primera, o una de las primeras, entre las señales reconocibles de trastorno del organismo: el incremento de la estereotipia, la disminución de la adaptabilidad comportan la disminución de la *copability*, la capacidad de interactuar con el entorno de forma adecuada. "El concepto de variabilidad -contrapuesto al de estereotipia- es muy útil como medio de discriminación entre funcionamiento normal y desviado en la detección precoz del trastorno del desarrollo" (Touwen, 1990).

dre, relación que en los primeros niveles del desarrollo se da cuando las necesidades han sido satisfechas.

Todo esto se puede ver con frecuencia en la Observación de Bebés; podemos reconocer muy bien esta experiencia en la observación de Francesca.

En la sesión de observación de Francesca, a los diez días, ella se encuentra en los brazos de su madre y succiona el pezón con mucha satisfacción. Acompaña la acción abriendo y cerrando la manita y cogiéndose finalmente al dorso de la mano de la madre que aguanta y ofrece el pecho. Podemos ver aquí que la experiencia satisfactoria de la lactancia permite que la actividad oral de la pequeña se enriquezca con otro atributo, representado por el aferramiento de la manita, que se integra con la función de la boca. E incluso más: mientras la madre amamanta, habla a la niña. La experiencia de la succión asociada a la escucha de las palabras de la madre es tan buena que la niña, en un momento dado, puede mirar directamente la fuente de tanta gratificación; así Francesca, mientras chupa, escucha

de la integración sensorial y va hacia la percepción integrada de la otra persona, que en estos niveles del desarrollo suele ser la madre, en su totalidad.

Es importante, considerando los síntomas de alarma, fijarnos especialmente en las funciones que detallaremos a continuación.

LA MIRADA

Con sólo diez días de vida, podemos afirmar que la mirada de Francesca está atenta a su madre. La atención, según Meltzer y cols. (1975), es "la cuerda que mantiene los sentidos unidos y juntos en una especie de consensualidad" (p.22). El encuentro visual con la mirada de la madre constituye una experiencia de gran fuerza emocional para el bebé, experiencia que se puede conectar con lo que Meltzer describió en relación con el "conflicto estético"; ello lleva al bebé a la percepción y a la introyección de la persona en su globalidad, empujado en esta adquisición por una primitiva carga de amor (Meltzer y Harris Williams, 1988). La sonrisa es una prueba de ello (Robson, 1967). Se observa, por tanto, que la vista desarrolla una acción de integración muy importante en el bebé (Rhode, 1997). Al contrario, ante sensaciones corporales dolorosas y desbordantes, de emociones violentas vividas en términos físicos, la vista puede ser utilizada para dar un camino de salida a esta experiencia. Así, en el niño se puede manifestar, en forma de **síntoma de alarma, la mirada huidiza**. En estas situaciones, puede utilizar la mirada para controlar el objeto o para adherirse a los objetos percibidos. El bebé se encuentra, evidentemente, tomado por tales angustias catastróficas y ansiedades paranoides y confusionales que demandan una persistente autosensorialidad. La comprensión de sus angustias mediante la presencia de una persona capaz de ayudarlo a diferenciar es lo que ayuda al pequeño en estos niveles.



Los *síntomas de alarma* son, por tanto, unos fenómenos expresivos tan dominantes que se oponen a la integración armoniosa de los órganos de los sentidos o de la sensorialidad del niño. Los componentes sensoriales destinados a la integración, para que ésta se pueda realizar, se equilibran, se sitúan en una relación armoniosa donde encuentran cohesión a través de la relación del bebé con la ma-

las palabras de la madre y fija la mirada en sus ojos. Ello significa una ulterior ampliación de la función de los órganos de los sentidos, que no actúan separadamente el uno del otro, sino que -cada vez más numerosos (boca, mano, oído, vista)- trabajan al unísono con una integración óptima. Sólo cuando los órganos perceptivos permanecen integrados se puede evitar la patología. El niño parte

LA VOCALIZACIÓN RÍTMICA MADRE-BEBÉ

Es también muy relevante el síntoma de alarma relativo a la ausencia de la vocalización rítmica madre-bebé. Si volvemos a Francesca que, con sólo diez días, succiona mientras la madre le habla, no es suficiente con entender la mirada de la niña, atenta a la mirada materna, sino



que se ha de ver cómo, en un momento dado, la pequeña se suelta del pecho y emite fonemas articulados en respuesta a las palabras de la madre. Francesca nos muestra que, ya desde el nacimiento, el bebé sano es capaz de emitir fonemas que, por la riqueza del componente emocional, atraen y solicitan la respuesta verbal de la madre, de tal manera que se produce aquello que Trevarthen (2010) define como “vocalización rítmica madre-bebé”. La experiencia lleva a que también el bebé se confronte con la existencia de un “dentro” y un “fuera”, experiencia que está en la base de la realización del proceso de separación-individuación, tan significativo para el desarrollo mental del niño. El contenido emocional de esta vocalización primitiva se caracteriza por una importante expresión con un carácter armónico y melódico, que encuentra correspondencia en la respuesta materna.

Trevarthen (2010), a partir de la grabación en video y audio de una madre en diálogo con su bebé de seis semanas, lo describe de la siguiente manera: “La madre medía atentamente sus expresiones, controlando los pasajes y los contornos del fraseo, que hacía pensar en las notas y las líneas melódicas de una partitura musical. (...) La madre variaba la amplitud o la “plenitud”, la agudeza, la rudeza o la suavidad de los tonos para poder encontrarse con los cambios de tensión y de afectos en la vocalización de la bebé,

manteniendo su atención despierta con sonidos armoniosos y alentadores, estimulándola, empatizando con sus dudas, sus incertidumbres y sus sorpresas, compartiendo su placer. (...) Madre y niña mantienen una “narración emocional”, un fraseo musical que se dilataba hasta un pico excitante, que después volvía dulcemente a reposar sobre el do central” (Trevarthen, 2010, p. 53).

En el nacimiento, por tanto, el bebé es capaz de emitir fonemas que, por su particularidad melódica, representan una rudimentaria forma de música, que de hecho es la más sencilla y obvia, ya que por su naturaleza es la primera y la más precoz. Como respuesta, la extensión de la voz materna puede llegar a la de una soprano, pero las producciones más expresivas, después de llegar a una cima, manan o bien vuelven dulcemente a caer con un delicado respeto por la atención del bebé; éste produce de vez en cuando unos pequeños sonidos que se adaptan a la secuencia y se agrupan en torno a la nota clave del do. El vocalismo se mueve en sonidos intermedios, baja, sube, no tiene un pasaje definido: es una especie de *glissato* que mantiene de todos modos una relación con la nota central; se mueve en sonidos intermedios, como un canto oriental que no prevé una escala, pero que se expresa como una catarata para volver a caer en el do. La voz baja, se acerca, sube, vuelve a bajar manteniendo todo el rato una relación con la nota

de referencia, la nota base. Se trata de un canto natural que tiene un registro medio bajo, se trata de un tipo de canto que transporta dulcemente los diversos sonidos. La voz armoniosa y modulada que caracteriza el intercambio comunicativo madre-bebé es rítmica, se caracteriza por tiempos fuertes y flojos que vuelven con regularidad y que siguen un ritmo *andante*: el *andante* se presta a numerosas modalidades de tiempo intermedio, calmado, pero en movimiento; es un tiempo que permite muchísimas variaciones. En un *andante* se dan más posibilidades de seguir el ritmo intrínseco de la melodía: es un tempo musical que ofrece un mayor margen de cambio rítmico, corresponde a diferentes velocidades, así como a diferentes cadencias; no es un *allegro*, no es un *adagio*; es un *andante*.

La expresión vocal del bebé al inicio de la vida es, por tanto, una forma musical muy precoz, que nos propone elementos propios del alba de la música. Esta consideración se confirma en el estudio de los antiguos. El do, juntamente con el fa, es el fundamento armónico, la nota fundamental en el canto gregoriano: el do y el fa eran las claves más importantes de la tradición.

Como he descrito, la vivencia emocional que se transmite con las primeras comunicaciones del bebé, gracias también a su característica melódica, resulta de un gran atractivo para la madre que contesta. Sus palabras, a la vez que mantienen y sostienen el componente musical de su coloquio con el niño, contienen un gran significado y ofrecen una imagen sugestiva de aquello que Bion llama *rêverie*.

RÊVERIE

La *rêverie* es una atribución de la madre que se sitúa entre “el volver a pensar, la reflexión, el sueño” y que consiste en un enriquecimiento, una elaboración, una interpretación del contenido de aquello que el bebé quiere expresar. La madre da nombre a experiencias emocionales que el bebé vive y comunica en términos físicos. Él se siente satisfecho por la plena comprensión de la madre que le retorna la vivencia emocional traducida en palabras y, por tanto, enriquecida con el significado. En consecuencia, permite al

bebé la introyección de la experiencia, un proceso que está en la base de la primera formación del pensamiento.

La ausencia de la vocalización rítmica madre-bebé puede ir ligada a un obstáculo que puede depender del bebé o de la madre. Cuando el obstáculo deriva del bebé, y es indicativo de una dificultad relacional, observamos ausencia de balbuceo que, con frecuencia, es substituido por sonidos estereotipados. Las estereotipias representan un impedimento, una barrera que impide cualquier intento de comunicación de la madre con su bebé. Si el obstáculo depende de la madre, se presenta generalmente causado por una depresión. La mujer no está en condiciones de corresponder a los reclamos vocales, a los borboteos de su bebé, está muda y, si le habla, su voz es lenta, plana, emocionalmente distante y no puede tener el efecto vivificador que evoca y sostiene la respuesta del niño. El bebé es muy sensible a las tonalidades de la voz materna.

Me trajeron una niña de cuatro meses para que la observara, por sus dificultades relacionales, que se expresaban mayoritariamente con la madre, con la ausencia de la vocalización rítmica madre-bebé, la mirada huidiza y el retirarse del abrazo. Durante la consulta, la pequeña estaba, evidentemente, más en contacto conmigo y con el padre: la madre me confió que la pequeña se comporta

ba de esa manera con ella porque no le gustaba su voz. Efectivamente, la señora tenía un tono de voz desagradable, muy elevado y poco modulado.

Asimismo, el proceso de vocalización rítmica madre-bebé puede resultar obstaculizado por causas físicas, como por ejemplo en el niño con tetraplegia: el uso de la boca está limitado e interfiere en el lenguaje y la masticación, de tal manera que a estos niños se les hace todavía más difícil la realización de la diferenciación entre interno y externo.

La ausencia de la vocalización rítmica madre-bebé limita gravemente la realización de la *rêverie* por parte de la madre y representa una interferencia seria en el desarrollo del pensamiento del niño. Los bebés con mayor riesgo de desarrollar una patología precoz no son solamente aquellos que presentan déficits sensoriales o lesiones del sistema nervioso central: hay niños que tienen mayor necesidad de la madre para poner en funcionamiento de manera integrada e integradora sus órganos de los sentidos o, también, aquellos que pertenecen a un entorno social gravemente desfavorecido. Me refiero a padres que viven de manera totalmente concreta cualquier expresión física del niño.

Un síntoma casi constante en los bebés con Trastornos Multisistémicos del Desarrollo es la alteración de los ritmos biológicos que marcan la vida del bebé.

Esta ritmicidad parece ser la expresión de la combinación de un potencial genético, de un proceso de maduración del sistema nervioso central y de la influencia múltiple que deriva del entorno; la alterancia de la luz y de la oscuridad es, tal vez, el más obvio de los ritmos externos, pero tienen importancia similar la alterancia del ruido y el silencio y, de acuerdo con Norton Mills (1975), la atención que el bebé recibe del adulto. Esta consideración pone, por tanto, el acento en la importancia del factor relacional como regulador de la ritmicidad.

Durante los primeros meses de vida, asistimos a cambios importantes en la distribución de los ritmos y en la relación sueño-vigilia. Eso no ocurre en los bebés con Trastornos Multisistémicos del Desarrollo, en los que encontramos con frecuencia una alteración completa del ritmo noche-día y no asistimos a las graduales modificaciones de los ritmos, de la manera que hemos descrito con anterioridad; la alteración de los ritmos circadianos está generalmente ligada a la presencia de un estado de irritabilidad que describí en anteriores trabajos (Negri, 1984 i 1986). Se trata de un cuadro que tiene la característica de presentarse súbitamente en el bebé, sin ninguna aparente motivación externa, desencadenando una auténtica situación de agitación incontenible: los párpados se abaten repentinamente, el cuerpo es sacudido por una hiperexcitación penosa, la cabeza se retrae bruscamente o es empujada en anteflexión, las manos se abren y cierran rítmicamente, mientras las extremidades superiores se flexionan, el llanto es imparable. Este estado, que puede durar incluso horas, se presenta tal vez con frecuencia durante el día; es la expresión de una situación de angustia intensa que aísla al bebé en su lloro, refractario a cualquier intento de comunicación por parte de la madre.

La alteración del ritmo noche-día se puede expresar, sin embargo, con un exceso de sueño durante el día; en la noche, en cambio, pueden presentarse dificultades que, tal vez, se traducen en una verdadera inversión del sueño y la vigilia.

Se pueden presentar también trastornos precoces en la organización del



comportamiento, que son la expresión de dificultades de la reactividad sensorial, de la autorregulación. Esta observación pone de manifiesto el problema de una correlación entre los Trastornos de la Regulación y los Trastornos Multisistémicos del Desarrollo (tabla 2). Puede ocurrir que los padres refieran que su niño está “demasiado quieto”, come y duerme. Estos niños tienden a tener la cabeza anteflexionada, los párpados semicerrados, la mirada indiferenciada, orientada hacia abajo, a los lados, hacia arriba o, a veces, hacia la decoración de la habitación, pero de manera indiscriminada. Posturalmente, pueden también mostrarse “flojos”, hasta el punto de que los pediatras los derivan a seguimiento por sospecha de hipotonía. Los padres describen un comportamiento pasivo, indiferente a los sonidos y a las voces (Sauvage, 1984). La ausencia del lloro testimonia una reactividad sensorial gravemente comprometida con una percepción del dolor alterada.

Attilio, un bebé de dos meses, con una cardiopatía y en observación conmigo por la presencia de elementos del espectro autista, es dado de alta del servicio de patología neonatal y derivado al de terapia intensiva de los Ospedali Riuniti⁴ de Bergamo, para ser sometido a una intervención quirúrgica del corazón. Durante el ingreso, impacta la nota del neonatólogo que lleva el seguimiento y que, sorprendido, escribe en el informe clínico: “Las enfermeras dicen que el niño no llora nunca”.

En estos primeros estadios del desarrollo son, sin embargo, importantes otras observaciones que expresan dificultades de comportamiento, tal y como las describe Bick (1968): se trata del temblor al que, con frecuencia, se asocia una hipertonia distal, que se pone de manifiesto durante nuestra valoración neurológica y que se presenta espontáneamente a lo largo del día del niño, más fácilmente cuando se le desnuda, cuando se le baña y, en general, cuando se encuentra en situaciones nuevas. Estas manifestaciones pueden ir asociadas al estornudo y al hipo. La cabeza puede estar anteflexionada, como he dicho anterior-

mente, o mantenida en leve retracción. Estas posturas, a veces erróneamente interpretadas en clave neurológica, son el testimonio de una falta de integración de los componentes sensoriales del niño, como la mirada, el uso de la mano y la funcionalidad de la boca. Se puede observar particularmente una auténtica “huida de la mirada”, conseguida por el bebé con gran inteligencia -definida por Meltzer como un “proceso mental que opera a gran velocidad” (Meltzer et al., 1976, p.17). A veces, para poder evitar mejor la mirada, el bebé baja los párpados, “fingiendo” dormir.

Recuerdo a Giuseppe, un bebé de tres meses, guapo y de mirada inteligente; sus vecinos, sin embargo, dicen que parece que no ve, hasta el punto de que, con frecuencia, le pasan la mano ante la cara, acto que a la madre le disgusta mucho; él “evita la mirada” y prefiere mantenerla fija al frente. La madre, no obstante, dice que cuando no le mira, siente que él la está espiando: “Mira a escondidas”. Parece que este niño no tolera de ninguna manera que se le mire a los ojos y, sobre todo, de cerca; cuando ello pasa, se sonroja, entrecierra los párpados, explota en lloro y, quizás con el fin de expulsar mejor

la experiencia, intenta descargar las heces. En estas situaciones, son frecuentes las manifestaciones de tipo psicósomático, especialmente los cólicos gaseosos y el eczema; se trata de formas de expresión que muestran la excesiva tendencia, en estos niños, a expulsar, a aislar en el cuerpo emociones y sensaciones vividas de forma tan persecutoria que no pueden ser mentalizadas.

A veces, ya desde el primer período, cuando estos bebés se encuentran en brazos de la madre, muestran una intensa hipercinesia de las cuatro extremidades, así que la parte superior del cuerpo asume una actitud parecida a la de un boxeador. Incluso después de los cambios conseguidos con el tratamiento, se ha visto que esta anomalía postural representa una manera de reforzar un rígido aislamiento del entorno. La sonrisa aparece muy pocas veces en el rostro de estos pequeños y, si aparece, raramente tiene el significado de una comunicación. Los padres con frecuencia señalan una especie de rigidez mímica. Para demostrarlo traen el álbum de las fotografías del niño y nos enseñan cómo, ya desde el nacimiento, el niño no cambia de expresión con el crecimiento y el desarrollo. Si



Paternidad de Laura Nucenovich, escultora argentina.

⁴ Hospitales Reunidos.

volvemos a hablar de la actitud retraída de la cabeza, existen casos en los que se acompaña de otras manifestaciones motrices que ponen de manifiesto de forma más explícita la tendencia al aislamiento del niño. La cabeza retraída se mantiene girada hacia el lado opuesto a la cara de la madre para evitar mejor la mirada, las extremidades superiores están flexionadas en abducción, rigidificadas en una actitud de distancia, como para evitar la posibilidad de contacto con el cuerpo de la madre; se presentan arqueos bruscos y abruptos del tronco, para caer lejos de su regazo. El cuadro se acompaña, generalmente, de la “huida de la mirada”, de la frecuente protusión de la lengua, que puede ir acompañada de estereotipias gestuales a partir de los cuatro meses. Se dan también problemas de alimentación.

De todas maneras, en la situación de patología vemos que los niños parecen evidentemente presos de ansiedades paranoides y confusionales tan grandes que no permiten la salida de una autosensorialidad persistente. La comprensión de sus ansiedades, realizada a través de la experiencia de la presencia de una persona que sea capaz de ayudarlo a diferenciar, será lo que podrá ayudar al bebé en estos niveles.

EL PAPEL DE LOS PADRES

Es, por tanto, fundamental el papel de la madre, de los padres, cuando saben enfrentarse, acoger, reconocer y conectar aspectos emocionales tan violentos que no son tolerables por parte del bebé. En las sesiones de observación de Francesca, se percibe claramente cómo la relación con la madre representa un factor que favorece la conexión, en el sentido que, si la madre es capaz de acoger los mensajes de la niña, como en este caso, y los retorna dándoles un significado, la integración se ve facilitada. La madre tiene la función inconsciente (*rêverie*) de conectar las diversas actitudes sensoriales de la niña, ya que sabe captar su expresividad, intuye su intencionalidad y, por tanto, amplía la experiencia de la pequeña que, de esta manera, es facilitada y sostenida en su actividad (Bion, 1962).

En la sesión a los tres meses y un día de Francesca, la niña está enferma, es

su primera enfermedad: tiene un fuerte resfriado. En la primera parte de la observación, en efecto, la vemos muy triste, sufriendo; pero, después de un amamantamiento placentero y con las palabras afectuosas de la madre, podemos observar cómo Francesca se siente revitalizada, hasta el punto de que puede separarse del pezón y responder con sonidos articulados y comunicativos a las palabras de la madre, y asistimos a lo que Trevarthen definió como la “vocalización rítmica madre-bebé”. Podemos, por tanto, entender cómo, a través de estos circuitos sensoriales y afectivos, el bebé puede encontrar el empuje y la inspiración para la integración y el aprendizaje.

La labor del tratamiento precoz es, precisamente, la de lograr que los padres con graves dificultades de atención y comunicación puedan reencontrar todas estas funciones con sus bebés. La consigna implícita de este tipo de consulta es, en primer lugar, la descripción y la atención a los síntomas, como señales de alarma que requieren por parte de los padres un comportamiento orientado a modificarlos.

Para poder proponer una intervención de carácter preventivo lo más adecuada y oportuna posible, es muy necesario disponer de una herramienta diagnóstica que permita considerar no sólo la evidencia del trastorno, sino también la presencia de las condiciones que anticipan el trastorno mismo. Las patologías más significativas propias del primer período y en las que encuentro muy útil la detección de los síntomas de alarma son los Trastornos de la Regulación (tabla 2), los Trastornos Multisistémicos del Desarrollo (MSDD, Multisystemic Development Disorder, propuesto por el National Center for Clinical Infant Programs, NCCIP), los Trastornos del sueño y de la alimentación según la Clasificación 0-3, el Trastorno Autista, los Trastornos Generalizados del Desarrollo no especificados, los Trastornos por Déficit de Atención e Hiperactividad y los Trastornos de Somatización según el DSM-IV. Los Trastornos Multisistémicos del Desarrollo actualmente no son considerados en la quinta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5.

En este manual se habla simplemente de Trastornos del Espectro Autista.

Tabla 2

Los Trastornos de la Regulación

Las investigaciones sobre primera infancia de los últimos veinte años han atribuido una importancia creciente al concepto de regulación, entendida como la capacidad que tiene el niño desde el nacimiento de regular sus estados emocionales, de organizar la experiencia y las respuestas comportamentales adecuadas. En el ámbito de este proceso es posible observar, ya desde los primeros meses, diferencias individuales en la capacidad de autorregulación que pueden reflejar variaciones constitucionales y de maduración, las cuales, en algunos casos, comprometen las habilidades del niño de regular los procesos fisiológicos, sensoriales, de atención, motrices o afectivos y de organizar los estados de calma y vigilancia o los estados afectivamente positivos. Estas capacidades de regulación al principio son inmaduras y limitadas y el bebé necesita capacidades de regulación añadidas, que le proporciona la madre que interpreta los comportamientos del pequeño y responde adecuadamente, facilitándole esta labor y ayudándole a autorregularse. Cuando la madre responde de manera apropiada a los comportamientos del niño, éste es capaz de mantener una regulación de sí mismo y de la interacción y, de esta manera, se pueden generar emociones positivas. El sistema de regulación del niño es, por tanto, fundamentalmente un sistema diádico que depende tanto del niño como de la madre. En los Trastornos de la Regulación, se presentan respuestas poco organizadas o poco moduladas que comportan también dificultades del sueño y de la alimentación. La Clasificación 0-3 NCCIP (National Center for Clinical Infant Programs, 1994) y Greenspan (1992) han propuesto una categorización diagnóstica de los Trastornos de la Regulación que considera, juntamente con las dificultades específicas en las capacidades sensoriales y senso

riomotoras, diferentes modalidades de comportamiento caracterizadas por actitudes evitativas o de excesiva dependencia, que muestran una desorganización de los afectos en la interacción con los demás. La clasificación prevé cuatro tipos de Trastornos de la Regulación.

Tipo I: hipersensible

Tipo II: hiporreactivo

Tipo III: desorganizado a nivel motriz, impulsivo

Tipo IV: otros

La definición de cada tipología comprende un patrón comportamental específico, asociado a las dificultades de elaboración o de organización de la información sensorial o sensoriomotora que influye en la adaptación cotidiana del niño y en sus interacciones o relaciones. A pesar de la escasa claridad sobre las causas del trastorno, estos niños presentan dificultades en la organización adaptativa del funcionamiento sensorial, comportamental y del aprendizaje. Las dificultades pueden variar de leves a graves y pueden afectar una o más áreas del desarrollo. Los clínicos que trabajan con niños, sin embargo, consideran necesario evaluar no sólo la contribución de factores intrínsecos de regulación, sino también poder disponer de un esquema de clasificación de los Trastornos de la Regulación para poder orientar las estrategias de intervención (Minde, 1978; Greenspan, 1992). Emde (1993) afirma que, en el estado actual de nuestro conocimiento, se mantienen abiertos muchos interrogantes sobre la validez predictiva y discriminativa de los Trastornos de la Regulación; es un campo en el que profundizar todavía. Este autor se pregunta hasta qué punto, en una modalidad sistemática cualquiera, estos trastornos están conectados con las patologías tardías de la infancia ya conocidas, que implican problemas parecidos de regulación (por ejemplo, los Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad y

los Trastornos Multisistémicos del Desarrollo). Según mi experiencia personal, creo que es muy útil considerar la posible correlación entre Trastornos de la Regulación y el TDAH y el TMSD.

EL CASO DE DAVIDE

Davide es un lindo bebé de dos meses, derivado por el pediatra porque, según él, tiene una mirada que no le gusta; más adelante, me dirá que temía que fuera ciego.

Es el primer hijo de una pareja joven. Nació a término con un peso de más de 3 kg. Lo veo por primera vez a los dos meses y medio. Su postura es flácida, no controla la cabeza. Evita la mirada y, si intento contactar con él, se sonroja, escupe, agita los brazos como un boxeador, emite sonidos repetitivos. La actitud del bebé muestra con claridad que quiere proteger su aislamiento. Teniendo en cuenta la edad del pequeño, hago la hipótesis de un Trastorno Multisistémico del Desarrollo. Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5 se diría, simplemente, Trastorno del Espectro Autista. Vuelvo a ver a Davide después de una semana y empiezo el tratamiento con una consulta con niño y padres. En esta circunstancia, subrayo las mejoras que me parece poder reconocer en Davide y afirmo: "El niño controla mejor la cabeza, mira más a su alrededor y emite en menor medida los 'sonidos de consuelo'" -como había definido con los padres las estereotipias vocales del niño- y les pregunto cómo lo han hecho para conseguir tan rápidamente la modificación del comportamiento de su hijo. La madre está de acuerdo conmigo y añade que Davide mira a escondidas, cuando no se le observa. Especifica que cuando está en el regazo de la abuela la mira, pero, si ella busca su mirada, la evita rápidamente. Los padres reconocieron la huida de la mirada ya desde el nacimiento. La madre afirma: "Nos dimos cuenta de que miraba siempre de lado y decíamos: 'pero ¿qué hay allí? ¿qué hay allí?'". Mientras lo tiene en el regazo girado hacia mí, la madre le requiere dulcemente llamándole "garbancito" y él la mira de reojo. El padre, sentado al lado de su mujer, es un hom-

bre muy tierno y llama al niño susurrándole "Davide... Davide... mira a papá". La madre, que muestra una estructura "más sólida, menos tierna" que el marido, a pesar de estar muy interesada en el pequeño, se le dirige diciéndole "tontorrón, babosete, explícanos algo...", mientras observo que la mirada del pequeño parece perdida en el vacío y la madre está visiblemente angustiada. En este punto intervengo y digo que me parece que Davide se siente atraído por todas las cosas nuevas que hay en la habitación. La madre parece recuperarse y yo repito que he observado mejoras en relación a la visita anterior: en el control de la cabeza, el hecho de que no necesita tanto acompañarse con su voz (también así había denominado las estereotipias vocales que había notado en el niño) y he reconocido una postura más adecuada, en el sentido de que ya no mueve los brazos como un boxeador. La madre contesta que le han ido hablando todo el rato mientras él respondía mirándolos y borboteando, se miraba las manitas, "cruzaba los ojos" y me dice que ya no mira de lado, no quiere el chupete, sino que se pone las manitas en la boca. Comento que éste es un hecho positivo, sus manitas están calientes y se las puede poner en la boca cuando quiere. La madre comunica que ahora a Davide le gusta cuando le bañan, mientras que antes le aterraba el agua; sabe dar a entender cuando está cansado, se despierta pronto por la mañana y, a veces, a las cuatro de la madrugada quiere compañía.

Ahora propongo a la madre que ponga a Davide estirado de espaldas en el cambiador, sosteniéndole con las manos por la nuca, y que le busque la mirada. De entrada, él no tolera ser sostenido por la nuca y no retorna la mirada a la madre, se rebela, incrementa las estereotipias sonoras, pero después las interrumpe, le retorna la mirada a la madre y ésta comenta sonriente: "me mira, me mira...".

La cuarta sesión de consulta se realiza cuando Davide tiene tres meses y veinte días, siempre acompañado por ambos padres. La madre me habla de los avances del niño, que se interesa siempre por sus manitas y que se las lleva con frecuencia a la boca. Han disminuido clara-

mente las estereotipias sonoras. En brazos de la madre, intercambia con el padre un buen contacto visual acompañado por vocalizaciones comunicativas.

EL MIEDO

En esta sesión, la madre me dice que Davide es miedoso, un cagado, aclarando así cuál es el problema central del niño: el miedo. El padre también interviene diciendo que el pequeño se retrae incluso cuando sólo se le mueve de repente. Cabe subrayar que en este punto la madre añade: “es un cagado como yo, como mi padre. Es un miedoso”. La comunicación de la madre me empuja a ocupar algunas sesiones para analizar el problema transgeneracional que se perfila con esta afirmación. Es importante para que las proyecciones de la madre no pesen sobre el niño.

En la sesión a los cuatro meses, el bebé, siempre en los brazos de la madre, está completamente transformado, sonrío al padre y a la madre, balbucea produciendo sonidos comunicativos: la vocalización rítmica madre-bebé, según Trevarthen. En esta ocasión, el padre reconoce la bondad del tratamiento y dice: “Madre mía, qué bien que se está aquí”. Davide está atento ahora a mi presencia, me escucha, me observa, me devuelve la sonrisa.

EL TRATAMIENTO

Las consultas con Davide, con una duración aproximada de una hora, fueron cada quince días en el primer año, una vez al mes hasta los dos años y cada tres meses hasta los tres años, cuando Davide se mostró del todo adecuado en su comportamiento, en el lenguaje y en el dibujo. Fue interesante reconocer cómo el miedo fue elaborado y se concentró en el personaje de un cuento: el cuento de Blanca y Bernie, en el que se describe un personaje maléfico, la señora Medusa, por la cual Davide muestra un miedo intenso. También en el parvulario, a donde fui a observarlo y en donde me reconoció, mostró un comportamiento adecuado, tanto por lo que respecta a la socialización como al aprendizaje.

Querría subrayar que durante el tratamiento no di nunca consejos a los pa-

dres, sino que me limité a intervenciones “insaturadas”, como por ejemplo cuando la madre me dijo que al niño le gustaba bañarse y yo, prácticamente, me limité a repetir lo que ella decía: “mira, ahora al niño le gusta bañarse”. El aspecto de la insaturación de la intervención (Ferro, 1992) es el menos codificado en el tratamiento psicoterapéutico del niño, pero se ha de reconocer que produce avances evolutivos en el pequeño paciente. En las sesiones de consulta terapéutica realizadas con un niño muy pequeño a través de los padres, creo que puede ser una manera de solicitar a los padres que ellos mismos encuentren en el hijo aspectos que el propio terapeuta no sabe encontrar. ●

BIBLIOGRAFÍA

American Psychiatric Association. (1994). *DMS IV- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, (4 th ed. Revised). Washington DC, USA: The American Psychiatric Association.

American Psychiatric Association. (2014). *DMS V- Manuale Diagnostico E Statistico Dei Disturbi Mentali*. Milano, Italy: Raffaello Cortina Editore.

Bick, E. (1964). Notes on infant observation in psychoanalytic training. *International Journal of Psycho-Analysis*, 45, 558-566.

Bick, E. (1968). The experience of the skin in early object-relations. *International Journal of Psycho-Analysis*, 49 (2), 484-486.

Bion, W. (1962). *Learning from Experience*. London, United Kingdom: William Heinemann. (Reedición London Karnac Books, 1984).

Emde, R.N., Bingham, R.D. y Harmon, R.J. (1993). Classification and diagnostic process in infancy. En C. H. Zeanah. (Ed.), *Handbook of Infant Mental Health* (pp 225-235). New York, USA: Guilford Press.

Ferro, A. (1992). *La tecnica nella psicoanalisi infantile*. Milano, Italy: Raffaello Cortina Editore.

Greespan, S.I. (1992). *Infancy and Early Childhood*. Madison CT, USA: International Universities Press.

Meltzer, D., Bremner, J., Hoxter, S., Weddell, D. y Witemberg, I. (1975). *Explorations in Autism: A Psychoanalytical Study*. Perthshire, Scotland: Clunie Press. (Reedición London: The Harris Meltzer Trust, 2008).

Meltzer, D. y Harris Williams, M. (1988). *The Apprehension of Beauty*. Perthshire, Scotland: Clunie Press. (Reedición London: The Harris Meltzer Trust, 2008).

Minde, K., Trehub, S., Corter, C., Boukydis, C., Celhoffer, L. y Marton, P. (1978). Mother-child relationships in the premature nursery: an observational study. *Pediatrics*, 61, 373-379.

Minde, K., Perrotta, M. y Hellmann, J. (1988). Impact of delayed development in the premature infant on mother-infant interaction: a prospective investigation. *Pediatrics*, 112 (1), 136-142.

Negri, R. (1983). Introduzione al dibattito: il neonato in neuropsichiatria infantile. *Giornale di Neuropsichiatria dell'Età Evolutiva*, 3 (1), 59-60.

Negri, R. (1984). Segni predittivi di schizofrenia infantile nel primo anno di vita. En C.L. Cazzullo. (Ed.), *La Schizofrenia in Età evolutiva, Fattori di Rischio e Predittività* (p.p 45-52). Rome, Italy: Il Pensiero Scientifico.

Negri, R. (1986). Riconoscimento e cura della psicosi nei primi mesi di vita. *Psichiatria dell'Infanzia e dell'Adolescenza*, 6, 673-684.

Rhode, M. (1997). Psychosomatic integrations: eye and mouth in infant observation. En S. Reid. (Ed.), *Developments in infant observation: The Tavistock Model* (pp. 140-156). London, United Kingdom: Routledge.

Robson, K.S. (1967). The role of eye-to-eye contact in maternal infant attachment. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 8, 13-25.

Sauvage, D. (1984). *Autisme du Nourrisson et du Jeune Enfant (0-3 Ans)*. Paris, France: Masson.

Touwen, B. C. L. (1990). Variability and stereotypy of spontaneous motility as a predictor of neurological development of preterm infants. *Developmental Medicine and Child Neurology*, 32, 501-514.

Trevarthen, C. (2010). *Mente con mente nell'infanzia: condividere scopi, esperienze, emozioni, e pensieri senza parole*. En F. Bisagni. (Ed.), *Dialoghi D'Infanzia Voci dall'Inter-School Forum on Child Analysis 2008-2009* (pp. 43-68). Torino, Italy: Antigone Editions.

