

# Trastornos psicossomáticos y funcionales precoces

J.L. Pedreira Massa

Oviedo.

## INTRODUCCIÓN

El empleo de modernas tecnologías en la investigación de la Psicopatología de los bebés, como el video y la computarización de algunos programas, han abierto importantes perspectivas para acercarnos a comprender buena parte del tipo de intercambios e interacciones precoces entre la figura materna y su bebé (Stern, 1989).

Algunos de estos hallazgos han confirmado algunas hipótesis de la observación de bebés de tipo clínico-situacional, en otras ocasiones estas observaciones no han podido ser confirmadas totalmente o han aparecido interpretaciones que las refutaban, pero desde una perspectiva experimental y quizá algo alejada de la realidad clínica.

El interés por manifestaciones clínicas en los bebés ha sido extraordinario y no es algo nuevo, sino que representa un sentir de primera línea con vistas al establecimiento de acciones y programas de tipo preventivo y/o de promoción de salud en el curso de la primera infancia.

Estos tres fundamentos son, en mi opinión, las razones que justifican este trabajo y se plantea como reflexión desde la clínica.

## PLANTEAMIENTOS DE BASE

Desde las investigaciones etológicas se sabe que las interacciones figura materna-bebé se establecen como un «sistema diádico sincronizado» (López, 1988). En esta diada el niño/a funciona como un emisor-receptor sensorio-motriz y la figura materna se comporta como un emisor-receptor complejo, pues a lo sensorio-motriz añade un proceso de elaboración mental de gran complejidad.

Frente al funcionamiento de esta diada aparece la capacidad de estímulo desde la figura materna y que puede tener tres niveles: normoestimulación, hiperestimulación o hipoestimulación. Como bien plantea Mazet (1988): «la noción de exceso (o de insuficiencia) de estimulación posee un valor relativo y coge toda su significación si el nivel de estimulación que la madre dirige al bebé es evaluado por la capacidad de atención y la «sed» de intercambios manifestada por el bebé; en otras palabras, **un mismo nivel de estimulación podrá ser adecuado para un bebé, constituir un exceso de estimulación para el**

Paidopsiquiatra. Unidad Salud Mental Infanto-juvenil de Avilés.

Profesor Asociado Ciencias de la Conducta. Departamento de Medicina. Universidad Oviedo.

**TABLA I**  
**Sistema diádico sincronizado**

NIÑO	MADRE
1. Situación niño: – Indefenso y necesita cuidados. – Preadaptado social. – Buscador activo fig. sociales.	1. Situación madre: – Capacidad para cuidar y satisfacer hijo. – Ya sociabilizado. – «Sensibilidad especial» interactuar con niño.
2. Actividades del niño: a) Conductas procuran contacto corporal: – Reflejos: Prensor Moro Búsqueda Succión – Tendencia al contacto y al abrazo. b) Preferencia sensorial estímulos sociales: – Conducta visual – Conducta auditiva c) Sistema de señales comunicación social: – Gestos – Llanto – Sonrisa	2. Actividades de la madre: a) Tendencia al contacto corporal con niño: – Caricias – Abrazos – Mecimientos – Besos b) Conducta «especial» de la madre: – Visual – Sonora c) Sistemas de comunicación especiales: – Gestuales – Verbales

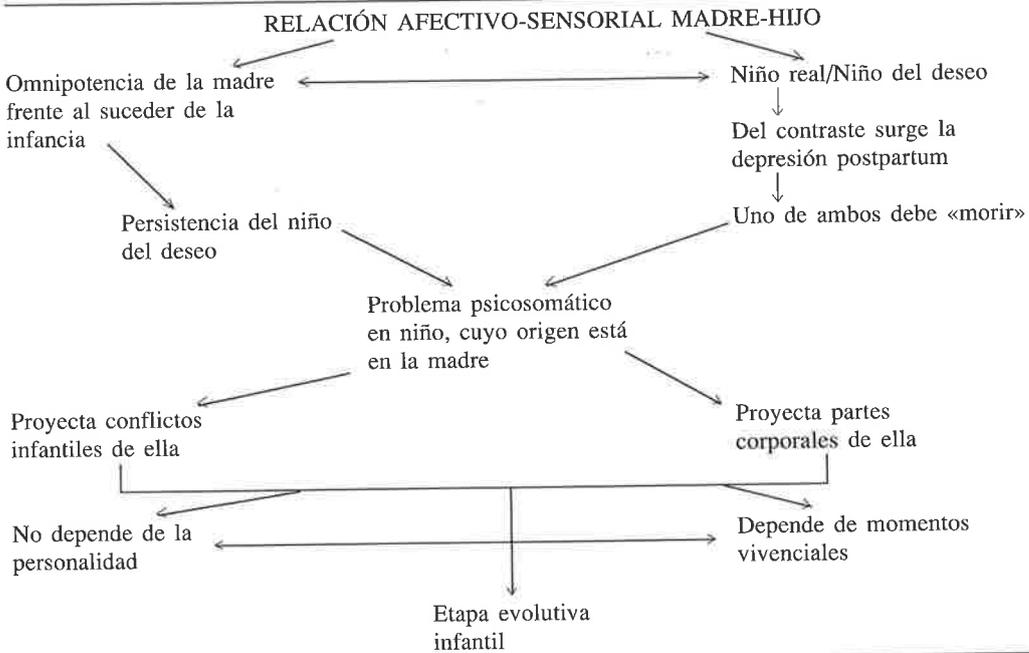
que su nivel de tolerancia es más bajo y que podrá manifestarse hiperexcitable; o **constituir una hipoestimulación para un bebé más apático** y para el que despertar su estimulación precisa de mayores solicitudes». Desde esta perspectiva la noción de normo/hiper/hipoestimulación no es posible sólo observando lo que hace la figura materna, sino que precisa una fina observación de la respuesta del bebé y del nivel de transacciones que se establece entre ambos.

Desde la perspectiva etológica (Bowlby, 19; López, 198) existen algunos datos de fundamental importancia para abordar las relaciones precoces madre-bebé. López (198), ha denominado a esta situación: «sistema diádico sincronizado», (Tabla I) en el que el bebé se comporta como emisor de señales comunicacionales hacia un sistema más evolucionado, el materno, capaz de responder a esas señales emitidas. No obstante hay que precisar lo que la teoría de los sistemas nos ha enseñado, en tanto que existe una inter-relación precisa entre el que sistema emisor y el receptor, de tal suerte que el, emite una señal se convierte también en receptor de las señales emitidas

como respuesta a las que él previamente había emitido. Es decir: A emite señales a B, según estas señales B responde a A que se convierte así en receptor de las señales emitidas por B.

En esa base interactiva existe un fundamento claro de los pasos que debe seguir la relación madre-hijo/a de forma precoz (Tabla II). En efecto, el inicio se establece como una relación afectivo-sensorial entre la madre y su bebé, dicha relación se marca por la omnipotencia del polo materno frente al suceder de la relación con el bebé, entrando en una cierta confrontación el «Niño real» (el niño externo, que ha nacido) y el «Niño del deseo» (el niño que se encuentra en la base nuclear de la imagen mental materna sobre «su» bebé). Del contraste entre ambos «Niños» surge la depresión postparto que hace que uno de esos dos niños deba «Morir». En ocasiones la omnipotencia materna hace que el «Niño del deseo» perviva y entonces aparece una expresión de esa confrontación en el «niño real». La expresión más común en estas primeras fases de la evolución humana, donde el lenguaje no es verbal, es la expresión psicósomática. Pero esta expresividad psicósomática tiene su origen en la figura

**TABLA II**  
**Evolución y relación diádica en clínica psicósomática**



Fuente: E. Serrano, J.L. Pedreira

materna por dos mecanismos fundamentales: porque la figura materna proyecta en el bebé parte de sus conflictos infantiles o bien por proyección de partes corporales de ella misma; en ambos casos el bebé se comporta como una «prolongación» de la propia figura materna, por esta razón la expresión no depende tanto de la organización de la personalidad, sino de momentos vivenciales que se entrecruzan con la etapa evolutiva del niño/a.

La confluencia en esa línea de las escuelas francesa (Lebovici / Weil-Halpern, 1990; Cramer / Stern, 1989), inglesa (Stern, 1986 y 1989) y americana (Brazelton, 1979, 1982, 1989 y 1990) nos pone de manifiesto que el bebé ya no es algo meramente pasivo, sino que es algo activo en la interacción con el entorno, sobre todo con la figura materna. Esa actividad básica (temperamento, según la nomenclatura usada en la escuela inglesa) parte de un terreno constitucional básico y comienza a interactuar con la figura materna desde los estímulos sen-

soriales (sobre todo la visión, pero también el resto de los sentidos). De esta manera se establece lo que Stern ha denominado como «afinamiento afectivo» en la interacción madre-hijo/a. Del sentido que se obtiene en estas fases iniciales se van significando, en esa interacción, las diferentes funciones y senso-percepciones recibidas, hasta la formación de la simbolización en el sujeto infantil, simbolización mediatizada por y desde los sentidos, hasta la consecución del lenguaje expresivo. De esta forma, la expresividad corporal («corporeizada») y el valor funcional obtienen la significancia adecuada para comunicar y ser vía expresiva tanto de los momentos gratos como del disconfor.

## MATERIAL Y MÉTODOS

Con estos planteamientos de base hemos emprendido una investigación desde la reali-

**TABLA III**  
**Formas de expresión clínica 0-5 años**

**TRASTORNOS PSICOSOMÁTICOS**

Alteraciones del sueño  
Anorexia  
Espasmo sollozo  
Somatizaciones digestivas  
(vómitos, algias abdominales,  
estreñimientos, meteorismo)

**TRASTORNOS FUNCIONALES**

Inquietud  
Trs. lenguaje hablado  
Rabietas  
Trs. esfinterianos  
Timidez  
Traumatofilia  
Trs. motores  
Tics

dad clínica, con el objetivo de valorar las formas de expresión psíquica en las primeras etapas del desarrollo.

Se evaluó la recogida de las primeras consultas a lo largo de un año, según el método epidemiológico. Consiguiendo partir desde los datos de la prevalencia anual en un territorio delimitado de nuestra Comunidad Autónoma de Asturias, cuyas características organizativas y de atención han sido profusamente expuestas en trabajos anteriores.

Tras este marco conceptual los datos a evaluar fueron los siguientes:

1. Dividir dos etapas en la recogida: de los 0-2 años y de los 3-5 años y en ambas etapas recoger los datos según el sexo.

2. Recogida de los trastornos (Tabla III): Como base se tomó la clasificación de Kreisler para estas etapas precoces del desarrollo infantil, usando su concepto de Forma de expresión. En base a ella valoramos dos grandes grupos:

2.1. **Trastornos psicósomáticos**, donde se incluyeron:

2.1.1. *Alteraciones del sueño*: Se incluyeron tanto los insomnios precoces, como las dificultades en la regulación de la alternancia sueño-vigilia de esta etapa de la vida. En la segunda etapa ya se incluyeron los terrores nocturnos y las pesadillas, además de la dificultad en la

conciliación del sueño u otro tipo de alteraciones relacionadas con el dormir-despertar.

2.1.2. *Anorexia*: Se incluyen los rechazos de alimento y dificultades de regulación a los nuevos alimentos, más allá de lo que se puede considerar como normal o período de adaptación a lo nuevo.

2.1.3. *Espasmo del sollozo*: Se incluyeron tanto los pálidos como los cianóticos, considerando el límite inferior, para su inclusión, los ocho meses de edad.

2.1.4. *Somatizaciones digestivas*: Se incluyeron los vómitos, abdominalgias, estreñimiento y meteorismo, siempre y cuando no se hubiera encontrado una causa orgánica que lo justificase.

2.2. **Trastornos funcionales**: Se incluyeron aquellos trastornos de expresión corporal o conductual que habían obtenido una función en el proceso de comunicación y en la interacción madre-hijo/a:

2.2.1. *Inquietud*: Dificultad para estar quieto el tiempo que se piensa adecuado para su edad y etapa evolutiva, falta de atención, cambio continuo de actividad.

2.2.2. *Trastorno del lenguaje hablado*: Se incluían tanto los trastornos perceptivos como los articulatorios, fueran sencillos o complejos, p.e. retrasos evidentes (dislalias, rotacismos, etc), disfemias ligeras tónicas y/o clónicas, etc.

2.2.3. *Rabietas*, tanto ante la frustración como las espontáneas. Si se acompañaban con espasmos del sollozo no se incluían en este apartado.

2.2.4. *Trastornos esfinterianos*. No se incluían nada más que las incontinencias tanto urinarias como fecales, aunque ellas hubieran venido como enuresis o encopresis, nosotros no le damos tal asignación en esta etapa.

2.2.5. *Timidez*: Retraimiento, inhibición, hiporreactividad, etc. más allá de lo esperado para su edad y etapa madurativa.

2.2.6. *Traumatofilia*: Incluimos la propensión a los accidentes infantiles, considerando tales cuando habían existido dos o más eventos en los últimos seis meses.

2.2.7. *Trastornos motores*: Sobre todo se refiere a trastornos de la marcha, de la bipe-

**TABLA IV**  
**Prevalencia anual de trastornos mentales en los 5 primeros años**

EDAD	NIÑOS	%	NIÑAS	%
0-2	3	1,4	1	0,5
3-5	20	9	16	7,2
TOTAL	23	10,4	17	7,7

Total casos vistos: 221

Niños: 147 (66,5%)

Niñas: 74 (33,5%)

Tasa prevalencia: 11,4‰.

Tasa prevalencia 0-5 años: 6,03‰.

Población 0-5 años/0-15 años: 6.629/19.385

destación, del equilibrio, espasticidades, etc.

2.2.8. *Tics*: Movimientos fibrilares musculares, sin causa orgánica que los justifique y con gran valor comunicacional.

3. Recogida de las causas somáticas conocidas.

4. Aspectos relacionales en el seno de la familia de especial relevancia.

5. Valoración psicosocial: Escala de Hammeury, modificada por nosotros con autorización del autor.

## RESULTADOS

La Tabla IV nos muestra que de una tasa de prevalencia total del área de 11,4 ‰, en este período de edad era del 6.03 por mil, pero la proporción entre los sexos se mantenía, siendo dicha diferencia más evidente en los dos primeros años de vida.

Entre los trastornos psicósomáticos (Tabla V) los más frecuentes son los trastornos del sueño en las dos etapas contempladas, pero en la primera de ellas domina la alteración en los niños. Los trastornos de la alimentación son el segundo grupo y el tercero son los espasmos del sollozo. En estos tres grupos existe una cierta dominancia en la presentación en los

**TABLA V**  
**Prevalencia trastornos psicósomáticos 0-5 años**

TIPO	0-2				3-5			
	NIÑOS	%	NIÑAS	%	NIÑOS	%	NIÑAS	%
ALTERACIONES SUEÑO	3	100	0		10	50	8	50
ANOREXIA	2	66,6	0		10	50	7	43,8
ESPASMO SOLLOZO	2	66,6	0		10	50	4	25
SOMATIZACIONES DIGESTIVAS	0		0		1	5	5	31,3

niños, mientras que las somatizaciones digestivas son más frecuentes en la segunda etapa valorada y más relevantes en las niñas en una proporción de cinco a uno.

La Tabla VI resume la prevalencia de los trastornos funcionales, donde destaca que en los niños la presentación es más variada y la consulta se realiza antes que en las niñas, en las que se detecta más la actividad y los retrasos que otro tipo de trastornos.

La Tabla VII nos pone de manifiesto que sólo en un tercio de los casos existía una causa orgánica de base en el momento de la demanda especializada. Tampoco la evaluación de los trastornos relacionales nos aportaba nada nuevo, ya que las figuras parentales eran jóvenes y de clase media-baja en casi su totalidad, sólo en un quinto de los casos (Tabla VIII) se detectaron alteraciones relacionales constatables con anterioridad a la demanda.

**TABLA VI**  
**Prevalencia trastornos funcionales 0-5 años**

TIPO	0-2				3-5			
	NIÑOS	%	NIÑAS	%	NIÑOS	%	NIÑAS	%
INQUIETUD	3	100	0		11	55	7	43,8
TRS. LENGUAJE HABLADO	3	100	0		9	45	10	62,5
RABIETAS	2	66,6	0		11	55	7	43,8
TRS. ESFINTERIANOS	1	33,3	0		6	30	3	18,8
TIMIDEZ	0		0			25	6	37,5
TRAUMATOFILIA	1	33,3	0		3	15	0	
TRS. MOTORES	0		1	100	2	10	0	
TICS	0		0		2	10	0	

## DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

### A. Fundamentos Psicopatológicos

En primer lugar habría que retomar algo expresado con anterioridad por Mazet en lo tocante al nivel de estímulos que recibe el

bebé de la figura materna y que puede ser por exceso o por defecto. No obstante volver a resaltar la idea de que estos dinteles de normo, hipo o hiperestimulación son muy variables de niño/a a niño/a, e incluso dependen del momento en que se encuentra esa relación en un momento dado. De aquí la dificultad de generalizar, por lo que se precisa individualizar caso a caso y situación a situación. Otra variable de singular importancia es que el estímulo no es una constante, sino que lo habitual es que existen fases de normoestimulación mezcladas con otras de hipo y/o hiperestimulación. Por esta razón cuando hablemos de hipo e hiperestimulación nos referimos a una forma dominante de relación. Con estas salvedades resumimos las siguientes características:

**TABLA VII.**  
**Causas somáticas detectadas 0-5 años(\*)**

	Nº	%
PARÁLISIS CEREBRAL INFANTIL	3	7,5
ANEMIAS (Etiología no aclarada)	2	5
SORDERAS PERCEPTIVAS	2	5
CEGUERAS CONGÉNITAS	2	5
DERMATITIS ATÓPICA(**)	2	5
CARDIOPATÍA CONGÉNITA	1	2,5
ASMA(**)	1	2,5
<b>TOTAL</b>	<b>13</b>	<b>32,5</b>

(\*) En algunos casos habría que debatir si es desencadenante y/o clínica acompañante.

(\*\*) Se debate si es clínica psicósomática pura.

**TABLA VIII**  
**Aspectos relacionales detectados 0-5 años**

	Nº	%
CELOS A HERMANOS	5	12,5
MALOS TRATOS	3	7,5
<b>TOTAL</b>	<b>8</b>	<b>20</b>

(\*) Aparecen entre 3-5 años; (\*) Celos: 4/1 en niños.

**Hiperestimulación:** La figura materna no se da cuenta de las señales que emite al bebé y lo «desborda» con estímulos. De esta suerte el niño/a no tiene tiempo para experimentar cuáles de las señales precedentes tienen valor de comunicación y de regulación en los intercambios mantenidos con la figura materna. Se perciben como intrusiones repetidas de la figura materna en el espacio del bebé y el riesgo es que el niño/a inhiba sus manifestaciones, ya que no constituyen un medio eficaz de comunicación con vistas a paralizar las intrusiones de la figura materna.

**Hipoestimulación:** Suele acontecer en aquellos casos que cursan con depresión en la figura materna, en cualquiera de sus expresiones. Aparece como una inhibición en el interés de la figura materna por el bebé. En otras ocasiones aparece como expresión de niveles de baja auto-estima de la figura materna en sus propias capacidades para desarrollar cuidados maternos y maternantes. De esta suerte se emiten pocas señales maternas y el niño/a da pocas respuestas hacia la figura materna, con lo que ésta se confirma en su temor de poseer pocas capacidades maternas y hace que se inhiba aún más en emitir señales al bebé, completando de esta forma el círculo vicioso hipoestimulante.

### **B. Funciones Corporales en las Etapas Precoces**

Macías (1991) ha denominado con gran acierto: «Funciones diana del investimento materno». Cada madre se preocupa de manera diferenciada por una función de su bebé y cada una de ellas lo hace con cada uno de sus hijos/as. Esta diferenciación o interés selectivo de la madre pone de manifiesto una proyección fantasmática en la que la función en conflicto constituye la expresión del deseo materno en relación con su bebé.

Estas focalizaciones corporales se manifiestan, de forma prioritaria, en las descompensaciones psicosomáticas del bebé. De tal suerte que se detecta en los trastornos asmáticos y alérgicos un vínculo simbiótico madre-bebé, con dificultades en los procesos de separación-

individuación. En otras ocasiones la demanda excesiva de una función hace que se altere el valor funcional, caso de la anorexia, los cólicos del primer trimestre, abdominalgias y las incontinencias esfinterianas. También puede ocurrir una incoherencia y/o irregularidad de tipo cualitativo y temporal, tal y como ocurre en los vómitos o en los trastornos del sueño.

En este sentido Macías distingue dos grupos de factores que van a determinar el investimento de una función corporal del bebé en detrimento de otras por parte de la figura materna:

1) La dotación genética, en conjunto con las competencias psico-fisiológicas del bebé, influyen el desarrollo más o menos armonioso de las funciones corporales.

2) La intensidad y valor cualitativo de las significaciones que la madre otorga a las diferentes funciones de su bebé.

En este sentido se incluye lo expresado en la Tabla II, de tal suerte que se obtiene en el bebé la delimitación de la «función diana» que implica:

1.º Investimiento libidinal por parte del bebé y de la madre de la función en cuestión.

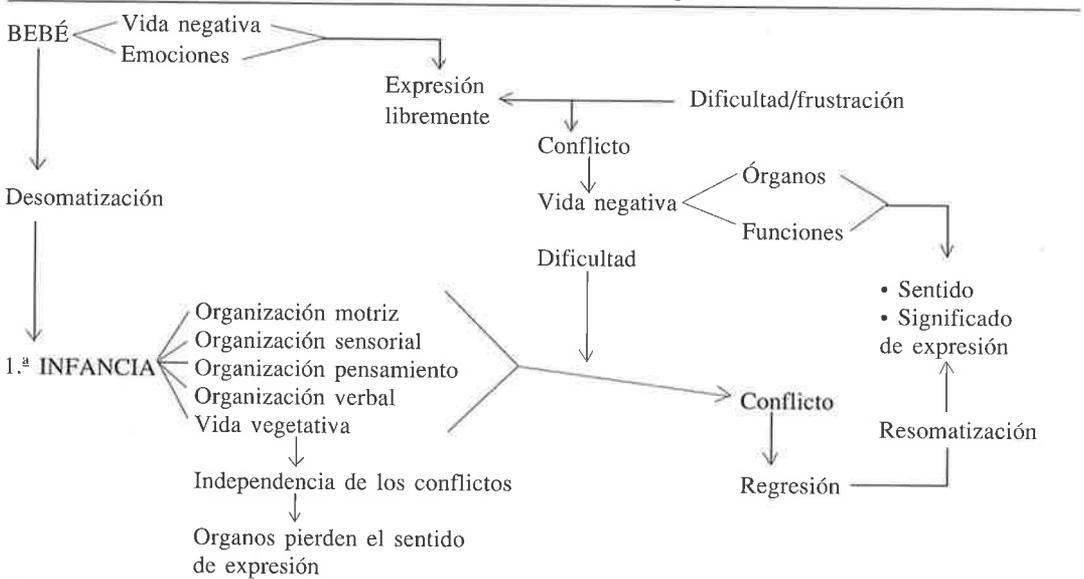
2.º Uso cotidiano de la función por medio de juegos interactivos satisfactorios que mediatizan las necesidades del bebé a través de su madre.

3.º Escenario fantasmático en el que los investimentos de la madre y del bebé puedan materializarse a favor del fantasma.

### **C. Competencias del Bebé y Formas de Expresión**

Las investigaciones de Brazelton y Stern nos han puesto sobre el tapete la gran importancia del bebé como ser activo en la interacción con la figura materna y con el entorno. Esta concepción supera el primitivo concepto psicoanalítico de considerar al niño/a en estas etapas como un mero ser pasivo en la interacción. Esta actividad es lo que se viene conociendo como Competencias del Bebé. En ellas se incluye lo que los ingleses denominan: el temperamento, que incluye tanto el «factor terreno» (Ajuriaguerra) o «lo innato» (Winni-

**TABLA IX**  
**Mecanismos evolutivos hacia clínica psicósomática**



Fuente: M. Sperling, E. Serrano, J.L. Pedreira

cott) junto con lo afectivo y su expresión emocional.

De hecho se sabe que las capacidades de nuestro sistema nervioso en su auto-organización constituyen un acercamiento teórico fundamental (Bourguignon, 1989), que se opone ampliamente a las hipótesis más estrictas dentro del psicoanálisis sobre el nacimiento del objeto interno a partir de su deseo. Pero esta auto-regulación no puede ser regulada más que en el cuadro de interacciones entre el bebé y su figura materna.

La Tabla IX nos expone como en el bebé tanto la vida vegetativa como las emociones tienen una vía común de expresión. A lo largo de la primera infancia se va adquiriendo una organización a diversos niveles: organización motriz, organización sensorial, del pensamiento y organización cognitiva, organización verbal y se va adquiriendo una cierta autonomía de la vida vegetativa, lo que significa que van apareciendo otras posibilidades de expresar las situaciones de disconfor: la conducta, los procesos mentales, etc. Ante cualquier si-

tuación conflictiva, en etapas precoces sobre todo, la tendencia a la regresión es muy sencilla, lo que comporta el que la expresión del conflicto busque una salida a través de los órganos corporales o de sus funciones, siendo un proceso inverso al anterior y que se llama «resomatización» (Sperling, 1981). Aquí se expresan las dos vías defendidas por Marty hacia la clínica psicósomática: una re-organizadora y otra más desorganizadora. Las experiencias repetidas de regulación de los afectos positivos, tienden a movilizar afectivamente la vida del bebé. Se constituyen de esta forma sistemas interactivos repetidos en los que cada acontecimiento toma su sentido en los «escenarios» que son introducidos por la persona que interactúa con el bebé. Sería la forma de superar estas fases de regresión o resomatización y que confirman la hipótesis de Emde (1989) sobre la existencia de un «Sí mismo afectivo». Estas experiencias que se organizan en el seno de los intercambios afectivos se realizan gracias a la disponibilidad emocional de la figura materna; ya que la madre y su

bebé son capaces de reconocer en las manifestaciones mímicas, tónicas y vocales los contenidos mínimos de afectos que contienen.

Estas competencias del bebé obtienen toda su importancia en base a la función que tiene para cada fase, tanto en el proceso evolutivo del propio bebé como por el investimento que le otorga la madre. De tal suerte que sería pasar de un proceso binario: relación madre-hijo/a, al proceso de simbolización. Dicho proceso es algo complejo y tiene tres fases:

1.º Para poder simbolizar el objeto se precisa su presencia activa y no existe claramente la diferencia entre objeto y sujeto. Meltzer (1975) lo llamó: «Pregnancia de las identificaciones adhesivas».

2.º El evocar un objeto ausente anula fenomenológicamente los efectos producidos por su ausencia (Identificaciones proyectivas de Segal, 1970). Las identificaciones intracorporales (Haag, 1988) podrían corresponder a la situación de objetos físicamente presentes pero psíquicamente ausentes.

3.º La simbolización permite la elaboración de imágenes mentales complejas y maduras del objeto ausente.

Según Stern (1989) estas cuestiones pueden ser observadas en el bebé pequeño. Establece un camino para obtener «sentido»: Sentido de un sí mismo emergente, sentido de un sí mismo nuclear, sentido de un sí mismo subjetivo (este autor lo sitúa en torno a los 7-15 meses) y un sentido de sí mismo verbal. Es evidente que estas fases no son compartimentos estanco, sino que se van sobremontando para avanzar en un sentido progresivo de las competencias propias del bebé.

#### **D. Repercusiones Psicopatológicas**

Estas investigaciones reseñadas con anterioridad y otras muchas que se están desarrollando en el momento actual, evidencian que entre la madre y el bebé se establece un enlace afectivo de gran finura y de forma activa e interactiva. En principio se establece por una resonancia emocional, pero se transforma hasta adquirir un valor cognitivo propio para el bebé que lo va a expresar de una u otra forma

sin perder el valor de experiencia emocional, aunque se modifique la forma de expresarlo.

Este es el sentido fundamental que tiene la clínica psicósomática y funcional en estas etapas: representa una forma de expresión de la experiencia emocional precoz, simplemente por ser la forma más sencilla, pero también la más compleja, que tiene el niño/a pequeño de expresar su disconfor ya que aún no posee la posibilidad del lenguaje hablado, ni siquiera tiene la posibilidad de dominar totalmente el alejamiento físico. Por esta razón la expresión corporal y/o funcional se cargan de valor emocional en la interacción.

Todas las investigaciones en torno al valor de la sensorpercepción, del estímulo sensorial, etc. en estas fases así lo confirman: el bebé procesa la información desde las sensaciones recogidas por los sentidos:

– La visión obtiene su importancia desde la expresión del rostro de la madre, sobre todo de sus propios ojos y al animarle de movimiento y expresividad.

– El oído, por el tono y volumen especial que se da al dirigirse al bebé.

– El tacto al significarse con el contacto cuerpo-a-cuerpo y en las caricias, bien sea en el amamantamiento o en el baño.

– El olor de la cercanía de la figura vincular o de apego, que el bebé es capaz de diferenciar desde la primera semana de vida.

– La alimentación: textura, saciar hambre, etc.

– Pero sobre todo: se incluye la simultaneidad de varias en un tiempo y espacio precisos, el movimiento, la secuencia, etc.

Alteraciones en estas situaciones –discontinuidad, poca receptividad a las demandas del bebé, alteraciones maternas más o menos importantes, inseguridad, temores, etc.– van a llevar a importantes disfunciones en la interacción y en la secuencia de los estímulos que se dan al bebé y ello hará que el niño invista, por déficit o por excitación, de una forma determinada cada una de las funciones o estímulos que se realizan sobre su cuerpo.

Por lo tanto una forma de acercamiento a la psicopatología de estas etapas es comprender

la alteración que puede surgir en cualquiera de los sistemas reguladores del proceso de desarrollo; dichos sistemas reguladores pueden ser tanto biológicos como del entorno. Así Sameroff (1989) plantea que: «la adaptación al proceso de desarrollo es el fruto de una transacción entre genotipo, fenotipo y [entorno-tipo]». En esta nueva visión de los trastornos emocionales de las primeras etapas el etiquetaje diagnóstico es particularmente «perverso», dice Sameroff, cuando se aplica al lactante, por esta razón está existiendo una tendencia a ver tres tipos de dificultades: perturbaciones, trastornos y desórdenes.

Es evidente que, en esta situación, la propia vivencia de la figura materna tienen una especial importancia, de ahí la inclusión de lo que psicoanalíticamente se ha conocido como proyección, función del fantasma materno, el deseo de la madre, etc. Esta es la dimensión interactiva de estos términos, en tanto perturbaciones en esa interacción. Sobre todo porque el bebé ya no es sólo un recipiente de estímulos, sino que el mismo bebé elabora su código de comunicación que precisa ser descifrado por la figura materna. Si se descifra con un predominio del «sentido materno» el bebé será algo más pasivo y la alteración en la interacción está servida.

Nuestra hipótesis de partida parece verse confirmada: la clínica psicósomática en estas etapas, o la clínica funcional, son formas de expresión de las disfunciones y de los conflictos precoces en los primeros años de vida. Por esta razón no puede ser devaluada ni infravalorada esta forma de expresión, pues aunque en algunos casos pueda ser expresión de una alteración orgánica (como mucho 1/3 de los casos, en nuestra experiencia) o de una disfunción relacional (1/5 de los casos, en nuestra muestra), la mayoría de los casos remiten a una alteración más profunda: disfunciones precoces de la interacción madre-bebé, bien del lado materno (por hipo o hiper-excitación) o del lado del bebé (hiper o hiposensibilidad). En cualquier caso: no es sólo algo pasajero, o algo sin importancia, por el contrario pueden ser las bases para que se instaure una «zona

irritativa» de la que parta una organización psicósomática o de otro tipo en etapas posteriores.

Los estudios actuales ponen en evidencia la preponderancia de una clínica interactiva sobre la relacional. En este sentido la salud física de los bebés constituye un factor importante para el establecimiento de esas interacciones. Por ello hay que valorar el cómo negocian las figuras parentales las «pequeñas» alteraciones o consecuencias de las afecciones corrientes de los bebés; según lo hagan obtendremos unos datos de gran valor predictivo para la evaluación ulterior de las relaciones familiares.

## CONCLUSIONES

La ausencia primero y el escaso desarrollo del lenguaje después, son el factor clave para acercarse a comprender la razón por la que el cuerpo y las funciones corporales obtienen una gran relevancia como forma de expresión de los conflictos psíquicos y relacionales en las primeras etapas del desarrollo humano.

Dentro del funcionamiento cognitivo se contemplan las etapas sensorio-motriz, preoperatoria y de pensamiento operatorio. De similar forma los síntomas con expresión somática son considerados con un elevado valor operatorio.

Además de poseer un contenido operatorio, estos síntomas de expresión somática también incluyen un elemento clave en el funcionamiento del psiquismo: las propias competencias del bebé, que hacen que estos síntomas sirvan como metáforas del deseo de la figura materna. En este sentido resaltar que existen unos síntomas «diana» según los procesos evolutivos (Tabla X). No obstante son los síntomas digestivos y los relativos al sueño los que se presentan más frecuentemente con un elevado valor semiológico de la interacción madre-bebé.

En algunos casos existen dificultades de expresión-captación emocional y afectiva en los procesos de interacción. Esta situación se ha puesto de manifiesto en los resultados con-

**TABLA X**  
**Principales cuadros psicósomáticos infantiles**

FUNCIONES	LACTANCIA		INFANCIA
	1 <sup>er</sup> Semestre	2 <sup>o</sup> Semestre	
RESPIRACIÓN			← Espasmo sollozo ← Asma
ALIMENTACIÓN	Cólicos 1 <sup>er</sup> trimestre	Mericismo Diarrea grave rebelde ← Vómitos ← Anorexia	Anorexia Obesidad Abdominalgia → Ulcus ← Colitis ulcerosa
EXCRECIÓN			Enuresis Estreñimiento Encopresis
NEUROLÓGICOS	Insomnio	Muerte súbita	Algias Migrañas infantiles Insomnio
ENDOCRINOS			Retraso psicógeno crecimiento Diabetes
DÉRMICAS			Alopecias Psoriasis Tricotilomanias Dermatitis

Fuente: J.L. Pedreira y F. Menéndez

tradictorios de algunos datos obtenidos puramente de forma experimental, p.e. Schaffer realizó un experimento para refutar la idea de Spitz acerca de las cualidades alimenticias de la relación precoz madre-bebé; para ello colocó un mono bebé frente a dos situaciones: una mamá de alambre con biberón y una mamá de tacto suave; el bebé mono solo acudía a la madre de alambre para alimentarse, permaneciendo la mayor parte del tiempo con la madre-suavidad; este experimento le bastó para refutar a Spitz. Pero la clínica nos enseña (Lanouzière, 1991) que la madre-alambre bien puede ser una madre deprimida o psicótica, frente a la que el comportamiento del bebé puede ser muy similar.

Todo lo anterior nos pone de relieve la importancia de una intervención básica y coherente desde la primera identificación de la

presentación clínica, sea ésta de forma somática y/o funcional. Cabe destacar, en este sentido, la labor clave que deben cumplir los servicios pediátricos de Atención Primaria, sobre todo para tres labores: detección precoz, prevención de cronificación y promoción del desarrollo psico-social, en el sentido que últimamente lo está recomendando el grupo de expertos de la OMS-Europa.

En este sentido hay que resaltar la necesidad de dotar de instrumentos fáciles de manejar, para que desde los servicios de Atención Primaria se pueda realizar una correcta evaluación de este desarrollo psico-social. Nosotros hemos adaptado la Escala de Hameury, introduciendo una variación con una perspectiva longitudinal (Tabla XI): a lo largo de 23 ítems se valoran cuatro áreas: estabilidad del vínculo socio-familiar con el niño/a pequeño; grado de

TABLA XI

**Protocolo de abordaje psicosocial en los cinco primeros años de vida desde los servicios de Atención Primaria**

**E.R.P.S. 10.06.88 Escala de evaluación de factores psicosociales (Hameury, 1988)**

NOMBRE Y APELLIDOS DEL NIÑO/A: ..... Código: .....  
 N.º.Hª: ..... Fecha nacimiento: ..... Lugar: ..... Sexo: V M Edad: .....  
 Fecha de la evaluación: ..... Profesional responsable: .....

Poner una cruz en la columna correspondiente a la evaluación de cada factor, dicha evaluación tenderá a ser lo más ajustada a la descripción del caso. Fijarse que por puntuación existen dos posibilidades, la primera es para la evaluación inicial (I) y la segunda es la evaluación tras el tratamiento seguido al cabo de seis meses (P)

	1		2		3		4		5		SIN VALORAR
	I	P	I	P	I	P	I	P	I	P	
I. CONVIVENCIA											
II. CONDICIONES MATERIALES DE VIDA LIGADAS AL ENTORNO											
III. ACONTECIMIENTOS EXISTENCIALES GRAVES											
IV. CAMBIOS EN EL FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y FAMILIAR											
V. CAPACIDADES DE ADAPTACIÓN DE LA FAMILIA											
VI. RELACIONES INTERPERSONALES INTRA Y EXTRAFAMILIARES											
	1		2		3		4		5		SIN VALORAR
	I	P	I	P	I	P	I	P	I	P	
VII. CONDICIONES PSICOLÓGICAS											
VIII. INTERACCIÓN PADRES-NIÑOS/AS- CAPACIDADES DE SOSTÉN											
IX. COMPRESION Y ACEPTACION DE LA AFECCION DEL NIÑO											
X. REPERCUSIONES DE LOS TRASTORNOS DEL NIÑO/A SOBRE EL FUNCIONAMIENTO PSICOSOCIAL DE LOS PADRES											
XI. COLABORACIÓN FAMILIA-EQUIPO ASISTENCIAL											
XII. FAMILIA Y SERVICIOS SOCIO-JURÍDICOS											

(\*) Traducción, adaptación y modificación: J.L. Pedreira Massa. Autorización del autor para realizar los cambios.

afectación del desarrollo en el niño/a; influencia en las interacciones familiares de la afectación del niño/a, y, por fin, tipo de interacción con los servicios asistenciales. Cada uno de los ítems se valora de 0-5 al inicio y tras seis meses de diseño de una intervención conjunta y coordinada se vuelve a realizar la evaluación, de tal suerte que la permanencia de la puntuación representa una rigidez en los factores y una dificultad de movilizarlos por la intervención, mientras que una movilización hacia valores más bajos representarían la eficacia y movilidad de la intervención, con cierto grado de flexibilidad.

Para terminar plantear un resumen de la última reflexión de Lebovici (1991), en torno a este tema: Se describe un núcleo del ser en el que la constitución expresa la evolución de las interacciones a partir de la auto-regulación de los afectos, la cuál es fruto de la carga biológica y de las actitudes parentales que reflejan la cultura y el entorno, tanto familiar como social. No se debe olvidar la importancia de los procesos de fantasmización en los comportamientos interactivos de los componentes de la diada (o de la triada) bigeneracional. Contemplar este componente es comprender mejor la transmisión transgeneracional y contribuye a «modelar», dice Lebovici, las representaciones mentales.

Hasta ahora la teoría psicoanalítica había servido de base para el inicio de estas investigaciones. Pero esta teoría psicoanalítica deberá, tarde o temprano, hacer frente a este cúmulo de datos nuevos acerca del desarrollo del ser humano en las primeras fases, para poder acceder a explicar de forma comprensible y rigurosa los procesos patológicos, tanto de estas etapas como de otras posteriores.

## Referencias bibliográficas

1. AJURIAGUERRA, J.: «Primera infancia». Ciencias del Hombre, Cuaderno 1, 1978.
2. BERGERET, J.: «La violence et l'amour» Devenir, 2, 48-59, 1990.
3. BOURGUIGNON, A.: «L'homme imprévu» Ed. PUF. París, 1990.
4. BOWLBY, J.: «El vínculo afectivo» Ed. Paidós. Buenos Aires, 1980.
5. BOWLBY, J.: «La separación afectiva» Ed. Paidós, Buenos Aires, 1980.
6. BOWLBY, J.: «La pérdida afectiva» Ed. Paidós. Buenos Aires/Barcelona, 1986.
7. BRADLEY, B.S.: «Visions of infancy» Ed. Polity Press, 1989.
8. BRAZELTON, T.B.: «El saber del bebé» Ed. Paidós. Barcelona, 1987.
9. BRAZELTON, T.B.: «Escuchemos al niño» Ed. Plaza y Janés. Madrid, 1989.
10. BAYO, C.: «Interacciones madre-bebé en situaciones de riesgo» I Congreso Internacional Infancia y Sociedad. Madrid, 1989.
11. CRAMER, B. y STERN, D.: «Psychiatrie du bébé: nouvelles frontières». Ed. Eshel & Méd. & Hygiène. París, 1988.
12. DAVID, M. y JARDIN, F.: «La constitution du self et de l'objet chez le nourrisson de mères psychotiques» Devenir, 3, 1, 55-61, 1991.
13. GAUVAIN-PIQUARD, A.: «Le nourrisson qui a mal» Devenir, 2, 10-22, 1990.
14. GUÉDENEY, A. y KREISLER, L.: «Sleep disorders in the first 18 months of life: hypothesis on the role of mother-child emotional exchanges» Infant Mental Health Journal, 8, 3, 307-318, 1987.
15. HAMEURY, L. & cols.: «L'échelle ERPS d'évaluation résumée des facteurs Psychosociaux» Neuropsychiatrie de l'Enfance, 38, 7, 444-452, 1990.
16. KAYE, K.: «La vida mental y social del bebé». Ed. Paidós. Barcelona, 1986.
17. KLAUS, M.H. & KENNEL, J.H.: «La relación madre-hijo» Ed. Panamericana. Buenos Aires/Madrid, 1978.
18. KREISLER, L.: «Problèmes spécifiques de classification en psychiatrie dans le premier âge. Propositions nosographiques nouvelles» Confrontations Psychiatriques, 24, 222-250, 1984.
19. KREISLER, L.: «Le nouvel enfant du désordre psychosomatique» Ed. Privat. Toulouse, 1988.
20. LANOUZIÈRE, J.: «Le surinvestissement visuel des enfants de mères déprimées» Devenir, 3, 2, 33-49, 1991.
21. LEBOVICI, S.: «Le nourrisson, la mère et le psychanalyste» Ed. Le Centurion/Paidós. París, 1983.
22. LEBOVICI, S. y WEIL-HALPERN, F.: «Psychopathologie du bébé» Ed. PUF. París, 1991.
23. LOPEZ, F.: «Vínculos afectivos y salud» En J.L. Pedreira (Coord.): Gravedad psíquica en la infancia. Ed. AEN-Ministerio Sanidad y Consumo. Madrid, 3-38.
24. MACÍAS, M.: «Las funciones cibles de l'investissement maternel» Devenir, 3, 2, 51-59, 1991.
25. MACÍAS, M.: «Regarding the quality of the relationship between the mother and her baby» Second Dphi International Psychoanalytic Symposium, Greece, 1988.
26. MARTY, P.: «Los movimientos individuales de vida y muerte» Ed. Toray. Barcelona, 1984.
27. MAZET, PH. y STOLERU, S.: «Psychopathologie du nourrisson et du jeune enfant» Ed. Masson, París, 1988.

28. MONTAGNER, H.: «*L'attachement les débuts de la tendresse*» Ed. Odile Jacob. París, 1988.
29. PEDREIRA, J.L. & SARDINERO, E.: «*La exploración psicomotriz en el primer trimestre de vida*» *Psicomotricidad*, 33, 47-70, 1989.
30. PEDREIRA, J.L.: «*Epidemiología y Registro Acumulativo de casos en Paidopsiquiatría y Salud Mental Infantil*» Ed. Paideia. La Coruña (En prensa).
31. PERAL, M. y GIJÓN, P.: «*Trastornos del vínculo*» En A.I. Romero & A. Fernández Liria: *Salud Mental*. Ed. IDEPSA, Madrid, tomo II, págs. 109-120. 1990
32. PÉREZ-SÁNCHEZ, M.: «*Psychiatric evaluation of the infant*» En A. Seva (Dir.): *The European Handbook of Psychiatry and Mental Health*. Ed. Anthropos-Universidad Zaragoza. Barcelona, tomo II, págs. 1495-1500, 1991.
33. SAMEROFF, A.J. y EMDE, R.N.: «*Relationship disturbances in early childhood: A developmental approach*» Ed. Basic Books. New York, 1989.
34. SARDINERO, E.: «*Las competencias del bebé y la clínica psicósomática del lactante*» Curso Medicina Psicósomática. Universidad de La Laguna, 1990.
35. SIKSOU, J. y GOLSE, B.: «*L'ancrage corporel des systèmes de symbolisation précoces*» *Devenir*, 3, 2, 63-71, 1991.
36. SITBON, H. y MAZET, PH.: «*Harmonization affective et transmodalité: Mère et bébé en communion*» *Devenir*, 3, 2, 87-95, 1991.
37. SPERLING, M.: «*The psychosomatic disorders in childhood*» Ed. Aroson. New York, 1984.
38. STERN, D.: «*La primera relación madre-hijo*» Ed. Morata. Madrid, 1983.
39. STERN, D.: «*Le monde interpersonnel du nourrisson*» Ed. PUF, Le Fil Rouge. París, 1989.
40. W.H.O.: «*Promotion psychosocial development in children through Primary Health Care Services*» Ed. W.H.O.-Europe. Copenhagen, 1990.
41. WINNICOTT, D.W.: «*Observación del niño en una situación dada*» En: *Escritos de Psicoanálisis y Pediatría*. Ed. Laia. Barcelona, 1980.
42. WINNICOTT, D.W.: «*Realidad y juego*» Ed. Gedisa. Barcelona, 1983.
43. WINNICOTT, D.W.: «*Los bebés y sus madres*» Ed. Paidós. Barcelona, 1990.
44. ZEANA, CH.H., ANDERS, T.F., SEIFER, R. y STERN, D.: «*Implications of research on infant development for Psychodynamic theory and practice*» *J. Am. Academy Child Psychiatr.*, 28, 5, 657-668, 1989.