

## La Psicopatología del Bebé<sup>1</sup>.

Pascual Palau Subiela.<sup>2</sup>

La primera parte de mi exposición sobre la psicopatología del bebé seguirá los desarrollos de León Kreisler<sup>3</sup>, fundador de la Unidad de Psicopatología del niño y del adolescente en el Hospital de Psicopatología Pierre Marty de Paris y la segunda parte abordará la clínica de varios casos<sup>4</sup>.

En la última década se ha producido un interés apasionado por la psicopatología del bebé, tal como lo testimonia la explosión de trabajos sobre las competencias precocísimas de este. No hace mucho, el bebé era considerado en la pediatría como un ser pasivo a alimentar y dejar dormir. Hoy en día sin embargo se le reconoce un funcionamiento psíquico así como disfuncionamientos cuyas premisas emergen desde el nacimiento e incluso antes de este.

La originalidad fundamental de estos trabajos consiste en haberse centrado sobre la interacción entre el niño y su madre y/o sus cuidadores. Elevada al rango de un objeto singular de la observación y de investigación, ha conducido hacia conocimientos insospechados sobre el joven bebé que, dotado de capacidades ya muy organizadas y una sensibilidad aguda, es apto para comunicarse por todos los canales sensoriales sin excepción y a provocar la comunicación.

Estos descubrimientos llevan a preguntarse sobre la relación entre los fenómenos observables y los mecanismos psíquicos que los determinan. Para intentar ligar esos dos niveles, León Kreisler y Cramer retoman la noción, ampliamente desarrollada por S. Lebovici, de interacción fantasmática. Esta noción pone en evidencia que no se pueden comprender las interacciones precoces más que incluyendo en la observación la vida mental de los protagonistas, el bebé y sus padres o aquellos que lo cuidan, en particular la madre, cuestión que incluye las capas más profundas del psiquismo de éstos. El bebé se encuentra por tanto muy precozmente conectado al mundo interno de su madre. Esto supone que puede ser desorganizado por eventuales señales contradictorias que ella le dirige y que en ese contexto, de la interacción continua con ella, puede convertirse en revelador de los conflictos intrapsíquicos de ésta o comportarse como una señal de alarma para ella.

El estudio que abarca el modo de funcionamiento de los dos psiquismos, definidos por la intersubjetividad, abarca tres niveles de interacciones: comportamentales, afectivas y fantasmáticas.

La psicopatología del bebé posee, con sus múltiples variantes, una gran riqueza. Es necesaria una visión

---

1.- Texto elaborado en el año 2002 para la docencia de la Patología Psicopatológica de bebés y de niños. Se trata de una síntesis de los principales desarrollos especializados en el campo surgidos de las investigaciones y prácticas clínicas del Hospital de Psicopatología Pierre Marty de Paris. Hospital integrado en la Red Asistencial Pública de Paris (ASM-13). Extrae sus conceptos principales de las investigaciones y de las publicaciones de León Kreisler, Pediatra y Psiquiatra, Ex-Jefe de la Unidad de Psicopatología del niño y del adolescente del Hospital de Psicopatología Pierre Marty de Paris. Es a él, pues, a quien corresponde el merito principal de los conocimientos divulgados.

2.- Especialista en Psicología Clínica, Psicopatólogo de bebés y niños. Consultor hospitalario de pediatría en patología psicopatológica del bebé y del niño y de psicopatología perinatal e infantil. Miembro Titular Formador del Instituto de Psicopatología de Paris. Formado en el Hospital de Psicopatología Pierre Marty de Paris. E.mail: pascual.palau@gmail.com.

3.- Esta presentación extrae sus conceptos principales de León Kreisler, Pediatra y Psiquiatra, Ex-Jefe de la Unidad de Psicopatología del niño y del adolescente del Hospital de Psicopatología Pierre Marty de Paris. Es a él pues a quien corresponde el merito principal de los conocimientos divulgados.

4.- Reservada a la exposición directa con los alumnos.

bifocal continua que abarque simultáneamente las características clínicas y metapsicológicas del niño y aquellas de la relación madre hijo. Una complementariedad transdisciplinar es una condición primordial para la práctica y la investigación en este campo.

**La clínica psicosomática** del lactante extrae su conocimiento de dos orientaciones principales, unas pediátricas, y otras psicológicas y psicoanalíticas. El interés de la pediatría se centró inicialmente sobre la anorexia y los trastornos del sueño. Estos síndromes contribuyeron especialmente en el conocimiento psicológico del niño pequeño en el entorno médico.

En el ámbito psicoanalítico, la psicosomática infantil ha sido abordada, inicialmente, mediante la reconstrucción del pasado de pacientes adultos en proceso de cura. Sin embargo los estudios contemporáneos permiten adentrarse en la observación directa del desorden psicosomático desde los primeros tiempos de la vida. René Spitz fue uno de los iniciadores de la observación directa de la patología somática del lactante desde una perspectiva psicoanalítica.

Más adelante se genera, en un primer tiempo una colaboración transdisciplinar pediátrica, psicosomática y psicoanalítica que produce un observación conjunta promovida por L. Kreisler, M. Fain y M. Soulé en torno a trastornos funcionales tales como Cólicos, insomnio, mericismo, vómitos, anorexia; trastornos de expresión anal como encopresis y megacolon funcional; los trastornos de expresión respiratoria: espasmos del sollozo, asma. Sus trabajos dieron como resultado la publicación del libro titulado "El niño y su cuerpo".

En un segundo tiempo, dentro de la corriente de investigaciones del Instituto de Psicosomática de Paris, Leon Kreisler desarrollará unos trabajos importantes sobre la patología de alto riesgo, tanto funcional como lesional, cuyos resultados han sido publicados en numerosas revistas y tratados sobre psicopatología y psicosomática infantil.

## **DEFINICIÓN.**

La patología psicosomática designa los desórdenes orgánicos, lesionales ó funcionales, cuya génesis y evolución reconocen una participación psicológica prevalente. Esta definición, recogida en el DSM-IV y en el capítulo 5 de la CIE-10 como factor F-54, excluye los daños corporales accidentales y autoagresivos, así como las consecuencias de las violencias ejercidas sobre los niños.

En la nosología del lactante y del niño figuran a su lado: los trastornos del desarrollo, la expresión motora y comportamental y, a partir del segundo semestre, los trastornos de expresión mentalizada, neuróticos, depresivos, psicóticos y deficitarios.

El estudio de los desórdenes revela un amplio abanico de formas y gravedad, de las más serias a las más comunes, hasta las variaciones de la normalidad, ya que el niño mejor equilibrado puede "elegir" un día el registro somático para expresar su malestar con el abandono ó con el conflicto.

Los trastornos pueden afectar todos los aparatos. La nosografía médica agrupa los síntomas para codificarlos en síndromes y enfermedades. El conocimiento psicosomático los integra en el contexto relacional y mental del niño. Dentro de esta diversidad, una primera orientación proviene de la cronología. La patología lleva la huella de la edad en la diacronía del desarrollo, biológica y mental. Por ello resulta que sería insuficiente repertorizar un trastorno según la función orgánica afectada.

Por convención la edad del lactante abarca los treinta primeros meses.

Podemos distinguir tres períodos significativos de la cronología de los desórdenes psicosomáticos:

1º - la fase primaria donde los trastornos aparecen bien sea desde el nacimiento o casi, bien sea en el primer trimestre;

2º - del segundo semestre hasta la edad de los 15 -18 meses, período constitutivo del apego, llamado a veces fase anaclítica para subrayar el rol del apuntalamiento en la construcción de la relación objetal;

3º - fase terminal de la primera edad que se extiende desde la mitad del segundo año a la mitad del tercero.

Cada fase contiene sus trastornos privilegiados. El cólico idiopático está ya hacia el doceavo o quinceavo

día, el momento en el que se anudan las primeras relaciones, y cesa de manera brusca en el tercer mes, el momento en el que se ponen a punto las estructuras mentales del primer organizador de Spitz. La aparición del insomnio es bien sea precoz en el primer trimestre, bien sea más tardío en el segundo o tercer año. Aunque existen trastornos muy precoces, el segundo semestre es un periodo electivo de los trastornos de las conductas alimentarias. El espasmo del sollozo es una enfermedad del segundo y tercer año.

## **PATOLOGÍA PSICOSOMÁTICA PRECOZ. NOMENCLATURA MÉDICA.**

(León Kreisler)

Trastornos de expresión nerviosa.

Desórdenes del sueño. Convulsiones.

Conductas alimentarias desviadas.

Anorexia. Vómitos. Mericismo.

Geofagia. Coprofagia. Tricofagia. Pica.

Bulimia. Potomanía.

Desórdenes digestivos.

Cólicos del primer trimestre. Dolores abdominales

Estreñimiento. Diarrea

Colitis. Colon irritable. Recto colitis

Úlceras digestivas

Síndromes y enfermedades respiratorias

Espasmos del sollozo

Asma

Afecciones rino-faríngeas. Otitis reiterativas

Bronquitis. neumopatías recidivantes.

Enfermedades cutáneas

Eczema. Urticaria. Pelada. Soriasis

Síndromes generales

Enfermedades alérgicas

Malnutrición. Retraso del crecimiento

Obesidad

Infecciones a repetición

## **IMPORTANCIA DE LA SEMIOLOGÍA.**

El análisis semiológico minucioso del trastorno es necesario. En este sentido, la anorexia mental del lactante contiene, al lado de la forma común y banal, llamada de oposición, las formas complejas por la diversidad de los mecanismos implicados. Entre los vómitos psicógenos, el mericismo plantea la necesidad de una comprensión particular. A su vez, la calidad del insomnio plantea múltiples matices.

## **LA INVESTIGACIÓN PSICOSOMÁTICA.**

La evaluación de los desórdenes reposa sobre la investigación clínica cuyas metas son:

- Reconocer y discriminar el síndrome físico, a la vez en sus aspectos médicos y en su sentido dentro de la economía psicosomática.
- Analizar la calidad de la interacción entre la madre y el niño.
- Precisar las características psicológicas del niño en su perfil general y más particularmente las modalidades de su funcionamiento mental.
- Evaluar la personalidad del personaje clave de la relación, habitualmente la madre, su estructura, su funcionamiento en su rol maternal, situando todo ello en la relación con el padre, en el contexto familiar y social.

- Identificar los acontecimientos desencadenantes en la evolución del niño, su biografía, interpretando todas las circunstancias en la dinámica de la interacción. Es necesario subrayar la importancia del tiempo del examen que aborda los acontecimientos que han marcado la gestación, el parto y el tiempo posterior. En la patología psicosomática del recién nacido encontramos que los trastornos precoces son, frecuentemente, la consecuencia de las dificultades del investimento maternal primario.

## **LA MADRE Y EL ENTORNO FAMILIAR.**

La evaluación de la personalidad de la madre o de quien cuida al bebé es un aspecto esencial de la investigación psicosomática de un niño. Demasiado a menudo, se desarrolla en una actitud desviada por la parcialidad o por una actitud acusadora. Tampoco debemos confundir las causas con sus efectos, olvidando lo que pueden ser las reacciones de la madre frente a un hijo enfermo.

Las actitudes patógenas pueden ser muy diversas. Ellas pueden ser debidas al carácter de la madre, pero también debido a ciertas circunstancias: condiciones materiales difíciles, ruptura de proyectos profesionales, crisis familiar, tensión de la pareja, enfermedad de otro hijo, etc. Pero también pueden tener su origen en el malestar temprano sufrido por un bebé a consecuencia de una enfermedad o discapacidad y descompensar el equilibrio emocional de quienes lo cuidan. Ambas situaciones pueden conducir a una experiencia transaccional perturbadora del equilibrio personal y de la experiencia de relación intersubjetiva.

Resulta excesivamente superficial etiquetar a las madres de sobre protectoras, ansiosas, perfeccionistas... e ilusorio el atribuir los trastornos de un niño a las personalidades parentales específicas.

Es sin embargo indispensable evaluar en qué medida los comportamientos nocivos forman parte o no de una patología y precisarlos.

Una atención particular debe prestarse a los fenómenos psicológicos entorno al nacimiento, generadores de una mala relación inicial y de trastornos ulteriores. En torno al nacimiento muchas mujeres atraviesan un periodo difícil bajo la forma descompensaciones muy variadas, unas benignas y otras preocupantes. El destino de esta fase depende mucho de la prueba de realidad que representa el nacimiento de un hijo normal que se desarrolla bien. El recién nacido en su estado físico, su sexo, su comportamiento motor y alimentario, confronta a la representación fantaseada del hijo esperado con el hijo real. Esta prueba de realidad puede fracasar por la diferencia, inaceptable para la madre, entre el cuerpo imaginado del niño y el cuerpo real. A la inversa, el nacimiento de un niño enfermo o malformado viene a reactivar el fantasma universal que tiene toda madre de ser más o menos mala madre, incapaz de engendrar a un niño sano y bueno.

Los primeros tiempos del desarrollo del niño confirmaran a la madre en su capacidad de nutrirlo, de cuidar de él, de hacerlo crecer y aumentarán su confianza en ella misma. Se trata de una situación impregnada de todo un pasado actualizado y a veces reactivado si los antiguos conflictos están mal elaborados.

## **EL PADRE.**

El interés suscitado por las consecuencias psicológicas de la carencia de los cuidados maternos, ha dejado de lado, a lo largo de muchos años, al padre, su rol en el desarrollo de la personalidad del niño y sus anomalías. Aunque en los primeros meses el padre interviene de forma sobre todo indirecta, en la actualidad el padre entra mucho más que antes, de manera directa, en la vida y los cuidados del niño. La unidad madre niño necesita ser pensada incluyendo al padre en una relación de tres.

La exclusión del padre, su propia auto exclusión, mantenerlo fuera del deseo maternal, desemboca frecuentemente en una relación madre hijo cerrada y patógena, que se reconoce bajo la apelación de madre sobreprotectora y padre borrado y excluido. En algunas ocasiones se observa una importancia directa del padre en la organización de los trastornos psicosomáticos bien sea porque se posiciona como rival del niño, porque experimenta sentimientos maternos excesivos ó porque mantiene un interés anormal sobre algunas funciones fisiológicas.

## **INCIDENCIAS SOCIALES.**

Es necesario saber si las condiciones sociales actuales: trabajo de la madre, proximidad mayor del padre, custodia del niño por una nodriza, en guardería, aislamiento de la madre cortada de sus lazos familiares, intervienen en la frecuencia y en la calidad de la patología precoz. El asma y el insomnio pueden ser tributarios del modo de vida del niño, es decir de las condiciones sociales. Se dice que el sentimiento maternal se debilita debido a la disminución de los contactos entre el niño y su madre, menos apta para percibir las necesidades y las enfermedades.

Un ejemplo de ello podemos encontrarlo en el caso particular de las condiciones que se producen entorno a un niño prematuro. El prematuro, incluso exento de toda anomalía cerebral es expuesto más que otro niño a una psicopatología secundaria y tardía: anorexia, insomnio, trastornos del comportamiento, inestabilidad, tics, torpeza corporal y manual, dificultades escolares. Estos trastornos son la consecuencia de las condiciones patógenas precoces.

Privado frecuentemente de contactos maternales, el gran prematuro es sometido a lo largo de semanas, incluso meses a unas condiciones de vida artificial por la calidad de las aferencias, ya que la supervivencia depende de los medios técnicos que aseguran una a una las funciones vitales: estancia en incubadora, alimentación por sonda, oxigenación, cuidados de reanimación.

Debido a todo ello la madre es privada de todo el periodo inicial de contactos con su hijo, tan necesario para la eclosión y el desarrollo del apego. También se encuentra sometida a múltiples experiencias angustiosas:

La gestación amputada del periodo final, esencial para la preparación de los sentimientos maternales.

El parto, inesperado, que deja a la mujer sola en la clínica sin su hijo, que pasa a cargo de otros, y la expone a la actualización de los fantasmas más inquietantes.

Los primeros encuentros, desfasados, son aquellos en los que una mujer poco preparada se encuentra con un hijo objetivamente difícil. El intercambio relacional, desviado en sus inicios, corre el riesgo de permanecer en la discordancia. La evolución de la madre depende mucho de las circunstancias, del sostén que encuentra en el entorno, del padre, y de su personalidad. Algunas mujeres quedan sería y definitivamente marcadas y toda su actitud educativa se resiente. Otras sin embargo saben reencontrar un equilibrio. La reacciones más preocupantes están ligadas a las actitudes agresivas de las que resulta un desinterés y a veces un rechazo directo camuflado del niño.

La situación de la prematuridad ha permitido esclarecer mejor las anomalías del investimento maternal. Pero también es de gran interés para la discusión sobre el rol de los factores traumáticos y del acontecimiento. La diferencia en su desarrollo de niños sometidos a condiciones materiales comparables sugiere la importancia de los factores relacionales. La cualidad de la patología, que posee una cierta especificidad conocida con el nombre de síndrome del antiguo prematuro, está ligada a la cualidad de las condiciones iniciales.

La psicopatología del antiguo prematuro puede ser interpretada como el resultado de la conjunción de factores de dos órdenes: los unos personales del niño, los otros debidos al entorno.

## **EL EQUILIBRIO PSICOSOMÁTICO DEL BEBÉ.**

Para el lactante cuya organización mental esta inacabada, la instancia defensiva de su homeostasis está asegurada por la función materna, en un periodo en el que el funcionamiento interactivo asegura la gestión del equilibrio psicosomático. Las cualidades para una homeostasis psicosomática de buena calidad son la plenitud, la flexibilidad y la estabilidad.

*La plenitud* se refiere a toda la riqueza contenida en la interacción imaginaria y fantasmática. Consolida el apego con su carga afectiva, impulsa el desarrollo de la anticipación de los proyectos de la madre construidos para su bebé, vivido a la vez en su momento actual y su futuro.

*La flexibilidad* designa la permeabilidad de la adaptación mutua movimientos temporales y espaciales que son infinitos, armonía rítmica, balanceo del niño en los brazos al paso de la marcha, cantos y modulaciones locales.

*La estabilidad* se funda ante todo con la permanencia de la relación con el objeto de investimento -la madre o su sustituto- y, en esa relación, la coherencia de los cuidados maternos.

*Coherencia y flexibilidad* son inseparables para captar las necesidades de base fisiológica e instintual; captar e interpretar los comportamientos de competencia y responder mediante los contactos, las emisiones vocales, y gestos a los cuales el niño va a responder a su vez para establecer y entretener la cadena de las interacciones; proteger al niño, no sólo contra los riesgos exteriores, sino también respecto de las excitaciones nocivas derivadas del entorno. Éste rol de paraexcitación es ejercido por la madre antes que el psiquismo del bebé haya adquirido su funcionamiento protector autónomo.

## **LAS INFLUENCIAS INTERACTIVAS DE RIESGO PSICOSOMÁTICO.**

La insuficiencia crónica del apego por carencia libidinal, falta de aportes y estimulaciones, determina la patología psicosomática de la miseria afectiva que es la más severa. La gravedad es debido bien sea por la intensidad de los trastornos funcionales pillados en un automatismo de repetición peligroso (anorexia severa, mericismo, vómitos psicógenos...), bien sea por una organicidad lesional: enfermedad asmática complicada por infección o insuficiencia respiratoria, recto colitis ulcerosa, retraso del crecimiento por sufrimiento psicológico... las condiciones contemporáneas más frecuentes de la carencia de apego son la discontinuidad de la relación, las separaciones reiteradas, la inestabilidad de la custodia, las hospitalizaciones injustificadas, o también el "hospitalismo intrafamiliar", relación blanca con una madre incapaz de investir a su bebé.

A la patología somática de la falta se opone aquella del la sobre-excitación y de la sobre-estimulación. La sobrecarga de excitación aparece en particular en la patología funcional corriente, los cólicos, los trastornos del sueño, el espasmo del sollozo... El exceso de excitación contiene un potencial inmediato de descarga funcional.

La sobrecarga de excitación y la coacción se revelan como generadores de una franja amplia de la patología psicosomática.

El insomnio primario y el cólico del primer trimestre son los ejemplos más precoces de una repuesta somática a una situación conflictual. La sobre excitación puede ser global o selectiva. Existen numerosas situaciones que pueden agruparse bajo el término de distorsiones. Algunas son suficientemente precisas para orientar la patología psicosomática.

A título de ejemplo están:

1º - la excitación continua dirigida sobre una esfera funcional electiva (la alimentación, la evacuación intestinal por ejemplo) que contribuye a la génesis y al desarrollo de los trastornos tales como la anorexia y el estreñimiento como el megacolon psicógeno;

2º - los comportamientos de sobreprotección materna con exclusión del padre que mantienen una relación simbiótica a costa del proceso de separación individuación como puede observarse en niños afectados de asma o de eczema.

Las incoherencias y las discordancias cualitativas y temporales de la relación merecen ser subrayadas en las condiciones de vida contemporáneas. Estas son a menudo, desgraciadamente, ajustadas en función de las exigencias materiales del entorno más que sobre las necesidades del niño, a partir de entonces encerrado en el conformismo.

Las irregularidades cualitativas y cuantitativas del apego influyen globalmente la organización afectiva y dañan la construcción de las defensas psicosomáticas para el presente y a veces para el futuro.

Las circunstancias que amenazan al niño en nuestras civilizaciones no son ajenas a las formas actuales de la psicopatología del adolescente y del adulto.

Ellas son cada vez más atípicas y caracterizadas por la deficiencia de las capacidades de comunicación. En estas estructuras inciertas se encuentran las neurosis de comportamiento y las neurosis de carácter,

ambas de alto riesgo psicosomático.

## **LAS INFLUENCIAS MENTALES DE RIESGO PSICOSOMÁTICO.**

En los periodos iniciales, las defensas psicosomáticas están aseguradas por los cuidados maternos; el funcionamiento interactivo es el regulador del equilibrio psicosomático.

La génesis de la economía psicosomática a lo largo del desarrollo parte del funcionamiento interactivo primitivo hasta llegar a la elaboración de las defensas psicosomáticas autónomas que se construyen a partir del segundo año de vida.

## **ALGUNOS PRINCIPIOS.**

En cualquier edad, un funcionamiento psíquico sin desfallecimientos, en una constitución afectiva plena, equilibrada y estable, ocupa un lugar esencial entre las defensas que se oponen a la desorganización psicosomática.

Esta propuesta fundamental es el resultado de la identificación clínica de estructuras mentales vulnerables respecto de la desorganización somática. También proviene de la dilucidación de mecanismos psíquicos implicados en la desorganización psicosomática, en particular ciertas formas de depresión.

La nosografía psicosomática señala estructuras de personalidad que se diferencian de las organizaciones mentalizadas bien constituidas, tipo neurosis clásicas. En particular, se trata de las neurosis de comportamiento, ciertas neurosis de carácter y la estructura alérgica esencial.

La desorganización psicosomática debe de ser diferenciada del modelo simbólico de la neurosis y de la conversión histérica. Para el histérico, el cuerpo es un instrumento de expresión simbólica, mientras que en la clínica psicosomática el cuerpo es víctima de afectos y de pulsiones suprimidas.

El observador de la patología psicosomática se encuentra frecuentemente ante la evidencia de condiciones conflictuales, que es necesario elucidar tanto para una prevención como para una resolución.

Los fenómenos ambientales patógenos pueden ser separados en dos categorías por una parte la coacción y el exceso, de otra parte la insuficiencia de estimulación y de aporte efectivo.

La desorganización somática se produce bajo la influencia de acontecimientos traumáticos cuya consecuencia es una ruptura de la economía psicosomática habitual. La expresión mental de ésta ruptura es la depresión esencial. Ésta representa una verdadera sideración afectiva de la que resulta un funcionamiento mental de tipo operatorio privado de afectos y de representaciones fantasmáticas.

La depresión esencial es una de las circunstancias mentales entre las más frecuentes, ligada a la aparición de las enfermedades. Tan pronto afecta a alguna de las estructuras citadas antes, como puede sobrevenir en el curso de vida del niño hasta entonces sin problemas, por una modificación de la relación, bruscamente privada de su plenitud afectiva.

Descrita en el adulto por Pierre Marty bajo el título de la depresión esencial, la atonía depresiva del niño puede observarse en todas edades, desde el lactante hasta el adolescente. La expresión clínica resulta unas veces evidente, otras larvada o incluso camuflada bajo formas tales como la astenia en el niño mayor ó el adolescente.

Su expresión se produce en negativo, inhibición, inercia, indiferencia, sin angustia, sin desamparo ni incluso tristeza. La monotonía mecánica de los comportamientos que acompaña el vacío depresivo es cercana de aquella del comportamiento vacío, salvo en la rapidez de su constitución bajo la influencia de condiciones relacionales nuevas que cortan la trayectoria del desarrollo, dando paso a una evolución aguda o sub-aguda, de duración limitada si las circunstancias anormales cesan.

Las causas más frecuentes son la ruptura del vínculo con la madre en ocasión de una separación o la grave perturbación del mismo ante circunstancias angustiosas que puedan atormentarla de manera intensa y prolongada. Entre las circunstancias que rodean las depresiones de los bebés, una de las más llamativas es la descompensación depresiva de la madre debido a la pérdida de un ser querido, un drama neonatal, aborto

espontáneo o provocado que ha producido una afectación emocional y el padecimiento de una angustia no elaborable y persistente.

En el niño, como en el adulto, la atonía depresiva es un mecanismo de desorganización psicosomática mayor. Está presente en enfermedades muy variadas. Existen trabajos que señalan depresiones inmunitarias que coinciden con las circunstancias de duelo.

La sobrecarga de excitación es el otro mecanismo mental de la desorganización somática. Desbordado por las presiones exteriores ó por la angustia, el psiquismo fracasa en su rol de protección. Las angustias generadoras de desorganización son difusas, es decir privadas de representaciones: el paciente no puede reconocer ni contenido ni razones. Ellas reenvían a la angustia arcaica del bebé ante la desaparición de su madre. De manera general, la depresión esencial es precedida de un periodo de angustias difusas en todas las edades, incluyendo a los lactantes.

## **DEFINICIÓN Y ANÁLISIS SEMIOLÓGICO DE LA DEPRESIÓN DEL BEBÉ.**

La depresión del lactante no es de expresión unívoca. Sus variaciones tienen que ver con el grado de intensidad de la perturbación, su duración, la edad del niño, las condiciones etiológicas. Las formas más graves llevan a las designaciones de estupor, atontamiento, “sideración” mental; el niño sentado inmóvil, o acostado con el cuerpo replegado, con la espalda vuelta, la cara paralizada en una rigidez glacial, la mirada vacía, como sordo y ciego al entorno. Hay, por el contrario, expresiones menos evidentes. La dificultad de reconocerlas puede depender simultáneamente o por separado de que los síntomas sean tenues, de que estén camuflados por una patología somática que ocupa la escena, o de las circunstancias familiares o sociales que las enmascaran. Subrayemos la posibilidad de evoluciones a brotes, largos o breves, evidentes o discretos; su gravedad es atestiguada por las desorganizaciones psicosomáticas que a menudo actúan como reveladoras.

La diversidad de estas formas no empaña para nada la unidad de la enfermedad depresiva del lactante cuyos elementos esenciales son: 1/ la atonía tímica; 2/ la inercia motriz; 3/ la pobreza de la comunicación interactiva; 4/ la vulnerabilidad psicosomática.

**La atonía tímica.-** Los síntomas más sorprendentes se encuentran en las modificaciones del comportamiento que resaltan sobre el hábito anterior del niño que revela la indiferencia, una indiferencia triste, sin quejas ni lágrimas, depresión fría, puede decirse depresión blanca. Las descripciones de la literatura están a menudo falseadas por la evocación de la vivencia depresiva del adulto cuando se habla de desolación, de angustia depresiva o de desamparo, las cuales pertenecen a la fase prodrómica del síndrome y no a la depresión misma. La depresión del bebé es una atimia global, más cercana de la indiferencia que de la tristeza. Lo propio de la semiología depresiva del niño es ser negativa. Presenta “en hueco”, puede decirse, la esencia misma de las apetencias vitales del bebé con buena salud: el apetito no sólo de nutrirse, sino de mirar escuchar, sentir, ejercer su sensorio en todos los campos, moverse, conocer, funcionar, progresar.

**La inercia motriz.-** La lentitud depresiva es constante, aunque de grado variable, y sería deseable que fuera objeto de evaluaciones codificadas, como se ha hecho para el enlentecimiento depresivo del adulto. La inercia depresiva infiltra el comportamiento por 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 encolada, con el matiz de que la paralización afecta más al tronco y la raíz de los miembros que las extremidades manuales y digitales relativamente más móviles. Las iniciativas psicomotoras están disminuidas y la respuesta motriz a las sollicitaciones está debilitada. De ello puede resultar una disminución de las adquisiciones hasta el punto de hacer creer a veces en una regresión deficitaria. Spitz habla de una disminución del cociente del desarrollo apoyándolo con cifras catastróficas. Esta formulación es ambigua pues la pérdida de las adquisiciones psicomotrices es sólo aparente, como lo muestra la reversibilidad, de una rapidez “dramática”, al salir de la enfermedad.

Las conductas alimentarias están impregnadas de esta inercia. La pérdida del apetito es un síntoma común a todos estos niños, dijo Spitz. La anorexia depresiva del lactante es del tipo de anorexia de inercia



marcada con el sello de la pasividad [10,11]. Como privado de las manifestaciones del hambre, el bebé se defiende sin fuerza contra la nutrición durante las comidas tristes e infligidas que terminan a menudo por un rechazo de desbordamiento. Las reacciones frente a la violencia alimentaria son silenciosas o reducidas a gemidos lastimeros. La conducta anoréxica está redoblada por un desinterés por las actividades autoeróticas orales, incluida la succión del pecho o de la tetina, la que parece no saber usar; a veces se precisa recurrir a la alimentación con cuchara. Las dificultades alimentarias pueden llegar a constituir un problema psicosomático central.

A la uniformidad monocorde de los comportamientos se añade una tendencia repetitiva que está en el primer plano de la semiología depresiva del niño. Estos niños pueden mostrar un interés real por los juegos, pero sus actividades lúdicas son monótonas, repetidas en sus secuencias, desprovistas de textura imaginaria y fantasmática.

La repetición de la depresión del bebé se distingue sin dificultades a la vez de los estereotipos psicóticos y de los ritos de tipo obsesivo. **La pobreza interactiva, el repliegue.** La observación del bebé en situación de interacción revela una caída de las iniciativas y de las respuestas a las sollicitaciones. El análisis videoscópico de los comportamientos revela uno a uno los desfallecimientos de la comunicación. Su evidencia estalla con la comparación de los comportamientos interactivos observados durante y tras la descompensación depresiva. La rotura de la comunicación se agrava en la medida de las reacciones del entorno, desamparado y fácilmente desanimado por este bebé indiferente. Un aspecto de los más sugestivos de la semiología interactiva viene dado por la mirada del niño deprimido, en sus variaciones temporales: la fijeza impresionante sin parpadeo, el desvío fugitivo ante el acercamiento o cuando se le toma en brazos, la expresión penetrante de una vigilancia glacial, y el instante después, el regreso a la vacuidad expresiva, extraña e inquietante.

**La desorganización psicosomática.-** La clínica psicosomática es, sin ninguna duda, la ocasión de encuentro más frecuente para el clínico con la depresión de la primera edad. Retomaremos sólo las conclusiones: 1/ en el lactante, como en todo periodo de la vida, la depresión aparece como un proceso mayor de la desorganización psicosomática; 2/ las formas de somatización son de una gran variedad; desde las más comunes (rinofaringitis, bronquitis, diarreas) a las más graves, pudiendo afectar a todos los aparatos; 3/ las depresiones generadoras de la somatización son de intensidad variable, desde la gran sideración depresiva hasta las formas frustradas y camufladas, incluidos los pasajes depresivos que escanden la evolución de ciertos niños, con un riesgo de enfermedad no menos importante.

Los elementos semiológicos esenciales sobre los que reposa el diagnóstico de las formas camufladas o poco acentuadas son las modificaciones del comportamiento que contrastan con el hábito anterior del bebé. A este dato cronológico fundamental se añaden la desaparición de la angustia ante el extraño; un interés relativo mantenido por los objetos inanimados en detrimento del contacto con las personas humanas; la monotonía de las actividades, comprometidas en el circuito de la repetición. La atonía depresiva es a veces difícil de distinguir de la astenia.

Un buen funcionamiento psíquico reposa, según Pierre Marty, sobre el funcionamiento del preconscious, instancia psíquica que según Freud asegura la regulación y la circulación entre el inconsciente y el consciente. De la calidad del preconscious depende la organización de las defensas psíquicas para hacer frente a las situaciones traumáticas. Las cualidades de un buen funcionamiento del preconscious son la riqueza de su contenido en afectos y en representaciones, la flexibilidad y la regularidad.

## **PERSONALIDADES VULNERABLES:**

Siguiendo a León Kreisler, las principales estructuras infantiles de riesgo psicosomático reconocido son:

- **La estructura comportamental**, emparentada, salvando todas las diferencias, a la neurosis de comportamiento de la edad adulta; la actividad de estos niños es monótona, pobre y vacía, privada de una buena capacidad imaginaria; esta estructura resulta fácilmente identificada por la observación del

comportamiento, la ausencia de libertad fantasmática y la pobreza de las representaciones que aparecen en la entrevista, los dibujos, los tests proyectivos, la carencia de sueños. No se debe confundir la neurosis de comportamiento con los trastornos del comportamiento de causa neurótica; mientras que existe una sequía simbólica en la primera en la segunda existe una riqueza pulsional.

- **Los disfuncionamientos neuróticos** mal organizados, inestables, irregulares o rígidos; dominan con frecuencia las estructuras de riesgo psicosomático del niño, de la misma manera que las neurosis de carácter son mayoritarias en el adulto; se oponen a las neurosis infantiles clásicas donde la estabilidad de funcionamiento posee un valor defensivo respecto de la somatización.

- **La estructura llamada alérgica esencial** que no es claramente perceptible antes del periodo de latencia, aún que es ya identificable desde la primera infancia.

- **Las inorganizaciones estructurales severas.**

Se entiende por supuesto que, en el niño, llamamos estructura no a un estado definitivo sino una modalidad funcional reconocida en la actualidad y expuesta a variaciones evolutivas.

Los procesos de la somatización definen los mecanismos mentales y/o interactivos, mediante los cuales se produce una ruptura de la homeostasis psicoafectiva y, en consecuencia, los desfallecimientos biológicos. En toda edad, desde el adulto hasta el lactante, la depresión es una condición de alto riesgo de desorganización somática. La sobrecarga de excitación es, en el niño y en el lactante, otro mecanismo mayor de descompensación somática.

El acontecimiento traumático, generador de la desorganización, aparece a menudo claramente en la clínica psicosomática, aún que no puede ser reducido a los fenómenos del tipo acción reacción, puesto que el impacto traumático se produce en función de la vulnerabilidad del psiquismo o del sistema interactivo que lo recibe.

## **VARIEDADES INTERACTIVAS Y ESTRUCTURALES.**

Un avance decisivo de la psicosomática contemporánea fue sustituir la noción de perfiles de personalidades específicas a las enfermedades (ulcerosos, el colítico, el asmático, etc.), por la de estructuras vulnerables y de procesos mentales de la desorganización psicosomática. Estructuras selectivas aunque privadas de una especificidad.

La patología del niño y del lactante ilustra claramente este principio, como lo muestran anomalías estructurales para un mismo estado mórbido y las variedades mórbidas para una misma estructura, sin desconocer por ello la electividad y la originalidad propia a las unas y a las otras. De este modo, la anorexia mental del bebé muestra al lado de la anorexia común del segundo semestre -sugere de una conducta activa de rechazo y de dominio- unas formas psicoclínicas fóbicas, depresivas o psicóticas. El asma revela, al lado de la denominada estructura alérgica que aparece en proporción significativa, unos funcionamientos de tipo ansioso-fóbicos, comportamentales y otros.

**La clasificación pluriaxial intenta agrupar la complejidad nosográfica de los factores que intervienen en la patología psicosomática del bebé.**

### **Clasificación pluriaxial:**

**Eje 1.-** Referencia médica. Reúne los síndromes y enfermedades de la nomenclatura médica clásica.

**Eje 2.-** Referencia estructural.

2. 1. Según la clase de interacción. Ej: insuficiencia relacional crónica, sobre estimulación, coacciones, 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, sobre excitación.

**Eje 3.-** Referencia etiológica.

3.1. Según la edad. Ej: fase primaria, período anaclítico, fase tardía.

3.2. Según las influencias externas. Ej: depresión materna, separaciones reiteradas, malos tratos o abusos, familias de riesgos múltiples.

**Eje 4.-** Según el riesgo.

4.1. Grado de gravedad: débil, medio, alto riesgo.

4.2. Naturaleza del riesgo distinguido según los ejes número 1, 2 ó 3. Ej: asma severo, incoherencias relacionales, comportamiento vacío, condiciones socioeconómicas precarias.

Especialista en Psicología Clínica, Psicosomatólogo de bebés y niños. Consultor hospitalario de pediatría en patología psicósomática del bebé y del niño y de psicopatología perinatal e infantil. Miembro Titular Formador del Instituto de Psicósomática de París. Formado en el Hospital de Psicósomática Pierre Marty de París.

E.mail: [pascual.palau@gmail.com](mailto:pascual.palau@gmail.com)

## **BIBLIOGRAFÍA**

- Actualités Psychosomatiques – 2002, nº5, Dépressions, dépression essentielle et processus de somatisation, Georg Editeur, Genève. Actualités Psychosomatiques – 1999, nº 2, Mouvements D’organisation et de désorganisation pendant l’enfance, Georg Editeur, Genève.
- DEBRAY, R. Clinique de l’expression somatique, Delachaux et Niestlé, Paris 1996.
- DENIS MELLIER ; Vie émotionnelle t souffrance du bébé » Edit. DUNOD, Paris 2005.
- FAIN M. La censure de l’amante, Delachaux et Niestlé, Paris 1999
- FRANÇOIS ANSERMET y PIERRE MAGISTRATI, « A cada cual su cerebro, plasticidad neuronal e inconsciente ». Editorial Katz 2006.
- GOLSE, B. avec SEURET, S. MOKHTARI, M. Bébé en réanimation, Editions Odile Jacob, Paris, 2001.
- GOISE, B. « L’être-bébé » Le fil rouge. Edit. PUF, Paris 2006
- KREISLER, L. Le nouvel Enfant du désordre psychosomatique, Dunod, Paris, 1992.
- KREISLER, L. FAIN, M. SOULÉ, M. L’enfant et son corps, PUF, Paris, 1999.
- KREISLER, L. SZWEC, G. Psychosomatique et expression corporelle dans l’enfance. Généralités cliniques- Propositions théoriques, Encyclopédie Médique Chirurgicale. (Elsevier, Paris). Psychiatrie, 37.404.A.1998.12p.
- LEBOVICI, S. DIATKINE, S. SOULÉ, M. Nouveau Traité de Psychiatrie de l’Enfant et l’Adolescent, Puf, Paris, 1985. 3<sup>a</sup> ed. 1997.
- LEBOVICI, S. WEIL-HALPERN, F. Psychopathologie du Bébé, PUF, Paris, 1989.
- MARTY, P. El desorden Psicósomático, Promolibro, Valencia, 1995.
- MARTY, P. La Psicósomática del Adulto, Amorrortu Editores, Buenos Aires, 1992.
- PALAU, P. Bebé en Riesgo, Revista Iberoamericana de Psicósomática, nº 1, SEPIA, 2000.
- PALAU, P. Silencio, se escucha...no tocar. Revista Iberoamericana de Psicósomática, nº 3, SEPIA, 2002.
- PALAU, P. BENAC, M. HARO, J. ROBRES, D. BIOSCA, E. Parálisis cerebral infantil (PCI) y anorexia temprana, importancia de la anamnesis en el diagnóstico y tratamiento. Revista de Neurología, 2003. Vol. 37. XXIX Reunión anual de la Sociedad Española de Neurología Pediátrica.
- PALAU, P. Somatizaciones en niños de riesgo producidas desde el vínculo. Revista de Psicoterapia y Psicósomática, nº 56, mayo 2004. IPEPPM.
- PALAU, P. Parálisis cerebral y sufrimiento psíquico. Revista de Psicoterapia y Psicósomática, nº 61, enero 2006. IPEPPM
- PALAU, P. Traumatismo precoz en el bebé, por sufrimiento materno. Revista de Psicoterapia y Psicósomática, nº 62, mayo 2006. IPEPPM

- PALAU, P. El Sufrimiento emocional en la interacción madre-bebé: ¿afectación neurobiológica?, publicado en la Revistad de Psicología y Psicoterapia Médica del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica, enero 2010.
- PALAU, P. Psicología y autismo en el niño pequeño: interacción, afectos y audición”, publicado en la Revista n° 74 de Psicología y Psicoterapia Médica del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica, en mayo de 2010.
- PRESS, J. La perle et le grain de sable, delachaux et niestlé, Paris 1999. Revue Française de Psychosomatique – n°2, 1996, A propos de l’ enfant et son corps, PUF, Paris.
- ROSENBERG, B. Masoquismo mortífero y masoquismo guardián de la vida, Editorial Promolibro, Valencia, 1995,
- SMADJA, C. La vie opératoire, Études Psychanalytiques, PUF, 2001.
- SZWEC, G. Les galériens volontaires, PUF, Paris 1998.
- SZWEC, G. La désorganisation de l’état dépressif chez le bébé, à l’origine de la dépression essentielle, Revue Française de Psychosomatique, n° 20, PUF, 2001.
- SZWEC, G. El niño asmático. Promolibro

*Volver a Bodyreaders*  
*Volver a Newsletter 27-ex-53*