

Ateneo de Consultorio de Seguimiento Longitudinal del Niño y la Familia

José Rubén Anderman,* Karina Gutson,* María E. Sordo,**
Graciela Salamanco,* Alberto Chattás*

Dra. Karina Gutson: El paciente llega a nuestro Consultorio, por primera vez, con una derivación del Servicio de Traumatología. La entrevista de admisión se realiza a los 27 días de vida; participan en ella el paciente con toda su familia, a quienes recibe el Médico de Planta del Servicio-Becario, el Residente de Primer año (quien quedará a cargo del paciente) y el psicólogo que nos acompaña.

El objetivo de esta reunión es realizar un control de salud teniendo una mirada global del niño y su familia, prestando atención a los vínculos y a los potenciales factores de riesgo.

Según referencia materna, se trata de un recién nacido de término, peso adecuado por la edad gestacional, tercera gesta, tercer parto, sin abortos; edad gestacional 38 semanas, peso al nacer 3800 g, embarazo no programado. Es controlado desde el segundo mes sin complicaciones en el Hospital Mercante de José C. Paz. Parto eutócico con presentación cefálica, Apgar aparentemente vigoroso, contacto con la madre antes de las dos horas de vida. No presentó antecedentes perinatólogicos mórbidos.

Vacunas BCG, antihepatitis B. Serologías del embarazo negativas.

Alimentación: pecho más leche maternizada.

Trabajo paterno: temporario de albañil.

Hábitat: Provincia de Buenos Aires, casa de material con dos habitaciones y baño interno. Co-habitan, no practican colecho (Figura 1).

En el examen físico inicial (primera entrevista), se constata:

Recién nacido con estado general de regular a bueno, con tendencia a la somnolencia, duerme en decúbito ventral. Peso 4190 g, percentilo 50-97; talla: 53 cm, percentilo 50-97; perímetro cefálico 37 cm, percentilo 50. Frenillo lingual corto, hernia umbilical reductible, Pie bot bilateral. Reflejos arcaicos presentes, reflejo rojo bilateral positivo.

Llamaba mucho la atención que el niño permaneciera somnoliento en toda la entrevista,

costaba despertarlo. Su crecimiento somático era adecuado, resaltaba como principal alteración el pie bot bilateral, razón por la cual se lo trataba en el Servicio de Traumatología.

[Durante el Ateneo se proyectó un video filmado en una consulta, que muestra la interacción del bebé y su mamá.]

Al observar la interacción del niño y su mamá, surgen los siguientes comentarios:

- Se enfatiza el hecho de que la mamá permanecía tensa durante la entrevista.
- Sus movimientos eran bruscos al mecerlo y acariciarlo, con marcada distancia entre su cuerpo y el del bebé al sostenerlo, en forma inestable.
- Ausencia del registro de palabras maternas hacia el paciente, con poco cuidado espontáneo.
- Surgieron expresiones maternas como: "No sé cuidarlo, soy demasiado grande para tener un bebé". El padre tiene poca participación y dice: "No lo puede alimentar con el pecho, está demasiado flaca para hacerlo".
- Ambos expresaron que el niño llegó de sorpresa, además *no lo llaman por su nombre*.
- Admiten recurrir a los paños de alcohol y a la administración de anís estrellado para calmarlo.

Dra. Noemí Rivas:¹ ¿Quién recibió al paciente?

Dr. Anderman: El conjunto de profesionales coordinados por el Médico de Planta.

Dra. Rivas: Considero que la percepción del Médico de Planta, por su experiencia, seguramente podrá hacer un diagnóstico de situación la primera vez que ve a la familia, por lo cual es importante que sea él quien coordine y el residente acompañe.

Dra. Gutson: Las sospechas diagnósticas iniciales, con estos pocos datos fueron:

- ¿Familia de alto riesgo?

** Comité Editorial
* División de Promoción y Protección de la Salud Hospital de Niños "Ricardo Gutiérrez" Gallo 1330 (1425) Buenos Aires, Argentina

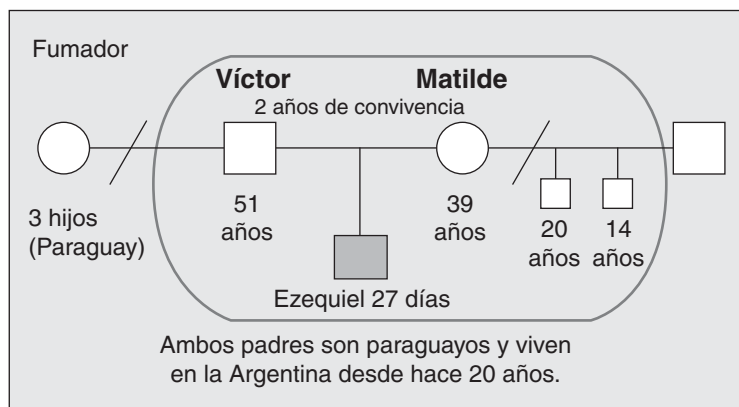


Figura 1. Familiograma.

- ¿Posible alteración vincular?
- Pie bot bilateral
- Hernia umbilical
- Intoxicaciones

Una vez establecidos estos planteos diagnósticos, el grupo profesional asume las siguientes conductas:

- Pautas de estimulación y de crianza a la familia
- Prevención de intoxicaciones
- Estimulación de la lactancia materna (se debe tener presente que la madre, además del pecho, le daba leche de fórmula)
- Control y sostén familiar semanal

Dr. Anderman: Deseo remarcar que los planteos iniciales están bajo un signo de interrogación, ya que en los diagnósticos enunciados se ponen en juego múltiples variables.

Dra. Rivas: Lo señalado vale, pero vale entre comillas, puesto que la familia es paraguaya y las pautas de las madres de ese origen no son extrapolables a nuestras madres, porque el vínculo es diferente. Ustedes saben que hacen uso del “usteco” (modismo paraguayo para referirse a los hijos), al igual que los chilenos con las guaguas, y no llaman a sus hijos por el nombre. Me parece que si bien la madre pareciera estar en otra cosa, ni se mueve para que el niño no moleste, esta es la sensación que uno tiene. Entonces se debería hacer una lectura fina sobre sus pautas culturales.

Dr. Anderman: Estamos totalmente de acuerdo, recordemos que nuestra evaluación es a través de una filmación, donde hay muchos perso-

najes en la escena, lo cual podría sesgar, en principio, el análisis de la situación.

Dr. Juan Pablo Wasserman:² Lo que me parece peligroso es que de una filmación de 20 minutos se saquen conclusiones que puedan ser erradas o no, debemos ser cautelosos. Lo debemos tomar como un elemento más y seguir investigando.

Dra. Gutson: En los controles siguientes, la madre relató que su marido había perdido el trabajo y que tenían serios problemas económicos; habían surgido peleas, violencia conyugal, sobre todo, verbal. Asimismo, manifestó deseos de separarse de él, que era un alcoholíco, razón por la que su hijo mayor de 20 años había abandonado el hogar.

Refirió también que tenía cada vez menos leche y que había decidido darle al bebé leche entera sin agregado de azúcar. Había comenzado a trabajar de lavandera, mientras tanto dejaba al bebé mirando la televisión.

En los exámenes sucesivos del paciente, llamaba la atención que siempre se lo viera somnoliento o dormido durante toda la entrevista, la madre mantenía la misma actitud tensa y, sobre todo, le costaba calmarlo. Persistía la dificultad de conectarse visualmente con su hijo, con pobre interacción verbal. Se le insiste a la mamá sobre las pautas de estimulación y le sugerimos que el niño no mirase la televisión directamente. En la consulta de los 2 meses y 8 días, se constata:

Paciente en buen estado general con adecuado progreso ponderal, más vigil. Persiste la dificultad del bebé en la fijación de la mirada con el observador, mucho más pronunciada con su madre, con una franca evitación visual hacia ella. Tiene algunas vocalizaciones y ausencia de sonrisa social; presenta también dermatitis del pañal y seborreica. El examen oftalmológico completo fue normal, se descartaron trastornos visuales.

En síntesis, en esta consulta, el bebé permaneció despierto durante todo el tiempo; se lo veía mejor, pero llamaba la atención la dificultad para conectarse visualmente con la mamá, a **diferencia de lo que sucedía con otras personas. Los médicos que lo asistíamos, lográbamos la conexión al estimularlo.**

En el video, podemos apreciar la buena conexión del bebé con la médica becaria y logramos apreciar que realizaba algunas vocalizaciones, pero sin sonrisa social. En cambio, cuan-

do se le indicó a la madre que lo llamara no logró comunicación alguna. Se le indicó además que lo levantara, le hablara y le sonriera; el niño sólo lloró.

Dr. Anderman: De lo observado hasta aquí en el video, ¿qué opinan o qué conjeturas quisieran hacer?

Dra. Salamanca: Tal vez vale la pena comentar que este hito de la conducta social es trascendente. Los pediatras debemos jerarquizarlo. Consideramos que el 90% de los niños debe tener sonrisa social a la edad de este bebé, y si no la hallamos, debe ser un llamado de atención. El otro aspecto importante es la comunicación con el profesional actuante. Se puso en evidencia que este bebé se comunica frente a la mirada médica con un contacto tranquilo, pausado, armonioso y amoroso. En realidad, como éstas son apreciaciones cualitativas, se pueden hacer muchas conjeturas al respecto. Sin embargo, los pediatras debemos evaluar estos hitos sistemáticamente, ya que la ausencia o desviación son indicadores muy precoces de futuros trastornos generales del desarrollo.

En nuestra experiencia y en la bibliografía, uno de los indicadores en el que se pone mayor énfasis es en esto de “observar como fue la comunicación madre-hijo desde el nacimiento”; es más, se le pregunta a la mamá: *¿mientras lo alimentaba Ud. sentía la mirada del bebé?* Hay muchos elementos que nos hacen pensar que éste es un indicador trascendente. En muchos pacientes con trastornos del desarrollo, este hito figura como la primera luz roja. En realidad, éste fue el motivo de presentarlo en un Ateneo.

La doctora Czerniuk, médica becaria del Servicio junto con la licenciada Groisman están evaluando el **vínculo temprano madre-hijo** a través de indicadores visuales, de sostén, lúdico, etc., cuya conclusión será motivo de una futura publicación.

Dr. Anderman: No parece que se pueda obtener sólo con esta primera observación una conclusión definitiva, sino que con algunos otros indicadores se podrán elaborar hipótesis diagnósticas para confirmar o descartar en sucesivas entrevistas, en el transcurso del tiempo. La idea fue usarlo como disparador de la discusión.

Dr. Chattás: Pensemos clínicamente cuando uno ve una petequia busca más, busca más signos y síntomas, datos, pero al mirar esa petequia, la mira y se imagina cosas y en base a

esa imaginación el médico decide seguir buscando más cosas; ésta es la forma de arribar a la construcción de un diagnóstico posible.

Dr. Wasserman: Esto nos sirve también para plantear diagnósticos diferenciales como trastornos sensoriales, auditivos o visuales. Por otro lado, analizando todos los videos, se observa una inversión respecto a la conducta del bebé frente a conocidos y a extraños. A esta edad por lo habitual un bebé se conecta inmediatamente con su madre. Aquí esto no se produce, por el contrario, se conecta con la doctora Gutson. Normalmente el niño pequeño se repliega y evita al extraño y acá a la que evita es a su progenitora.

Dr. Chattás: Lo habitual a cualquier edad es que el niño mire a su madre para tranquilizarse, o sea que ella sea su patrón de referencia.

Dr. Anderman: Esta interacción llamada vínculo (del latín *vinculum*), alude según el diccionario de la Real Academia Española a “*unión o atadura*” de una persona o cosa con otra. Este concepto de vínculo y, sobre todo de vínculo temprano, ha motivado a desarrollar innumerables líneas de investigación. Vale la pena remontarnos algunos segundos a la concepción que ya tenía el hombre primitivo sobre la maternidad plasmada en la Venus de Willensdorf, escultura paleolítica que ha motivado muchísimas publicaciones en relación con este tema. Vale enfatizar, como se aprecia en esta obra artística de nuestros antepasados, que la idea de “vínculo temprano”, “de uno con el otro”, se remonta a los albores de la humanidad (Figura 2).

Uno de los primeros autores abocado a los efectos de la deprivación materna sobre la psi-



Figura 2.
Venus de Willensdorf.

quis del niño fue John Bowlby, psicoanalista inglés contemporáneo de Winnicott, Spitz, Freud, quien elaboró la teoría del apego (*attachment theory*). Estudió durante la Segunda Guerra Mundial, las respuestas de unos niños cuando se los separaba del cuidado materno. Consideró tres etapas: 1) Protesta (ansiedad de separación), 2) Desesperanza (dolor, pena, duelo), 3) Indiferencia (mecanismo de defensa). Estas etapas que no vale la pena desarrollarlas en profundidad en este momento, coinciden mucho con lo que describió Rene Spitz en relación con los niños hospitalizados o internados en orfanatos, denominada por él depresión anaclítica, aludiendo a la depresión que sufrían los lactantes estudiados por él al ser excluidos de sus cuidadores.

Una investigadora norteamericana posterior, Mary Aisworth, en los años 55-60 siguiendo esta línea estudió y filmó a niños en un ambiente experimental, registrando su conductas cuando la madre se aproximaba o se alejaba de la escena filmica. Consideró también tres etapas: 1) Segura (alegría-consuelo), 2) Ambivalente (acercamiento-enojo), 3) Evitativa (ignora-evita).

1. La madre se aleja, saliendo de la escena. Si se ha establecido previamente un vínculo y apego adecuados al regresar la madre, el niño se muestra alegre y seguro.
2. Cuando el vínculo no fue suficientemente establecido, aun con presencia física de la madre, el niño se muestra en una situación ambivalente de acercamiento y enojo con ella. Esto se puede ver en algunas familias cuando la madre vuelve de trabajar y, de pronto, el niño protesta y no se le acerca. Esto sucede si la calidad y la cantidad de tiempo en presencia no es la adecuada.
3. Cuando el vínculo previo es muy pobre o ausente en calidad y cantidad, el reencuentro del niño con el objeto materno no produce ningún tipo de emoción sino, por el contrario, se establece una regresión narcisística y falta de deseo de estar con la madre; la ignora y evita.

Probablemente, el paciente que presentamos se encontraba en esta última etapa. Llamaba la atención a todos los profesionales que, a tan temprana edad, se pudiera observar y registrar esta conducta evitativa, como muy bien señaláramos antes.

Es, en esta etapa, en la que probablemente se encontraba el bebé los primeros días de

su vida. Por lo general, en la mayoría de los casos, la madre empáticamente se identifica con su hijo de tal manera que le puede satisfacer todas sus necesidades básicas, sin racionalizar demasiado, por el fenómeno llamado de “*reverie*” (es la manera en que los adultos que hemos tenido la experiencia de una buena acogida en el seno materno, reproducimos conductas amorosas en nuestros hijos).

Estas conductas tienen, según Winnicott, diferentes modalidades: *handling*, es decir, cómo el niño es manipulado, cómo lo viste, lo asea, etc.; *holding*, cómo lo sostiene desde el lugar del contacto corporal (diálogo tónico corporal entre el bebé y su madre), es decir, la forma en que lo toma en sus brazos, cómo lo mece, etc. En este paciente, lo hemos observado de una manera inadecuada.

Tal como lo ha mencionado la doctora Salamanco en el Consultorio se estudiaron los siguientes indicadores semiológicos con este bebé:

- Distancia madre-hijo
- Sostén del bebé (*holding*)
- Manipuleo (*handling*)
- Expresión de afecto-mirada-interacción
- Vocalización materna
- Tiempo de respuesta al llanto
- Estimulación materna
- Estado de vigilia del bebé
- Molestias del bebé
- Humor predominante del bebé
- Iniciación de la alimentación
- Ayuda a eructar al bebé
- Finalización de la alimentación
- Saciedad del bebé

Estos indicadores fueron tomados de la publicación de R. Berezovsky de Chemes, en 1976. Como vimos algunos de estos indicadores estaban en defecto en la madre y en la respuesta del niño hacia ella, por lo que amerita un seguimiento estrecho del paciente, una o dos veces por semana.

Dr. Chattás: El psicólogo etólogo americano Harry Harlow en la década de 1950 hizo una experiencia muy ilustrativa con *Macaccus rhesus*; estudió y filmó la interacción de estos primates con muñecos sustitutos, utilizando como figu-

ra materna, un muñeco de alambre desnudo, y otro recubierto con un paño suave.

[Proyección de video]

En la película, se observa que, tal como se esperaba, el monito prefirió la madre de paño. En la otra escena, se aprecia que del muñeco de alambre, en el extremo cefálico, pendía un biberón, no así en el muñeco de paño. El mono permanecía sólo una hora con el primero, a pesar de que allí estaba su alimento, dirigiéndose y abrazando a la muñeca suave la mayoría del tiempo, prefiriendo más el contacto con el muñeco de felpa que con el que le daba el sustento alimentario (Figura 3).

Dr. Anderman: La hipótesis que se pone en juego, a través de las investigaciones es si el ser humano ya nace con esta capacidad de acercarse al otro o no. Los etólogos comprobaron que tiene que haber un entorno adecuado para que esto que se transmite filogenéticamente, pueda traer como consecuencia una adecuada crianza. Además sabemos que la capacidad de estrés que tiene el ser vivo es un fenómeno adaptable de defensa frente a un estímulo externo. El doctor Hans Selye lo describe ya en la década de 1930 como Síndrome General de Adaptación, sintetizado en la Figura 4. Contemporáneo de este autor, el doctor Walter B. Canon acuña el concepto del Equilibrio Biológico, conocido como homeostasis. Para mi sorpresa aparece un nuevo concepto que es la alostasis, que considera, fundamenta y amplía, a través de una hipótesis neuropsicológica, la idea clásica de homeostasis. Es decir, es el mantenimiento de la estabilidad del sistema a través del cambio. Esto apunta en otras palabras a la reacción, o sea una nueva respuesta fisiológica adaptativa del organismo frente a situaciones desafiantes, esperadas o no, para mantener la nueva homeostasis (Mc Ewen y Sapolsky, 1991). Se desencadenarían así unas transformaciones y síntesis de otros neuromedidores químicos como respuesta del organismo. En síntesis, la alostasis es un mecanismo que tiene el ser humano para adaptarse a nuevas situaciones, y éstas pueden tener cargas positivas o negativas.

En la Figura 5, se muestra la susceptibilidad del cerebro en los tres primeros años de vida. En este período crítico, la velocidad de crecimiento neuronal es la mayor de la vida extrauterina; por lo tanto, las condiciones favorables o, por el contrario, las noxas, influenciarán indefectiblemente en la plasticidad, el aumento neuronal y la sinapsis cerebral. En un ambiente

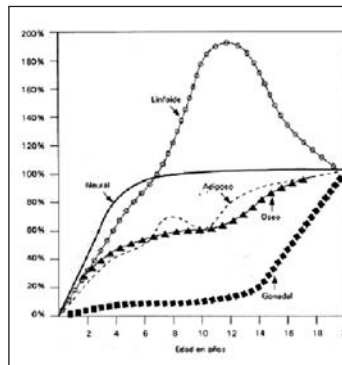


Figura 3. *Macacuss rhesus*.

LOS SISTEMAS FISIOLÓGICOS ACTIVADOS POR EL ESTRÉS PUEDEN SEGUIR DOS CAMINOS:

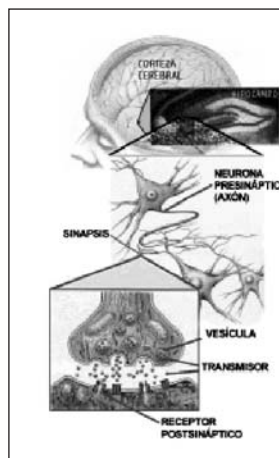
1. PROTEGER Y RESTITUIR
2. DAÑAR AL ORGANISMO

Figura 4. Síndrome general de adaptación (Hans Selye, 1936).



20 semanas:	100 g (10% del peso corporal)
R.N.	300-400 g
1. 6 1/2 (18 meses)	800 g
3 años:	1100 g
Adultos:	1300-1400 g (2% del peso corporal)
6 meses-3 años	Aumento de la mielinización del cuerpo calloso

Figura 5. Desarrollo cerebral.



LOS ESTUDIOS SOBRE EL HIPOCAMPO REVELAN:

UNA PLASTICIDAD ESTRUCTURAL PARA LA

REMODELACIÓN DE DENDRITAS HACIA LA FORMACIÓN Y RECAMBIO DE SINAPSIS

Figura 6. Efecto de la alostasis sobre el sistema nervioso central.

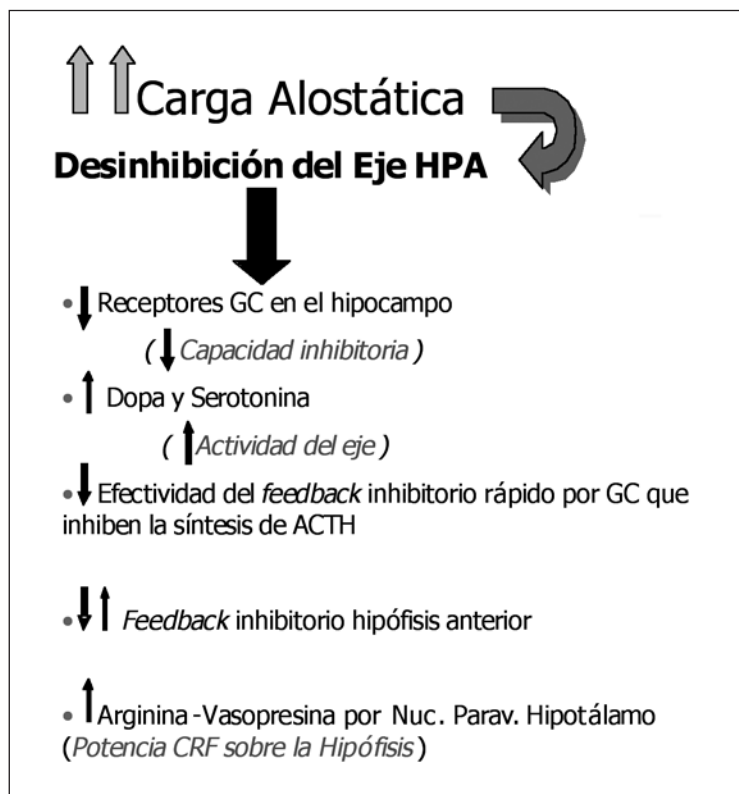


Figura 7. Neuromediadores químicos y alostasis.

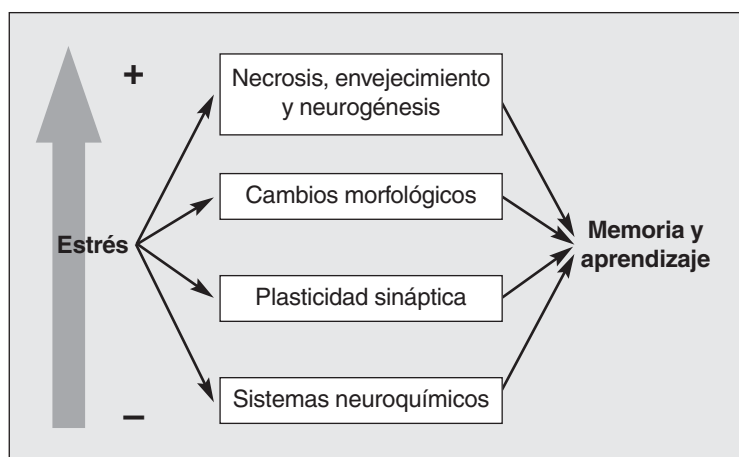


Figura 8. Estrés, memoria y aprendizaje.

te favorecedor, el cerebro desplegará toda su potencialidad, por el contrario injurias permanentes de cualquier índole provocarán la detención de su desarrollo.

Siempre que exista un ambiente externo favorable, el *input* del hipocampo, la estructura que está íntimamente relacionada con el vínculo temprano, permitirá un adecuado modelaje, aposición y recambio neuronal (Figura 6).

En las Figuras 7 y 8, se muestran muy simplificada las consecuencias y los cambios neuroquímicos frente a una carga *alostática* negativa. Los estímulos negativos o su ausencia producen una retracción a nivel de las dendritas e inhibición de la neurogénesis, lo cual trae aparejado alteración e inhibición del *feedback* positivo y negativo del eje hipotálamo-hipofisario-gonadal. Por otra parte, esta inhibición inadecuada del eje conlleva finalmente a una desensibilización del hipocampo a los corticoides circulantes, aumentando en forma endógena los factores de liberación hipotalámicos para la producción de cortisol y adrenalina. En animales, está demostrado experimentalmente que estos corticoides circulantes a lo largo del tiempo traen como consecuencia una atrofia general a nivel de la corteza cerebral. Por lo tanto, todos estos fenómenos ya sean negativos o positivos influirán tempranamente en el desarrollo del niño. El “cachorro humano”, término empleado por los recordados doctores Mario Rocatagliatta y Aurora Pérez, se diferencia notablemente de otros seres de la naturaleza, ya que el hombre desde su nacimiento está a merced de “otro”, que es el entorno y sus estímulos inmediatos por éste generado.

Para terminar en este caso puntual creemos que la intervención temprana y oportuna podría evitar en el futuro graves complicaciones para este paciente. La madre sigue trayéndolo a los controles.

Dra. Michelle Lapacó:³ Se debería completar la historia clínica de la madre y la familia ampliada. Los padres están asustados, porque de alguna manera, están expuestos a esta situación nueva frente a numerosos profesionales. Se debe apoyar a ambos padres.

Dra. Liliana Sabbaj:⁴ Esta mamá tiene potencial de establecer un buen vínculo, de entender y de conectarse siguiendo nuestras indicaciones y sugerencias.

Dr. Wasserman: Nos enfrentamos a la impotencia de cambiarles la vida; no obstante, se pueden hacer cosas en el medio como factores de protección, rescate de la diada, control del pie bot.

La adecuada articulación entre las tres modalidades básicas del apego: mirada, sostén y afecto, es condición necesaria para mantener una diada madre-hijo favorecedora del desarrollo normal de un niño. La acción preventiva consiste en facilitar una sintonía relacional entre padres y bebés: el desarrollo de la capacidad interactiva.

Bibliografía sugerida

1. Brió MC. *Psicofarmacología y Neurociencia en Pediatría*, Buenos Aires: Editorial Sciens; 2007.
2. Universidad de Buenos Aires. Bibliografía complementaria para alumnos de Pediatría. *Capítulo: La familia como matriz de la humanización*, 2006.
3. Marcelli D, De Ajuriaguerra J. *Psicopatología del Niño*, 3ª ed. Barcelona: Masson; 1996.
4. Pérez A. *Psicoanálisis, Pediatría, Familia y Derecho*. Buenos Aires: Edit. Carybe; 2001.
5. Spitz R. *El Primer Año de Vida*, México: Fondo de Cultura Económica; 1996.

¹ Comité de Docencia e Investigación

² Coordinador de Ateneos

³ Ex Médica de Consultorios Externos

⁴ Consultorios Externos