

# Evaluación clínica del bebé

FRANCISCO PALACIO ESPASA\*

## RESUMEN

Este artículo propone un modelo multiaxial para la evaluación del bebé a partir de considerar los cinco ejes siguientes: la sobrecarga de la problemática parental en el funcionamiento psíquico del bebé y de sus síntomas (I); las características propias del niño que determinan la calidad de las relaciones interpersonales (II) que, a su vez, pueden dar lugar a trastornos del apego (III) y que están en la base de los trastornos del humor (IV) y del desarrollo del bebé (V). A lo largo del artículo el autor habla, de forma breve, cada uno de los ejes mencionados. PALABRAS CLAVE: evaluación clínica, modelo multiaxial, apego, parentalidad.

## ABSTRACT

CLINICAL ASSESSMENT OF THE BABY. This paper propose multiaxial model for the clinical assessment of the baby. This model considers the following axes: the overweight of the parental problematic on the baby's symptoms and psychological functioning (I); the particular characteristics of the baby that determine the quality of interpersonal relations (II) and can lead to attachment disorders (III) responsible for developmental and mood disorders in the baby (V-IV). KEY WORDS: clinical assessment, multiaxial model, attachment, parenthood.

## RESUM

AVALUACIÓ CLÍNICA DEL BEBÉ. L'article proposa un model multiaxial per a l'avaluació del bebè a partir de considerar els cinc eixos següents: la sobrecàrrega de la problemàtica parental en el funcionament psíquic del bebè y dels seus símptomes (I); les característiques pròpies del nen que determinen la qualitat de les relacions interpersonals (II) que, a la vegada, poden ocasionar trastorns de l'aferrament (III) que són la base dels trastorns de l'humor (IV) i del desenvolupament del bebè (V). Al llarg de l'article l'autor exposa, de forma breu, cadascun dels eixos esmentats. PARAULES CLAU: avaluació clínica, model multiaxial, aferrament, parentalitat.

La evaluación clínica del bebé plantea el riesgo de dar un diagnóstico con criterios esencialmente sintomáticos, del desarrollo o de las interacciones madre-(padre)-bebé. Por consiguiente es fundamental explorar, también, los conflictos de parentalidad, la calidad del apego y el posible trastorno incipiente del humor, con el fin de tratar de poner en evidencia el tipo de organización psíquica en formación. Es por este motivo que proponemos el modelo de evaluación poliaxial, cuyas líneas principales intentaremos exponer de forma sucinta lo largo del artículo.

En cuanto a la evaluación de los niños pequeños, desde un punto de vista clínico y terapéutico, utilizaremos, pues, cinco ejes diferentes pero estrechamente ligados entre sí. A continuación describiremos los tres primeros, de forma separada, y mostraremos la interconexión existente entre el eje afectivo y el eje del humor en el desarrollo del bebé. Los ejes a considerar son:

- Sobrecarga de la problemática parental en el funcionamiento psíquico del bebé y de sus síntomas (I).
- Características propias del niño que determinan la calidad de las relaciones interpersonales (II), o bien dan lugar a:
  - trastornos del apego (III) que son la base de los
  - trastornos del humor (IV) y del desarrollo del bebé (V).

## Sobrecarga de la problemática parental y síntomas del bebé

Sin entrar en los detalles sobre los diversos conflictos de la parentalidad, diremos simplemente que, en general, hay una correlación entre la gravedad de los conflictos de la parentalidad y la de los síntomas del bebé. En este sentido, existe una gradación de síntomas que, esquemáticamente,

\*Psiquiatra. Jefe del Service de Psychiatrie de l'Enfant et de l'Adolescent, HUG, Genève.  
Correspondencia: francisco.palacio@hcuge.ch

## Evaluación clínica del bebé

sería la siguiente:

- Los menos graves serían los conflictos de la parentalidad neurótica en relación al narcisismo antidepresivo de los padres, los cuales tienden a generar trastornos funcionales (sueño, alimentación, encopresis, etc.) y algunos problemas de conducta (oposición, crisis de cólera, agresividad, etc.) sin perturbar el humor del bebé.

Por el contrario, los conflictos de la parentalidad depresivo-masoquista que se derivan de una culpabilidad de los padres demasiado intensa en referencia a sus propios padres, tienen tendencia a generar trastornos funcionales, pero también síntomas psicossomáticos y problemas más graves del comportamiento acompañados de trastorno del humor. En los niños pequeños, lo más frecuente es que sean de tipo hipomaniaco (trastorno afectivo mixto de la clasificación de 0 a 3 años). En la latencia estos niños tienen tendencia a presentar trastornos depresivos (Knauer y Palacio, 1996).

- Los conflictos de la parentalidad más graves son los de tipo narcisista-disociado, con proyecciones muy negativas en el niño. Tienen tendencia a crear diferentes problemas de apego, los cuales trataremos más adelante cuando hablemos del eje relacional. Debe precisarse, sin embargo, que estos problemas de apego suelen venir acompañados de trastornos funcionales y somáticos, así como de trastornos del comportamiento y del desarrollo (retrasos de diversa gravedad en el lenguaje, en el simbolismo, en la cognición, en la motricidad, etc.) que a menudo corren paralelos con los trastornos graves del humor (depresión crónica del bebé, más o menos severa).

### Características propias del niño

Ajuriaguerra postulaba que los niños nacían con un "equipo básico". Esta explicación es suficientemente amplia y general para reunir no solo las nociones más antiguas del temperamento, como también los ítems medidos por la escala de Brazelton o las particularidades sensoriales, perceptivas, motrices, etc. de Greenspan y consideradas por la clasificación de 0 a 3 años como el origen de los trastornos de la regulación.

Estas características del bebé se encontrarán con los conflictos de la parentalidad de cada uno de los padres y determinará la calidad de los vínculos del bebé con las personas significativas de su entorno. Las características de los vínculos normales, básicamente, son:

*La solidez*, para que el bebé pueda utilizar a las personas del entorno como "base de seguridad" –y obtener respuesta a sus iniciativas y necesidades, así como para beneficiar-

se de sus cuidados y protección–. Debe cumplir la función de referencia social y emocional y, así, servir al bebé como punto de referencia en sus relaciones con el mundo que le rodea.

Para la construcción de estos vínculos es esencial considerar, por una parte, la calidad de la atención del bebé (Golse, 2000) y, por otra parte, la de los padres en relación con él. Ocurre lo mismo en o referente a la capacidad de distribución de los afectos, no solo del padre con respecto al bebé sino también del bebé con respecto a las personas de apego, ya que los afectos representan mensajes altamente informativos, como demostró Darwin en su descripción de los cinco afectos básicos (miedo, asco, cólera, alegría y angustia). El bebé está muy atento a los afectos de las personas que le rodean y, recurriendo a la capacidad de imitación innata, tiene tendencia a compartírselos, sobre todo los afectos positivos, los cuales el recién nacido manifiesta desde las primeras horas de existencia. Esta increíble facultad de imitación que muchos autores relacionan con las "células espejo" –descritas por Rizzolatti y otros (2001)–, constituye la base de la intersubjetividad y de la capacidad reflexiva del bebé que le permite compartir experiencias emocionales y psíquicas con las personas del entorno para poder organizar su experiencia y su desarrollo psíquico.

En este sentido hemos señalado (Palacio Espasa, 2000) que los bebés se identifican muy precozmente con los aspectos alimenticios de la madre –como indica Winnicott (1958) en el bebé de tres meses que pone el dedo en la boca de su madre mientras le da el pecho– y con los aspectos del cuidado –como lo demuestra, ya en el segundo semestre de vida, los gestos de consuelo de los bebés hacia las madres que lloran–. Estas identificaciones contribuyen a estrechar los vínculos del niño con las personas que tienen una función materna.

Pero estos vínculos deben ser "suaves" para permitir las interacciones del bebé con su entorno y con el mundo externo; van a la par con la evolución de los vínculos interpersonales e intersubjetivos para facilitar el desarrollo de la autonomía del niño. Algunos teóricos del apego dan, a menudo, poca importancia a esta dimensión del desarrollo psíquico y ponen tal énfasis en la intersubjetividad y en el reparto de las experiencias psíquicas y en el hecho de "estar con el otro" que rozan una concepción simbiótica del desarrollo. Cuando el objetivo del desarrollo es, justamente, permitir la *autonomía*, preservando los vínculos sólidos y suaves con las personas significativas.

La capacidad inmediata del bebé para compartir la experiencia afectiva de la madre (expectativas interactivas pre-simbólicas de Bebee y Lachman, 2000) hacen que cuando

se enfrenta a los conflictos de la parentalidad neurótica o masoquista, tiene tendencia a adoptar las imágenes más o menos idealizadas atribuidas por el padre, a pesar de las dificultades y los síntomas que esto comporta. Ello se debe al hecho de que el bebé siente la necesidad emocional anti-depresiva del padre. El niño queda así atrapado por el narcisismo parental o, según Lacan (1966), por el "complejo familiar".

### Trastornos del apego

En oposición con las identificaciones del bebé con los aspectos alimenticios y de cuidado de la madre, se encuentran las identificaciones que se desprenden del narcisismo primitivo, destructivo y persecutorio de identificación del niño con los aspectos de rechazo, aniquilantes, incluso persecutorios, de la madre, los cuales están activos de forma muy temprana en los trastornos del apego y, en los casos extremos, en las psicosis infantiles.

En la clínica, los trastornos del apego forman un abanico que presenta dos polaridades: I) la falta de apego específico y II) el hiperapego de tipo simbiótico.

I. *En la falta de apego* del bebé a las figuras significativas de su entorno y que tienen una función materna, los vínculos son débiles y poco específicos con lo cual:

No existe o existe poca angustia de separación de la madre a partir del tercer o cuarto mes, sobre todo en el segundo semestre de vida. Este fenómeno aparece acompañado por una poca o inexistente angustia con los extraños. El bebé es descrito como "muy o demasiado sociable", "poco arisco", "que puede ir con cualquiera".

Estas carencias de apego cubren todo un abanico de gravedad creciente que desemboca en los muy importantes trastorno del apego de los bebés autistas, los cuales evitan cualquier tipo vínculo con la madre y con los demás miembros de la familia.

II. *El hiperapego* de tipo simbiótico sirve para sobrecompensar y, por tanto, para negar las faltas de apego subyacentes. Se trata de nuevo de un amplio espectro que va de las relaciones de tipo regresivo a las psicosis simbióticas de M. Mahler.

En ambos casos la falta de apego y, por tanto, de contingencia de los padres con las necesidades y las iniciativas del bebé, limitan considerablemente el reparto de los afectos positivos así como el *input* de las experiencias interpersonales que facilitan el desarrollo de las funciones del yo. Es por ello que los trastornos del apego contribuyen, según su gravedad, a los problemas de humor del bebé (sobre todo del depresivo), a los problemas del desarrollo, del lenguaje,

de la cognición, de la motricidad, etc. y pueden, en casos extremos, convertirse en trastornos invasores del desarrollo, con o sin autismo.

### Trastornos del humor y del desarrollo

Existe generalmente una correlación entre el grado de depresión del bebé y la gravedad del trastorno del desarrollo.

La depresión crónica ligera del bebé se manifiesta por la apatía, la escasez de demandas y de respuestas afectivas con respecto a las personas de su entorno, pero igualmente por la inhibición y la falta de iniciativas y de actividades de exploración del mundo externo. Suele estar acompañada de ligeros retrasos fácilmente recuperables cuando se tratan los trastornos de los vínculos del bebé con su entorno.

Cuando la depresión del bebé es más grave, la apatía va acompañada de una "separación" (Guedeney, 2000) general del entorno y en particular de los humanos. Los retrasos son más importantes y provocan trastornos disarmónicos, no psicóticos, denominados por la clasificación de 0 a 3 años como "Trastornos multisistémicos del desarrollo de tipo C y a veces B.

Como hemos visto en nuestras investigaciones de Pisa sobre las formas clínicas precoces de aparición del autismo (S. Maestro, Muratori y otros, 1999), la "separación" depresiva evoluciona hacia la evitación y el rechazo sistemático de cualquier relación con las personas del apego; el afecto se embota y se convierte en inoperante. Nos encontramos entonces con toda la gama de los trastornos invasores del desarrollo con o sin autismo y, en el mejor de los casos, con los trastornos multisistémicos del desarrollo de tipo A.

### Conclusión

En este artículo hemos insistido en la importancia de revisar de manera sistemática los cinco ejes principales para la evaluación clínica del bebé y de los niños de muy corta edad, debido a la estrecha interrelación entre estos elementos: conflictos de la parentalidad, características del niño, trastornos del apego, trastornos del humor y trastornos del desarrollo. En las tablas anexas vienen esquemáticamente descritos los elementos esenciales de cada uno de los ejes, permitiendo de esta manera una visión general de los mismos.

En definitiva, se trata de evaluar correctamente los factores favorables que permiten evoluciones positivas, a menudo muy espectaculares en el trabajo psicoterapéutico

## Evaluación clínica del bebé

con la parentalidad; pero también, de evaluar los factores de riesgo que pueden contribuir a una evolución hacia trastornos graves de la relación y del desarrollo y los cuales deberían ser modificados muy precozmente.

*Traducción de Montserrat Domingo.*

### Bibliografía

GOLSE, B (2005). Structure des états ou structure des processus ? Les invites du bébé à un néo structuralisme. *Psychiatrie Infant*, XLIV, 2, pp. 373-389.

GUEDENEY, A (2000). Infant depression and withdrawal: clinical assessment in Fitzgerald, H., Osofsky, J. (eds), *WAIMH Handbook of Infant Mental Health*, V. 4, New York, John Wiley & Sons, pp. 455-484.

KNAUER, D. ET PALACIO ESPASA, F (1990). Réflexions sur l'action d'un Jardin d'Enfants Thérapeutique. Etudes catamnestiques sur 21 cas. In *Neuropsychiatrie Enfance*

*Adolescence*, 38, 3, pp. 107-130.

LACAN, J (1966). *Au delà du principe de réalité*. Ecrits, Paris, Seuil.

MAESTRO, S.; MURATORI, F.; BARBIEN, F.; CASELLA, C. et al. (1999). Early Behavioral development in autistic children: The first 2 years of life through home-movies. In *Psychopathology*, 34, 3, pp. 147-152.

PALACIO ESPASA, F (2000). Les débuts de la vie psychique: les identifications très précoces avec les aspects soignants versus rejetants de la mère. *Enfance & Psychiatrie*, 21, pp. 148-156.

RIZZOLATTI, G.; FOGASSI, L.; GALLESE, V (2001). Neurophysiological tanding and imitation of action. *Nat. Rev. Neuroscience*, 2, 9, pp. 661-670.

WINNICOTT, D.W (1958). *De la pédiatrie à la psychanalyse*. Paris, Payot, 1971.

**Tabla 1.**  
**Conflictos de la parentalidad normal**

---

- |  |  |
|--|--|
| 1. Identificaciones proyectivas "empáticas"    | <ul style="list-style-type: none"><li>• Imágenes del niño amado por sus padres (con límites)</li><li>• Imágenes de los padres amados, o de otras personas significativas</li></ul> |
| 2. Identificaciones parentales complementarias | <ul style="list-style-type: none"><li>• Imágenes de los padres amantes (capaces de poner límites)</li></ul>  |

**Tabla 2.**  
**Conflictos de la parentalidad neurótica**

---

- |   |   |
|---|---|
| 1. Identificaciones proyectivas "empáticas", pero "apremiantes" (violentas, molestas) | <ul style="list-style-type: none"><li>• Imágenes idealizadas del niño que el padre hubiera querido ser</li><li>• Imágenes idealizadas de un padre o de una persona significativa desaparecida</li></ul> |
| 2. Identificaciones parentales complementarias  | <ul style="list-style-type: none"><li>• Imágenes idealizadas del padre que el padre hubiera querido ver</li></ul>   |

**Tabla 3.**  
Conflictos de la parentalidad masoquista

1. Identificaciones proyectivas muy "apremiantes"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imágenes del niño "difícil" que el padre se ha sentido con sus progenitores</li> <li>• Imágenes del niño "reivindicador" hacia sus padres</li> </ul>
2. Identificaciones parentales complementarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Con el padre "víctima" del niño difícil</li> <li>• Con el padre "indigno", objeto de las reivindicaciones infantiles</li> </ul>

**Tabla 4.**  
Conflictos de la parentalidad narcisista-disociada

1. Identificaciones proyectivas "deformantes"	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imágenes infantiles ávidas, peligrosas, (de la imagen global del niño), destructivas, etc.</li> <li>• Imágenes agresivas, peligrosas, destructivas, etc. de los padres en el pasado</li> </ul>
2. Identificaciones parentales complementarias	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Imágenes parentales distantes, hostiles o de rechazo</li> <li>• Imágenes parentales "no conflictivas" e "irreprochables"</li> </ul>

**Tabla 5.**  
Identificaciones proyectivas parentales idealizadas. (Narcisismo parental antidepresivo)

Identificaciones proyectivas, de naturaleza anaclítica, sobre el niño	A-a del niño ideal (mente)	mimado, acompañado, amado, etc., para evitar ver en él la imagen:
		↓
	A-b del niño temido	abandonado, privado, frustrado, negligente, maltratado, etc.
		↓
	B-a del padre ideal (mente)	presente, afectuoso, etc. para evitar ver en él la imagen:
		↓
	B-b del padre temido	abandónico, frustrante, negligente, maltratador, etc.

Tabla 6.  
Identificaciones proyectivas parentales complementarias idealizadas. (Narcisismo parental antidepresivo)

---

Identificaciones parentales idealizadas, de naturaleza anaclítica	A1 con el padre ideal (mente)	presente, protector, amante, etc. para evitar sentirse identificado con:
		↓
	A2 padre temible (y temido)	abandonador, frustrante, etc.
	B1 con el niño ideal (mente)	amante, presente, afectuoso con respecto al padre ideal proyectado sobre el niño, para evitar sentirse identificado con:
		↓
	B2 el niño temible (y temido)	rechazante, hostil, agresivo con respecto al padre ideal, proyectado sobre el niño

Tabla 7.  
Identificaciones proyectivas parentales edípicas

---

Identificaciones proyectivas sobre el niño	<ol style="list-style-type: none"><li>1. del objeto incestuoso (idealizado)</li><li>2. del objeto parental rival (idealizado)</li><li>3. del objeto parental superyoico (idealizado)</li><li>4. del niño con deseos incestuosos</li><li>5. del niño con deseos de rivalidad</li><li>6. del niño con deseos superyoicos</li></ol>
--	--

Tabla 8.  
Eje relacional I

---

1. Relaciones con las personas

1.1 Características a nivel de la percepción, de la motricidad, de la excitación, etc. que determinan:

- A. La calidad de la atención
- B. La calidad de los intercambios y reparto de afectos
- C. La calidad de la comunicación
- D. La calidad intersubjetiva
- E. La capacidad reflexiva
- F. La calidad del apego (a las personas con función materna)

2. Relaciones con los objetos del mundo que le rodea, a nivel de:

- La actividad
- La iniciativa
- La capacidad de exploración
- La capacidad de autonomía
- La capacidad de simbolización

Tabla 9.  
Eje relacional II. Trastornos del apego

---

- 1 A. Ausencia de apego
  - del bebé "que se va con cualquiera", hasta el rechazo de toda relación de tipo autístico.
- 1. B. Hiperapego compensatorio de tipo simbiótico
  - desde una relaciones regresivas hasta las psicosis simbióticas de M. Mahler.

Tabla 10.  
Trastornos del humor del bebé

---

1. Depresión aguda o depresión anaclítica (Spitz)
  - a. Lloros inconsolables
  - b. Dificultades en el sueño
  - c. Dificultades en la alimentación
  - d. Descenso de las defensas inmunológicas e hipersensibilidad a las infecciones
  
2. Depresión crónica (ligera)
  - a. Apatía (en lugar de tristeza)
  - b. Escasez de demandas e intercambios
  - c. Inhibiciones diversas (pocas actividades de exploración)
  
3. Depresión crónica (grave)
  - a. Separación afectiva
  - b. Escasez de interacciones y de comunicación
  - c. Retrasos del desarrollo disarmónico
  
4. Trastorno invasor del desarrollo
  - a. La separación afectiva se convierte o viene acompañada de rechazo
  - b. Trastorno grave de la relación y de la comunicación con retrasos graves.