

Autismo, depresión anaclítica y prevención en salud mental infantil

Liliana Betancourt M.¹

Resumen

Introducción: Los cuidados de las madres a sus hijos durante su crecimiento son fundamentales en el futuro de su salud mental. Las dificultades que surjan tempranamente en el vínculo materno-filial pueden generar graves alteraciones en su desarrollo. *Objetivo:* Discutir, con base en la clínica y las teorías del vínculo mamá-bebé, las manifestaciones clínicas de patologías del desarrollo mental de los primeros años de vida y acciones preventivas al respecto. *Método:* Reporte de caso y correlación clínico-teórica. *Resultados:* Caso de un niño de 36 meses de edad que llega al servicio de psiquiatría infantil con un diagnóstico presuntivo de autismo. La reconstrucción de la historia temprana y la evolución positiva (mejoría en síntomas como la alteración en el lenguaje, el contacto y la relación con otros y consigo mismo) conduce a pensar que no se trata de un autismo primario. Se considera el diagnóstico diferencial de depresión anaclítica y que el paciente tiene una disarmonía evolutiva. *Conclusiones:* Existen condiciones que deben darse en las primeras etapas de la vida para propiciar un desarrollo sano del psique-soma de los niños, por lo cual es importante concientizar a profesionales de la salud y padres de familia para aproximarse a la prevención de algunas patologías de la salud mental infantil y las implicaciones negativas resultantes al no darse. No siempre los síntomas autistas corresponden a cuadros de autismo infantil.

Palabras clave: trastorno autístico, depresión, relaciones madre-hijo, desarrollo infantil.

Title: Autism, Anaclitical Depression and Prevention in Child Mental Health

Abstract

Introduction: The care given by the mothers to their children during their growth is paramount for their future mental health. Difficulties arising early in the mother-infant bond may give rise to serious alterations in its development. *Objective:* To discuss, based on clinical experience and mother-infant bond theories, clinical symptoms of mental development pathologies in early infancy, and relevant preventive measures. *Method:* Case report and clinico-theoretical correlation. *Results:* A case of a 36-month-old boy arriving as an outpatient at the child and adolescent psychiatry consultation with a presumptive diagnosis of autism is presented. The reconstruction of his early history and positive evolution (recovery in areas such as language,

¹ Médica psiquiatra. Psiquiatra de niños y adolescentes, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. Jefe de la Unidad de Salud Mental del Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt y psiquiatra de niños y adolescentes de la Clínica La Inmaculada, Bogotá, Colombia.

contact and relationship with others and oneself) lead to the belief that it is not a case of primary autism. Instead, the differential diagnosis of anaclitic depression is considered and what the patient actually presents is a developmental disharmony. *Conclusions:* There exist conditions that must be provided in early infancy to favor a healthy development of the children's psyche-soma. Therefore it is important to make health professionals, parents, and care-givers aware of this, in order to prevent some pathologies in infant mental health and the resulting negative implications when such conditions are not provided. The presence of autistic symptoms does not always correspond to a diagnosis of primary autism.

Key words: Autistic disorder, depression, mother-child relations, child development.

Introducción

Los cuidados proporcionados por las madres a sus hijos desde el mismo momento de la gestación tienen un significado muy importante en el futuro de su salud mental. Un bebé requiere un adecuado ambiente que estimule su desarrollo y maduración. El medio busca aportar unas condiciones óptimas de ajuste a las necesidades y manifestaciones del infante. Los factores del medio en fases tempranas del desarrollo infantil están centrados, constituidos en su mayor parte por los cuidados maternos. La madre se ajusta a su bebé en un proceso gradual, cuyo inicio se hace evidente durante el embarazo, pero sus orígenes se remontan a su historia personal (1).

Lo ideal es que la madre pueda dedicarse por completo a su recién nacido, y para que esto pueda darse

es indispensable que ella cuente, a su vez, con un medio que la apoye en este proceso. El padre representa un papel esencial, ya que protege la díada madre-bebé, consolida la posibilidad para el niño de vivir un entorno indestructible y separa a la madre y al bebé cuando llegue el momento justo para que el mundo del bebé pueda extenderse más allá de los límites de la díada (1).

Cuando el inicio de la vida del bebé no se da en las condiciones mencionadas, ya sea porque el medio no presta el apoyo adecuado (no "reasegura") o por factores internos de la madre o del bebé (cualquiera de las dos), que se traducen en fallos en el ajuste (2), se presentan alteraciones en las interacciones tempranas, que traen como consecuencia patologías mentales en los primeros meses y años de los infantes,

La psicopatología del bebé constituye un objeto de observación y reflexión definida entre el nacimiento y el tercer año de vida, distinguible dentro de la psiquiatría desde la década de los ochenta. Esta distinción se justifica dada la originalidad de la semiología y clínica psiquiátrica del bebé y la posibilidad de sistematizarla para una detección temprana de gran impacto preventivo.

Su originalidad reside en los siguientes aspectos: la unidad de observación diagnóstica y terapéutica es la díada madre-bebé; el análisis de los fenómenos de interacción

diádica, que constituye el objeto central de estudio; el rol y el significado del síntoma, que se apoyan en el supuesto de la interdependencia del funcionamiento psíquico de la madre y del bebé; el carácter transdisciplinario de la demanda de intervención, por cuanto el síntoma ocupa un área común somatopsíquica, y la importancia de la incidencia cronológica en los cuadros psicopatológicos del bebé (1).

La disponibilidad materna o su competencia reparatoria de estados desintonizados puede estar interferida por cuestiones psicológicas, como conflictos entre el bebé imaginario y el bebé real; expectativas y rol asignado al bebé en la dinámica familiar; presencia o ausencia de deseo del hijo; aspectos transgeneracionales, como la relación de la madre con sus propios padres; presencia de psicopatología, y aspectos sociales, como disponibilidad de recursos materiales, apoyo de red social y prácticas biomédicas institucionales. Las conductas de vinculación de madres y bebés están radicadas en el programa genético, más específicamente en los genes tempranos de adaptación a estímulos medioambientales que proveen la base molecular de las conductas de adaptación (1).

Muchos autores han analizado profundamente estos aspectos, y en este documento expongo brevemente algunos planteamientos de cinco de ellos: Spitz, Winnicott, Bolwby, Anzieu y Golse.

Spitz y el primer año de vida

Spitz, en su texto *El primer año de vida del niño*, nos habla de la depresión anaclítica:

...nos demuestra que la ausencia de relaciones objetales causadas por la carencia afectiva detiene el desarrollo en todos los sectores de la personalidad y [...] además hace imposible la descarga de impulsos agresivos, y el lactante vuelve la regresión hacia sí mismo y presenta incapacidad de asimilar la comida, e insomnio. Luego son niños que se atacan activamente a sí mismos, dándose cabezazos contra sus cunas, pegándose con el puño y arrancándose mechones de pelo. Este deterioro puede progresar hasta llevarlo al marasmo y a la muerte. (3)

Spitz establece que se produce una defusión de los dos instintos y que la agresión, separada del impulso libidinal, se vuelve sobre el niño privado de provisiones afectivas, y así se produce el deterioro. En la evolución de la cura de la depresión anaclítica, el retorno del objeto libidinal detiene el desarrollo patológico después de unos meses: se observa entonces el fenómeno de una refusión parcial de los impulsos y los niños recuperan rápidamente su actividad.

En algunos casos los impulsos agresivos se orientan a quienes lo rodean; por lo tanto, los niños curados de su depresión anaclítica no

se agreden a sí mismos, sino a otros niños (3). Spitz dice, además:

... en el estado normal de fusión de los dos impulsos, la agresión posibilita el hecho de dirigir los dos impulsos hacia lo que le rodea, esto lleva a la neutralización del impulso. Para esta neutralización se requiere una integración en el yo, esto sólo se alcanza al final del último trimestre del primer año. La primera fase mayor de la integración del yo acontece entre el octavo y decimotercero mes de la vida y acaba cuando se adquiere la función simbólica del lenguaje. (3)

Dependiendo del tiempo de separaciones entre madre-hijo, Spitz describe tres tipos con relación a las principales respuestas:

- *Desesperación*: esta respuesta la evidenció en niños cuya separación fue inferior a 15 días, por ejemplo, por hospitalizaciones. Es una reacción de inconformismo y protesta por la separación que se puede manifestar con trastornos de la alimentación y en la relación con los demás, como llanto y rechazo a las caricias y el lenguaje.
- *Ambivalencia*: evidente cuando la separación superaba al mes, y supone la progresiva aceptación de los ofrecimientos de los adultos de su entorno. Cuando reaparece la figura de apego se muestran esquivos y distantes,

como protesta, durante pocas horas.

- *Desapego*: se produce si la separación se alarga durante meses o años, ya que se rompe el vínculo afectivo y se pueden establecer relaciones de apego con otros adultos.

Winnicott y el vínculo madre-hijo

Otro punto de vista expresado por Winnicott en *La mente como función del psiquesoma* es el siguiente:

La mente no existe como entidad en el esquema de cosas del individuo, siempre y cuando el psiquesoma o cuerpo individual haya atravesado satisfactoriamente las etapas de desarrollo más tempranas; la mente entonces no es más que un caso especial de funcionamiento del psiquesoma. (4)

Anota, además, en este mismo capítulo:

En el desarrollo precoz de un individuo, salud implica continuidad en el ser. El psiquesoma precoz se mueve a tenor de cierta línea de desarrollo siempre y cuando su continuidad de ser no se vea turbada, de otro modo, para el desarrollo sano del psiquesoma precoz hace falta un medio perfecto, al principio la necesidad es absoluta. (4)

El medio ambiente perfecto es aquel que se adapta activamente

a las necesidades del psiquesoma recién formado. El mal medio es malo, porque debido al fracaso de la adaptación se convierte en un ataque contra el psiquesoma, ante el cual el pequeño debe reaccionar. Esta reacción turba la continuidad existencial del nuevo individuo. En los comienzos, el buen medio es físico, cuando el pequeño está en el útero o en brazos y recibe cuidados. Sólo con el paso del tiempo desarrolla el medio ambiente una nueva característica que hace necesario un nuevo término descriptivo como puede ser emocional, psicológico o social (4).

De esto emerge lo que llamamos una madre buena, con su capacidad de adaptarse activamente a las necesidades del pequeño. Tal capacidad surge de su devoción o dedicación y es posible por su narcisismo, su imaginación y sus recuerdos, cosas todas ellas que le permiten saber por medio de la identificación cuáles son las necesidades del pequeño (2). La necesidad, al principio absoluta, de un buen medio ambiente se convierte en relativa. La madre buena corriente ya es suficiente. Ahora es la madre suficientemente buena, y el bebé está en la época de la dependencia relativa. Si es lo suficientemente buena, el pequeño, por la actividad mental, sabrá tolerar sus deficiencias.

Esto no se refiere sólo a la satisfacción de los impulsos instintivos, sino también a todos los tipos de

necesidades primitivas, incluida la necesidad de un cuidado negativo o un descuido vivo. La actividad mental del pequeño hace que un medio ambiente suficiente se transforme en uno perfecto, es decir, convierte el fallo de adaptación en un éxito, lo que libera a la madre de la necesidad de ser casi perfecta en la comprensión del pequeño. La madre procura que el mundo del pequeño sea lo más sencillo posible (4).

Bowlby y la conducta de apego

Bowlby dice: antes de los 12 primeros meses de vida, el niño ha desarrollado un fuerte vínculo de afecto con una figura materna. No hay consenso sobre la rapidez con que se forma, los procesos que permiten mantenerlo, su duración o la función que cumple. El autor postula que el vínculo que une al niño con su madre es producto de la actividad de una serie de sistemas de conducta en los cuales la proximidad con la madre es una consecuencia previsible (5). Además:

Esto varía de un niño a otro. La conducta derivada del apego se produciría con la activación de determinados sistema de conducta. Los sistemas en sí se habrían desarrollado en el infante como resultado de su interacción con el ambiente de adaptación evolutiva y en especial con la principal figura de ese ambiente o sea la madre. Mientras el pequeño se halla en presencia de una figura de ape-

go importante o cerca de ella, se siente seguro. Pero la perspectiva de perderla le causa angustia y su pérdida real lo sume en el dolor, por añadidura ambas circunstancias suelen provocar su ira. (5)

Bowlby, con sus hallazgos, concluye que las relaciones tempranas alteradas constituyen un importante factor en la génesis de la enfermedad mental. Sus estudios lo llevaron a plantear que la interrupción de la relación madre-hijo es un precursor para posterior psicopatología. En 1946, Bowlby describió junto con J. Robertson las características conductuales y afectivas de los niños frente a la separación del cuidador:

- *Fase protesta:* inicia entre las primeras horas y la primera semana después de la separación y se caracteriza por llanto persistente, gritos, miedo y lucha por el restablecimiento de la proximidad con su cuidador.
- *Fase de desesperación:* se da si continúa la separación y se caracteriza por una desesperanza por el retorno del cuidador, con pérdida del interés por el medio, aparición de problemas psicosomáticos, llanto intermitente, disminución de los movimientos activos y aislamiento del medio.
- *Fase de desapego:* es la fase final, se caracteriza por abandono de las conductas de búsqueda y apatía con el retorno del cuidador. Luego Bowlby cambia el

nombre a esta fase por fase de reorganización, ya que sus observaciones demuestran cómo algunos niños pueden reorganizarse con la pérdida y continuar su proceso sin muchas dificultades, esto especialmente asociado a la presencia de un nuevo cuidador (5).

Anzieu y la díada madre-hijo

Didier Anzieu (6), en su libro *Yo piel*, se apoya en investigaciones de Brazelton, que realmente complementan sus reflexiones sobre el *Yo piel* con relación a la díada lactante-entorno que llama maternante para no limitar el entorno a la madre biológica. Entre las varias mencionadas están:

- El recién nacido necesita, para sobrevivir, de los cuidados repetidos y ajustados de un entorno maternante, así como explorar el entorno físico en busca de estímulos necesarios para ejercer sus potencialidades (6).
- La díada madre-bebé se considera un sistema formado por elementos interdependientes que se comunican informaciones y en el que existe una retroalimentación que funciona en los dos sentidos: desde la madre hacia el bebé y desde el bebé hacia la madre. Si el entorno maternante no entra en este juego de sollicitación recíproca y no alimenta esta

doble retroalimentación o si un déficit del sistema nervioso priva al bebé de tomar iniciativas, el bebé presenta reacciones de retraimiento y/o de cólera que son pasajeras si la frialdad, la indiferencia y la ausencia del entorno maternante también lo son. Estas reacciones tienden a convertirse en permanentes, intensas y patológicas si la no respuesta del entorno maternante persiste por el bebé.

- Los padres sensibles a esta retroalimentación enviada por el bebé se guían por él para actuar, para cambiar eventualmente de actitud y para sentirse seguros en el ejercicio de su función paterna. Un bebé pasivo e indiferente (como consecuencia de un traumatismo intrauterino o de un fallo en el código genético) es la causa de la incertidumbre y del desconcierto de los que se ocupan de él.
- Ciertos comportamientos se constituyen precozmente en el bebé como consecuencia de estas interacciones. Si han sido exitosos, repetidos y aprendidos se convierten en el comportamiento preferido y son precursores de los modelos cognitivos ulteriores, que aseguran el desarrollo de un estilo y de un temperamento propios del lactante, los cuales a su vez proporcionan una base que se convierte para el entorno en un medio de prever las reacciones del bebé y que determina el nivel de espera de

quienes lo maternan. Entonces los miembros del entorno empiezan a considerarlo una persona, es decir, un poseedor de un yo individual.

- El sistema de doble retroalimentación es uno de una envoltura que engloba a la madre y al lactante, lo que corresponde a lo que Anzieu llama el *yo piel* (6).

Anzieu, confirma su concepción del *yo piel*. Además, menciona en su texto las funciones que aporta la piel en un individuo, entre las cuales tenemos: la función de sostén del esqueleto y de los músculos, de continente: de todo el cuerpo, los órganos, los sentidos; la función de protección de la capa sensible en la que se encuentran las terminaciones nerviosas; la función de límite de la individualidad; la función de intersensorialidad, de fuente de placer; la función de mantener la tensión energética interna, por ser la superficie de estímulo del tono sensoriomotor, y la función de fuente de información, a través de sus terminaciones nerviosas.

Por último, señala que todas las funciones anteriores están al servicio de la pulsión de apego y se pregunta si no podría existir una especie de antifunción que tendera a la autodestrucción de la piel y del yo, ante lo cual responde que la inmunología muestra patologías en las que el cuerpo humano vuelve contra sí mismo, su capacidad de rechazar lo extraño (6).

Golse y depresión madre-bebé

Golse (7), en su concepto de psiquiatría perinatal (eminente dinámico), apunta a aprehender los trastornos psíquicos parentales y los del recién nacido o del bebé no de manera independiente, sino dentro de un modelo interactivo en el cual cada uno de los participantes del vínculo puede no solamente encarnar, representar y figurar las dificultades del otro, sino desencadenar e incluso inducir los disfuncionamientos psicológicos o psicopatológicos de éste.

Por ejemplo, las representaciones maternas y las diversas proyecciones relacionadas con ellas, desde el punto de vista de la interacción de fantasías, pueden influir en el comportamiento interactivo del bebé e instalar en él su propio funcionamiento depresivo; en retorno, él acentuará las modalidades depresivas del psiquismo de la madre. De este modo, cada uno influye sobre el otro. La madre puede deprimir al bebé, pero lo inverso también es posible.

Golse (7) dice que en la organización depresiva del bebé L. Kreissler describe dos cuadros principales en función de que: primero, el niño haya o no encontrado previamente a una madre capaz de interactuar con él de manera viva, que es un cuadro de depresión blanca, cuando la madre se deprimió ulteriormente, y, segundo, un síndrome de comportamiento vacío, cuando el niño no

ha conocido más que a una madre deprimida desde siempre (8).

Además, describe que estos cuadros depresivos son eminentemente reversibles en el caso de una intervención terapéutica suficientemente temprana, mientras que su evolución sin tratamiento puede dar lugar a retardos del lenguaje o a trastornos cognitivos, cuyos mecanismos íntimos aún deben esclarecerse. La hipótesis de una inhibición defensiva del pensamiento no parece, en todo caso, ser ya una explicación suficiente. Síntomas o situaciones que han sido motivo de confusión diagnóstica en pacientes diagnosticados con síntomas dentro del contexto autístico (8).

En la práctica clínica, las patologías relacionadas con el vínculo mamá-bebé pueden llegar a la consulta de los profesionales en salud mental con un diagnóstico presuntivo de autismo, ya que existe una similitud con los síntomas de depresión anaclítica y repliegues autísticos, que son patologías con mejor pronóstico que un diagnóstico de autismo, pues este último es uno de los diagnósticos más angustiantes y con pobre pronóstico.

A continuación presento el caso de un niño quien inicialmente fue remitido con un diagnóstico presuntivo de autismo, que al ser evaluado teniendo en cuenta aspectos del vínculo madre-bebé se evidenció una patología de ese nivel.

Reporte del caso

Simón, de 39 meses de edad, natural y residente del área urbana, fue llevado por su madre al servicio de consulta externa de psiquiatría infantil por presentar un cuadro clínico descrito de la siguiente manera:

Es agresivo con nosotros y con sus hermanos, nos hala el pelo. No quiere aprender nada, sólo coge la plastilina, no juega ni siquiera con sus hermanos. Está atrasado con relación al lenguaje para su edad. Tiene movimientos repetitivos en las manos, de aleteo. Tiene una tendencia a estar solo, y a preferir los adultos.

Según la madre, estos síntomas iniciaron desde los 18 meses de edad, con menor intensidad pero acompañados de autoagresiones: el paciente se golpeaba contra el corral repetidamente, en especial para dormirse, situación manejada por la madre así: “le puse una colchoneta para que no se golpeará”. Le han realizado estudios de tipo resonancia magnética cerebral, reportada “dentro de lo normal”. Actualmente asiste a terapia ocupacional. La neuróloga le dijo a la madre del paciente que tenía comportamientos de tipo autista.

El niño vive con sus padres, y es el último producto de un embarazo de trillizos, de una madre primigestante, de un embarazo planeado. Nació a las 32 semanas de gestación. La madre comenta: “durante el emba-

razo estuve muy preocupada por no trabajar y la parte económica, pues no fue buena. Nacieron porque ya no me cabían”. El control prenatal fue adecuado y el parto institucional se dio mediante una cesárea sin complicaciones. La madre dice que sólo requirió oxígeno, mas no incubadora. La talla y el peso eran bajos para su edad. Estuvo hospitalizado los primeros 21 días de nacido.

Simón no recibió lactancia materna, pues “era muy poca para los tres, pero fue el primero que aprendió a chupar, y comía más que los otros dos. En cuestiones de alimentación, él les cogió ventaja a sus hermanos. Come más que ellos”. La ablactación fue a los ocho meses. “Toda la alimentación ha sido con tetero, pero come de todo, mastica mejor que los otros dos”.

Durante la gestación, la madre dice: “él era el que más se movía, yo lo sentía”, y se señala la región del abdomen donde se encontraba su hijo. En cuanto al desarrollo psicomotor:

- Sostén cefálico: a los ocho meses de edad.
- Gateo: a los ocho meses de edad, “siempre estuvo atrasado 3 meses para su edad cronológica”, dice la madre.
- Comienzo de caminar: a los 18 meses, pero presenta marcha inestable, por su peso, “no le gusta caminar, quiere estar cargado”.

- Habló algunas palabras a los 24 meses.
- Bipedestación: al año y medio.
- Control de esfínteres: aún no.

La madre describe el primer año de vida de Simón:

Él estuvo muy solo; es que él nació bien. Sus hermanos nacieron enfermos, y yo me dediqué a ellos. A V le ponía música y tetero. Es que era muy difícil estimular a los tres. Cuando se comenzó a golpear su cabeza contra el corral, le pregunté a un médico por qué el bebé hacía eso y el médico me dijo que era recordando la música que yo le ponía.

Desde que llegó a su casa luego de la hospitalización fue descrito “como muy pasivo”. Hasta el año de edad no lloraba o lo hacía sólo cuando tenía hambre. “A los dos meses los médicos se dieron cuenta que tenía una retinopatía; yo no me había dado cuenta. Le hicieron cirugía, y quedó bien”, dice la mamá.

Asiste al jardín desde junio de 2008: “fue difícil su ingreso al colegio, no quería estar con los otros niños. Sólo quería estar pegado a la profesora, o estar solo. Ha sido agresivo —en especial con sus hermanos—. Actualmente está menos agresivo con ellos... y con todos”.

Entre otros antecedentes personales: retinopatía (ya mencionada) manejada quirúrgicamente con buenos resultados. Presenta dermatitis a repetición.

Con relación a la historia familiar, su madre comenta que los padres de V viven juntos desde el 2001, que su relación ha sido buena, con un noviazgo de once años.

El padre de Simón es descrito como un hombre calmado, pasivo y muy ocupado y su relación con él: “es tolerante, pero es quién más lo paladea”. La madre se describe como una mujer temperamental, “cuando nacieron fue peor, sólo tenía apoyo cuando iba a llevarlos al médico”.

Los dos hermanos de Simón son “a veces compinches [con él]. La niña es más agresiva con él”.

En el examen mental de la primera cita se encuentra un niño con sobrepeso para su edad, consciente, quien no establece inicialmente contacto visual ni verbal con quién lo valora. Permanece apoyado en las rodillas de su mamá, queriendo decirle algo... La madre le pregunta “quieres comer, ¿verdad?”, y saca un paquete. La entrevistadora trata de llamar su atención con juguetes, colores y no lo logra.

En el momento en que la madre saca el paquete y el niño empieza a comer, la evaluadora le pregunta: “¿me das?”, e inmediatamente el paciente extiende su mano y le pasa un pedazo muy pequeño de lo que está comiendo. Mira si el pedazo ya no está y entonces le pasa un pedazo más grande. Sólo de esta forma estableció un contacto visual

parcial, y luego aceptó dirigirse a la zona de juegos, en la cual sólo tomó algunos juguetes y los manipuló sin usarlos de forma simbólica. Presenta dificultad para la marcha, por una marcha inestable. Emite algunas palabras poco inteligibles para los entrevistadores, pero estas van dirigidas a su madre, y ella comprende lo que él le quiere decir.

Se hace un diagnóstico de una depresión anaclítica en el primer año de vida de este paciente y en el momento cursa con una disarmonía evolutiva y un trastorno de alimentación de tipo sobrepeso.

Se hizo una intervención terapéutica con la madre del paciente y el paciente. El niño presentó una mejoría parcial en aspectos como su contacto con otros, su relación consigo mismo y en lenguaje. Actualmente continúa en proceso terapéutico.

Discusión: reflexión clínico-teórica

Se trata de un niño que desde el mismo período de su gestación careció de un medio que fuera capaz de satisfacer sus necesidades, ya que era frustrante e inadecuado. Esto debido al ambiente adverso y diferente a lo que comúnmente se espera para un individuo en este momento de la vida, en un espacio pequeño, como era el vientre de su madre, que era compartido con dos niños más.

La sensación de la madre siempre fue que de los tres él era el que estaba mejor, y así lo sentía con sus movimientos. Luego, al momento de nacer Simón, persistieron sus experiencias poco gratificantes, con una pobre relación de objeto, en este caso con su madre, pues estaba más dedicada a sus dos hermanos, aunque recibía cuidados de aseo y alimentación, a través de teteros y música. No obstante, se forjó la sensación de tener una madre insuficiente para estimular a sus tres hijos.

Así, al dedicarse esta madre al mismo tiempo a tres niños, de los cuales dos padecían patologías gástricas, Simón recibía menos de la tercera parte de los cuidados maternos adecuados que le correspondían, lo que lo llevó a la carencia afectiva de la que hace mención Spitz. Esta carencia era tanto de tipo cualitativo como cuantitativo.

Lo que sucede después con Simón está dado por un conjunto de síntomas que describe una depresión anaclítica, con los episodios de autoagresión contra el corral, los trastornos del sueño, las dificultades en el lenguaje, así como en su desarrollo psicomotor, con su posterior aislamiento. Por último, cuando inició su contacto con otros aparecieron las heteroagresiones con sus pares y padres. De esta misma forma, podemos ubicarlo en el tercer tipo de separación, que es el desapego —según los tipos de separación de

Spitz—, y con relación a Bowlby, en la fase final de desapego.

De acuerdo con Winnicott, Simón no tuvo el ambiente perfecto, por así decirlo, pues se presentaron dificultades tanto en el mismo hábitat del paciente como en el comportamiento materno, ante lo cual —en palabras de Winnicott— se produjo toda una sobreactividad del funcionamiento mental entre la mente y el psiquesoma, ya que en reacción a este estado ambiental anormal el pensamiento del individuo empezó a asumir el control y a organizar el cuidado del psiquesoma; mientras que en condiciones saludables esto es función del medio. Más aún en Simón, quien no tuvo la oportunidad de poner en el soma su fragilidad y necesidad de atención, como sí ocurrió en sus hermanos, que al tener la capacidad de poner el síntoma en el cuerpo tuvieron la posibilidad de que su madre centrara más su atención en ellos y, de esta forma, el medio no les fue tan perturbador.

El sobrepeso que presenta Simón se debe a que la alimentación inicialmente fue la única manera a través de la cual su madre dice que estableció contacto o vínculo con él, pues no recibió lactancia materna y su alimentación de tipo sólida comenzó a los dos meses, y aún continúa con tetero. Con la persona que lo evalúa, fue ante la presencia de la comida que logró captar su atención.

Con relación a Anzieu, al revisar que todas las funciones de la piel contribuyen a la formación de la conducta de apego, puedo decir que existen dos características en Simón que van contra sí mismo o que nos demuestran la perturbación que ha existido en este aspecto, como son su sobrepeso y su patología de tipo dermatitis.

La madre de Simón, posterior al momento del nacimiento de sus hijos, se describe como una madre inicialmente ansiosa, pero luego con sensación de estar sola y no dar abasto para estimular a sus tres hijos. A pesar de que en ella no se observa una patología depresiva, sí se percibe un grado de ansiedad importante, que ella asocia con el temor a no poder suplir de manera adecuada todas las necesidades de sus hijos.

En Simón observo que definitivamente las perturbaciones producidas en el desarrollo precoz del psiquismo provocaron modificaciones y alteraciones del comportamiento específico, cuyas particularidades son localizables de acuerdo con la etapa en que ocurren, y que las perturbaciones de los procesos del desarrollo psicoafectivo pueden atribuirse tanto a los defectos innatos propios del niño como a las alteraciones del medio, ya sea por comportamientos paternos inadecuados o eventos traumáticos iterativos.

Teniendo en cuenta todo lo anterior, actualmente Simón cursa con una disarmonía evolutiva. Evidente en él; en el desfase que existe entre su lenguaje, motricidad y organización cognitiva, y en la repercusión de ésta en la manera de relacionarse con los otros.

Presentó unos síntomas de tipo autístico, como son la alteración en la relación y en el contacto con otros, como son el aislamiento y la heteroagresividad, trastorno del lenguaje, movimientos repetitivos en las manos; sin embargo, dada la evolución de los síntomas presente en los niños y la mejoría parcial en tales aspectos, se descartó la patología de tipo autista. En el caso de Simón los síntomas autísticos sí han estado presentes, pero su presencia no es exclusiva de un autismo, sino el producto de una necesidad del niño de replegarse sobre sí mismo ante los fallos del entorno en la satisfacción de sus necesidades, como ocurrió en sus primeros meses de vida.

Para el abordaje de estos pacientes existen múltiples intervenciones terapéuticas, según la especificidad del trastorno. De acuerdo con el modelo expuesto, la psicoterapia madre-bebé constituye la primera opción, pues introduce modificaciones en las interacciones diádicas, al usar una aproximación multifocal en las interacciones concretas de las verbalizaciones maternas; facilita, además, la emergencia de los contenidos que se inscriben en

los comportamientos interactivos disfuncionales, lo que moviliza la problemática relacional para su elaboración. Otra opción implica intervenciones lúdicas dirigidas al bebé en presencia de la madre e intervenciones individuales, si así la madre lo requiere (9).

Los tipos de intervención preventivos que parecen ser más afectivos para todos los grupos de alto riesgo son aquellos que comienzan tempranamente y son comprensivos usando sistemas donde hay múltiples tipos de intervención que comprometen al individuo, la familia y niveles de comunidad (10).

En países como Europa, Rumania y Chipre existen programas de asesoramiento prenatal de tipo domiciliario, realizados por equipos de asesoramiento en salud — cofinanciados por proyectos europeos en intervención temprana— que pretenden identificar de forma precoz los problemas en la salud mental de los niños y sus familiares e intervenir, en caso necesario (10).

Es el caso de la iniciativa del Sure Start, en Inglaterra, programas que trabajan con padres, futuros padres, niños y preescolares en comunidades desfavorecidas. Algunos programas efectivos más amplios incluyen intervenciones familiares basadas en las relaciones, intervenciones basadas en los vínculos afectivos, formación para padres y programas de educación emocional (10).

La formación dirigida a los padres también está disponible en otros países. En Australia, por ejemplo, se centra en aspectos como la competencia parental e incluye formación sobre las fases del desarrollo, un modelo compartido de paternidad/maternidad, técnicas de discusión y resolución de conflictos, estilos de crianza e información sobre la ayuda disponible en caso de necesidad (10).

La función de los padres es definida por el medio ambiente en el cual la familia vive; sin embargo, el microsistema abarca el más básico y directo nivel de interacción dentro del medio ambiente, relaciones indirectas entre padres y factores distales. De esa forma, la función de ser padres no es sólo entendida en términos de una relación diádica de padre e hijo, sino con un contexto más amplio (9).

Conclusiones

La perinatalidad es un período clave para el desarrollo de vínculos adecuados, que brinda la posibilidad de efectuar intervenciones oportunas de gran impacto preventivo, a fin de anticipar la instalación de trastornos. La difusión de conceptos y transferencia de técnicas básicas fomentan un proceso de vinculación adecuado y detectan tempranamente relaciones de alto riesgo relacional (6).

El planteamiento es que se tengan contactos en varios sitios durante los periodos prenatales y posnatales, inicialmente durante los prime-

ros años de vida de los niños, por ejemplo: casa, hospitales, colegios e iglesias. Los métodos de intervención incluyen visitas en casa, educación a los padres de familia y apoyo para los padres y el impacto en la relación padre-hijo, que se ha demostrado más efectiva cuando ellos se enfocan en grupos de alto riesgo por dificultades en el desarrollo y en la relación.

En sitios como salas de partos, unidades de recién nacidos, unidades de cuidado intensivo neonatales, y personas como enfermeras, médicos, familiares y ginecólogos, es fundamental estar atentos a explorar, observar y escuchar a las madres y padres en sus sucesos disfuncionales que acompañan a los padres antes del nacimiento de sus hijos. Éstos, sumados a los pediatras que acompañan a los padres y a sus bebés durante los controles de los primeros años de vida, podrán contribuir a la prevención o el tratamiento oportuno para evitar sufrimientos mayores.

El logro de trabajar en la primera infancia va a depender de la detección rápida de las dificultades del menor en sí y también de su alrededor, como en el caso del vínculo madre-hijo (9).

Las consultas terapéuticas en las que la madre y el padre pueden ser no sólo testigos, sino también partícipes de los cambios resultan benéficas para todos, ya que el objetivo es implementar un programa amplio de

intervención que actúe sobre el niño, pero que sea capaz de orientar a los padres y a la familia en general, de modo que las consecuencias desencadenantes de la situación detectada sean lo menos traumáticas para el niño o prevenidas como tal.

Los procesos de vinculación que se consolidan en vínculos seguros se correlacionan con niños sanos que se hacen adultos también sanos, en tanto procesos de vinculación conducentes a vínculos ansiosos o desorganizados se correlacionan con psicopatología temprana (9).

El desarrollo sano necesita indiscutiblemente la presencia de una madre o de alguien que ejerza su función, de forma que pueda satisfacer oportuna y repetidamente las necesidades del bebé, a fin de que cada uno contribuya desde sí mismo a que esto se logre (2).

Referencias

1. Rojas A, Torres NE, Uribe M. El sentido y la construcción de lo subjetivo. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana; 2000.
2. Winnicott DW. Preocupación maternal primaria. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós, 1999.
3. Spitz R. El primer año de vida del niño. Madrid: Aguilar; 1970.
4. Winnicot DW. La mente y su relación con el psiquesoma. En: Escritos de pediatría y psicoanálisis. Buenos Aires: Paidós; 1999.
5. Bowlby J. Attachment and loss. Middlesex: Pequin Books; 1973 ; p. 21-44.
6. Anzieu D. Le moi peau. Paris: Dunod; 1985.
7. Golse B. Depresión del bebé y la madre. En: Gómez-Restrepo C, Hernández G., Rojas A, Santacruz A, Uribe M. Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos. Bogotá: Médica Panamericana; 2008.
8. Gómez-Restrepo C, Hernández G., Rojas A, Santacruz A, Uribe M. Fundamentos de psiquiatría clínica: niños, adolescentes y adultos. Bogotá: Médica Panamericana; 2008.
9. Bailey DB, Shonkoff J, Meisels S. Issues and perspectives on family assessment. *Infants and Young Children*. 1991;4(1):26-34.
10. Jané-Ilopis E, Vanalst S, Anderson P. Promoción de la salud mental y prevención de los trastornos mentales: una visión general de Europa. Luxemburgo: Comunidad Europea; 2005.

Conflictos de interés: la autora manifiesta que no tiene ningún conflicto de interés en este artículo.

Recibido para evaluación: 20 mayo del 2009

Aceptado para publicación: 31 de julio del 2009

Correspondencia

Liliana Betancourt M.

Instituto de Ortopedia Infantil Roosevelt

Carrera 4ª Este No. 17- 50

Bogotá, Colombia

lilianabetancourt@yahoo.com