

Desarrollo precoz

A Guedeney
C Rabouam
M Moralès-Huet

Resumen. – El tema del desarrollo precoz se abre desde hace algunos años a nuevas perspectivas, con los avances de las investigaciones sobre las interacciones padres-hijos y de los campos de la psicología del desarrollo, de la psicología cognitiva y de la neuropsicología. Nociones como la intersubjetividad y la teoría de la mente, así como los conceptos que emanan de la teoría del apego, modifican profundamente la manera de aprehender el desarrollo del niño y su psicopatología. Estas nuevas perspectivas llevan necesariamente a modificar la manera de evaluar el desarrollo en la clínica del bebé y del niño y a proponer nuevas definiciones del lugar de esta última en la atención psicoterapéutica de los niños y de sus padres.

© 2002, Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, París. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: desarrollo, bebé, relaciones padres-hijos, intersubjetividad, temperamento, evaluación, tests, escalas, apego, alianza, psicoterapia padres-bebé.

Introducción

Los tres primeros años de la vida constituyen un período fundamental del desarrollo motor, cognitivo, afectivo, intrapsíquico, interpersonal, así como el momento en que se construyen los vínculos de apego. En ningún otro período de la vida se producirán transformaciones tan grandes en un lapso tan corto, transformaciones que llevan a la constitución de un ser humano sociable, dotado de lenguaje; a la edad de 3 años, numerosas funciones habrán alcanzado su estado de madurez. El tema del desarrollo precoz ha adquirido un lugar central en psicología y psicopatología, como consecuencia de los aportes de la psicología experimental al conocimiento de las competencias precoces en el plano sensorial, cognitivo e interactivo. Sin embargo, la naturaleza del proceso de desarrollo sigue siendo enigmática y controvertida, en particular en lo que respecta a su regulación, su dinámica y sus relaciones con la maduración. Por cierto ya no se piensa, como Haeckel y luego Hall, que la ontogénesis repite la filogénesis, o sea que el desarrollo del individuo (ontogénesis), es una réplica condensada y abreviada de la evolución de la especie (filogénesis). La maduración designa el conjunto de los factores endógenos del desarrollo y evoca la idea de una serie de cambios estrictamente ordenada, invariante e ineluctable, que se puede evaluar de manera cuantitativa. En esta perspectiva, representada magistralmente por Gesell, la maduración es la condición necesaria y suficiente de la emergencia de una conducta. Hoy en día, al contrario, se considera que el desarrollo es la resultante de fuerzas diversas, genéticas y epigenéticas, internas y externas. Un ejemplo es la adquisición de la marcha, que se consideró al principio como un puro proceso de maduración basado en la mielinización y la maduración del sistema nervioso, y en el cual actualmente se percibe la importancia del proceso de aprendizaje. El desarrollo presenta, por consiguiente, grandes variaciones en sus resultados, con una diversidad interindividual y cultural, y las teorías recientes se interesan precisamente por las diferentes vías

posibles para llegar a un nivel de desarrollo. Si bien en el desarrollo psicológico existen ciertos puntos de referencia que aparecen de manera relativamente constante (aparición de la referencia social, de la permanencia del objeto, del comportamiento de apego, elementos de la teoría de la mente, capacidad de relatar sus experiencias, etc.), la cantidad y la naturaleza de los estadios dependen mucho del modelo que se utiliza para observar el desarrollo y de la dimensión de estudio a la cual se otorga importancia.

Se plantean muchas preguntas, tanto en lo que concierne al desarrollo normal como al desarrollo patológico. ¿Cuál es su motor? ¿En qué medida los intercambios sociales modelan el desarrollo y cuáles son las influencias de la manera de estudiarlos y de las diferencias culturales? ¿Existen trastornos específicos del desarrollo, aislados, separables de las entidades psicopatológicas ya conocidas en la primera infancia o bien cada uno de estos trastornos puede ser descrito desde el punto de vista del desarrollo? Los puntos de vista estructuralistas y desarrollistas se han opuesto en psicopatología y en psiquiatría del niño.

En la primera parte de este artículo se consideran brevemente los principales debates teóricos sobre el desarrollo durante los 3 primeros años de la vida. Luego se presentan los principales aspectos de este desarrollo, en el plano motor, perceptivo, cognitivo, social y afectivo, a partir de los estudios experimentales sobre el desarrollo precoz. Sigue una presentación de las diversas maneras de evaluarlo y sus instrumentos. La última parte concierne el papel de la evaluación del desarrollo en la intervención terapéutica.

El desarrollo

UTILIZACIÓN DEL DESARROLLO EN PSICOPATOLOGÍA

El desarrollo tuvo y sigue teniendo un papel esencial en los debates teóricos que animan tanto a la psicología como a la psicopatología. Estos debates están marcados por los aportes de Darwin, Freud, Watson, Vygotski, Piaget, Chomsky y Bowlby y, más recientemente, de Stern y de Trevarthen. Cada uno de ellos utilizó de manera parcial pero siempre creativa sus observaciones del bebé, para esbozar un modo espe-

Antoine Guedeney : Professeur de pédopsychiatrie, chef du service de pédopsychiatrie, hôpital Bichat-Claude Bernard, polyclinique Ney, 124, boulevard Ney, 75018 Paris, France.
Catherine Rabouam : Psychologue, psychothérapeute.
Martine Moralès-Huet : Psychologue, psychothérapeute.
Unité Petite Enfance, service du Professeur Jeammet, institut mutualiste Montsouris, CMP, 45, rue de la Harpe, 75005 Paris, France.

cífico de lectura del ser humano. Pero en lugar de constituir una ventana abierta para la comprensión de los fundamentos de la psique del adulto, el comportamiento del bebé aparece como radicalmente indeterminado, ya que cada uno de estos autores le atribuye un sentido diferente, en el plano de lo sexual para Freud, del condicionamiento para Watson, de la cognición para Piaget, o en el de la capacidad de socialización innata para Bowlby. Freud mostró la importancia de la infancia en el desarrollo de la personalidad del adulto, y Piaget hizo que la primera infancia se considere como un campo de investigación válido en psicología. Wallon consideraba al bebé como una persona global y sin embargo ciertas corrientes actuales tienden a enfocar el desarrollo desde una perspectiva reductora, al considerarlo como un mero proceso de maduración determinado por los genes, lo cual, limita el campo de la psicopatología.

La psicología del desarrollo tiene como origen múltiples y heterogéneas influencias que emanan a la vez de la medicina, de la psicología general y de la biología. Eso explica que la disciplina esté animada por debates, vinculados con las diferencias de las teorías, los métodos, las prácticas e incluso las éticas.

DESARROLLO Y TEORÍA PSICOANALÍTICA

En el psicoanálisis se observa un punto de vista llamado genético, que toma en cuenta las relaciones entre la historia y el desarrollo, y un punto de vista estructuralista, que excluye la influencia de la biología en el desarrollo psicológico y se opone a una concepción de la evolución en términos de estadios. Esta segunda corriente está representada esencialmente por Lacan, quien considera que «los estadios instintuales ya están organizados en subjetividad cuando son vividos»^[2]. Esto lo lleva a describir momentos de la historia del sujeto, sus retrocesos, sus reconstrucciones a posteriori, sus repeticiones y sus rupturas, con la noción del Edipo y del Falo como referencias esenciales. El desarrollo constituye, en este marco, la evolución del vínculo del sujeto con el deseo del otro, a través de momentos organizadores como el estadio del espejo y el Edipo.

La posición genética, por su parte, se organiza en dos formas principales: la de estadio y la de la relación de objeto. Para Freud, el desarrollo psíquico está determinado por conflictos específicos —orales, anales, fálicos— que representan la fase pregenital del desarrollo psíquico, y que se encontrarán integrados en la fase ulterior genital; esto permitirá el acceso al desarrollo «adulto» de la sexualidad, caracterizado por la posibilidad de una relación de amor con el otro considerado como objeto independiente y en su totalidad. El primero y el segundo año de vida corresponden en el psicoanálisis a la instalación, por una parte, de la organización libidinal (estadio oral y estadio anal) y, por otra parte, de la relación de objeto, progresivamente constituida con un apoyo en las necesidades libidinales^[3]. La noción de relación de objeto designa el tipo de interrelaciones que se establecen con lo que garantiza la satisfacción de la pulsión. Para los autores que se focalizan en la constitución del objeto y de la identidad, la génesis de las relaciones objetales es el principal factor del desarrollo psíquico (se trata de Winnicott, de Ferbairn y, más generalmente, del grupo británico de los Independientes). En su base se encontraría una cierta «anobjetividad» o indiferenciación objetal del niño al nacimiento, idea que deriva de la de Freud, según la cual existiría en el bebé una cierta angustia o una vivencia de impotencia inicial (*Hilflosigkeit*). Por ejemplo, Mahler describe una fase inicial autística, luego una fase simbiótica (3 a 6 meses) y luego la de separación-individuación (6 a 18 meses). Sin embargo, más allá de esta concepción general del desarrollo, los puntos de vista del psicoanálisis genético son muy diversos: el acento puede ser puesto en la pulsión (Freud), en el desarro-

llo de las relaciones de objeto (los organizadores de Spitz), en el motor del desarrollo psíquico (escisión pulsional de Klein, con la descripción de posiciones más bien que de fases, esquizoparanoide primero y luego depresiva), o en sus trastornos (*impingement*, o intrusión materna en el desarrollo del bebé en Winnicott). En la perspectiva genética, la dialéctica de la fijación y de la regresión es la base de la relación entre el desarrollo y la patología, y da lugar a trastornos específicos del Yo, de las relaciones de objeto, y a trastornos del modo de satisfacción y de pensamiento, según el nivel etiológico en que se sitúa la perturbación del desarrollo: detención, defecto o trastorno del desarrollo^[3].

BIOLOGÍA Y PSICOLOGÍA DEL DESARROLLO

Para analizar el desarrollo psicológico es necesario tener en cuenta ciertas leyes del desarrollo biológico: ley de diferenciación creciente, ley de variabilidad, ley cefalocaudal y proximodistal (el desarrollo comienza a nivel del sistema nervioso central y después se extiende hacia el tronco y las extremidades). Todas las teorías actuales del desarrollo aceptan el concepto de epigénesis, según el cual cada nuevo nivel es una reorganización y no una suma de los precedentes. La psicología del desarrollo contemporánea insiste en la unidad biológica y social del organismo, que reacciona a su medio y al mismo tiempo actúa sobre él. La aplicación demasiado directa al desarrollo psicológico de los conceptos biológicos de maduración y de epigénesis a partir del mecanismo de estabilización sináptica selectiva dio lugar a críticas que corresponden, en el campo del desarrollo, al debate entre lo innato y lo adquirido^[4]. Los que defienden una epigénesis predeterminada piensan que los cambios cualitativos son fundamentalmente de origen genético y que el medio no hace más que modificarlos, mientras que los que defienden una epigénesis conductual o probabilista dan una importancia central al medio en el desarrollo psicológico.

Otro debate concierne a la oposición entre quienes sostienen, a partir de Skinner, que el condicionamiento es la forma principal de aprendizaje y de desarrollo cognitivo (punto de vista llamado conductista o behaviorista), en oposición a las concepciones según las cuales las relaciones precoces, las interacciones padres-hijos y el apego tienen una importancia central^[4]. Para los «empiristas», la experiencia explica la mayor parte del desarrollo. El modelo inicial de esta posición está representado por el niño visto como una «tabula rasa» (Locke, 1690), en la cual se inscribe el efecto de la experiencia. Los progresos considerables en la comprensión del funcionamiento de los genes en los últimos diez años han modificado profundamente este debate, sin hacerlo desaparecer. La capacidad de los genes para «encender» y «apagar» su funcionamiento hace caduca una parte de la oposición entre la influencia genética, hereditaria y la influencia del medio, en la medida en que su actividad «on/off» puede estar influenciada por el medio. Este modelo evoca el de la embriología moderna, en la cual el control de la expresión de los genes también puede estar afectado por la actividad del organismo. Por consiguiente, el problema del desarrollo y de su patología se verá considerablemente modificado en el futuro por el aporte de la genética. Ya se puede percibir su importancia gracias a los modelos animales, en los cuales la expresión de un alelo mutante que da lugar a un riesgo genético está mediatizada por la experiencia interactiva. Por ejemplo, los monos rhesus portadores del alelo mutante 5-HIAA sólo expresan el riesgo para el desarrollo correspondiente a esta mutación si se crían en una relación de apego insuficiente^[4]. El modelo psicopatológico pasa así de una forma diádica y causal directa, en la que la psicopatología está determinada por los trastornos de la relación madre-hijo, a un modelo secuencial y sistémico, que procede por etapas.

■ Modelos teóricos del desarrollo psicológico

El constructivismo de Piaget (1923) ¹⁸⁴ sigue constituyendo un modelo influyente del desarrollo cognitivo, así como una salida para la dicotomía innato-adquirido. Según Piaget, el niño nace desprovisto de estructura intelectual, pero dotado de una capacidad innata para actuar sobre el mundo. El niño construye gradualmente un conocimiento del mundo al actuar sobre él. Construye «esquemas de acción», que son estructuras sensoriomotoras, por asimilación y acomodación, que dan lugar a una lógica basada en la acción más que en el pensamiento. Por consiguiente, para Piaget el motor del desarrollo se encuentra esencialmente entre las manos del propio niño. Para Vygotski ¹⁸⁵, el desarrollo se efectúa en la llamada zona proximal, hacia la cual el adulto lleva al niño, no demasiado lejos de sus capacidades. Según este autor, el principio fundamental es que el conocimiento existe primero entre el niño y sus padres y luego es interiorizado por el niño. Para Bruner ¹⁸⁶ las limitaciones del bebé se encuentran más bien en los medios de coordinación que en la falta de conciencia del mundo. Propone un modelo del desarrollo que llama *scaffolding* («andamiajes»), según el cual el adulto ayuda al niño a franquear las etapas que están a su alcance, como un tutor que da una dirección, un apoyo al desarrollo de un árbol. Este modelo se aplica sobre todo para el desarrollo del lenguaje, a partir de la noción de «formatos de comunicación» o incluso, de las estructuras de acción conjunta que constituyen el pre-lenguaje. Estos modelos tienen un cierto parecido con el concepto de *object presenting* de Winnicott, para quien la madre presenta al niño un objeto, el mundo, en un momento y de una manera apropiados para que pueda captarlo con placer. En resumen, la característica de los puntos de vista actuales es que toman en cuenta las interacciones en el proceso de desarrollo. Stern ¹⁸⁷ describe el desarrollo de los sentimientos de estar consigo mismo y luego de estar con el otro en una perspectiva constructorista, suponiendo así a Bowlby ¹⁸⁸, en el cuestionamiento de la noción de pulsión y criticando la noción de estadios libidinales. Para Stern ¹⁸⁹, los diferentes estadios del sentimiento de sí son: el sentimiento de un sí mismo emergente, que se construye desde el comienzo de la vida, luego el de un sí-núcleo, a partir de la edad de 2 a 3 meses, luego el sentimiento de un sí subjetivo, que comienza entre los 7 y los 9 meses, y que se abre hacia el sentimiento de un sí verbal, a partir de los 15 meses, el cual inaugura la capacidad narrativa. Stern acuerda un papel esencial a la armonización afectiva en el desarrollo de la intersubjetividad. Este proceso de instalación de un sí subjetivo está basado en las capacidades transmodales del bebé, que mostraron, entre otros, Meltzoff y Borton ¹⁹⁰. El modelo del desarrollo que propone Stern supone una capacidad biológica preexistente, pero cuya utilización en el contexto de la relación dará lugar en el niño a un desarrollo en el plano puramente psicológico. Según Trevarthen ¹⁹¹, promotor del concepto de intersubjetividad, el error fundamental en lo que respecta al desarrollo precoz fue que se consideró la conciencia del objeto y no la conciencia de las personas. Según él, al contrario, la inteligencia racional, las cogniciones y las preferencias perceptivas deben considerarse como secundarias a un proceso basado en la intención y la emoción en los intercambios sociales. Sostiene que la motivación para comunicar se apoya en una capacidad innata de receptividad a los estados subjetivos del otro. Describe siete estadios del desarrollo de esta capacidad entre 0 y 18 meses:

- la intersubjetividad primaria;
- la protoconversación;
- el reconocimiento de sí mismo en el espejo;
- el reconocimiento de sí mismo como actor (cuando hacia los 6-8 meses los niños encuentran un placer en exagerar sus llantos, sus expresiones emocionales, etc.);
- la cooperación en las actividades compartidas y el proto-lenguaje;
- la imitación tardía y las primeras palabras.

Tanto en lo que respecta a los intercambios emocionales como a las capacidades perceptivas y cognitivas, que aparecen cada vez más relacionadas entre sí, el motor del desarrollo es la resolución activa del problema que plantea al niño el entorno en sentido amplio. En ese sentido, la fuerza esencial es ante todo de orden mental, intra e interpersonal e intersubjetivo. La interdependencia de los sistemas permite pensar, con Fonagy ¹⁹², las relaciones entre motricidad y cognición, afecto y representación, en una filiación posible entre el conocimiento de sus propias acciones y emociones, el sentimiento de sí mismo y del otro, la constitución del vínculo de apego y luego la teoría de la mente y la capacidad autorreflexiva; éste es el sentido contrario de las concepciones predominantes hasta entonces, según las cuales la construcción de la cognición daría acceso a los elementos más elevados del sentimiento de sí y del intercambio emocional. A partir de esta manera de concebir el desarrollo se puede elaborar un nuevo modo de comprensión de las relaciones entre desarrollo precoz y psicopatología ^{193, 194}. El ejemplo principal es el autismo, que se considera hoy como un trastorno del desarrollo y no ya como un trastorno debido a la patología de las relaciones. El trastorno inicial aún es desconocido, pero se sitúa en el plano de la capacidad intersubjetiva. Tal vez se trata de un defecto de las capacidades transmodales que afecta a la imitación, a la sintonía afectiva, a las capacidades de representarse la mente del otro, y por lo tanto, a la intersubjetividad ^{195, 196}. Es posible que la experiencia y el medio interpersonal precoces tengan una influencia en el establecimiento más o menos temprano y grave de estos trastornos interactivos. El modelo actual del desarrollo es de tipo ecológico, y considera que lo que se desarrolla es el sistema organismo-entorno. El proceso consiste en una interacción constante entre la estructura del conocimiento en el niño y la estructura del mundo. El organismo, en este caso el bebé, busca activamente información y estimulación, en un medio cuya naturaleza está determinada en gran parte por la capacidad de este organismo para extraer y tratar la información ¹⁹⁷. Por lo tanto lo social y lo cultural ocupan un lugar importante en el proceso de construcción de las estructuras mentales, en la medida en que los padres pueden ofrecer al niño, más o menos bien, el mundo para pensar, descomponerlo en elementos significativos para él y adaptados a su capacidad de aprehenderlo.

COMPONENTES DEL DESARROLLO

El desarrollo se observa en las dimensiones motora, perceptiva, cognitiva, del lenguaje, de la comunicación y del intercambio afectivo intersubjetivo. Como se ha visto, estos aspectos son interdependientes, y el desarrollo se aprecia teniéndolos en cuenta en su conjunto. No se puede detallar aquí cada una de estas dimensiones, cuya evolución se realiza según una secuencia específica; sólo serán indicadas las grandes líneas, con un acento en las dimensiones del desarrollo social y de la comunicación afectiva.

— *El desarrollo motor comienza antes del nacimiento.* Se puede notar, a este respecto, que el estudio del desarrollo intrauterino ha progresado mucho y llevó a considerar los reflejos innatos como el efecto de la adaptación a la vida intrauterina y no como vestigios filogenéticos. Henri Wallon mostró claramente las relaciones entre el acto y el pensamiento, e insistió en la importancia del mecanismo de «diálogo tónico» entre la madre y el niño para el desarrollo motor y su integración en el desarrollo emocional. Los estudios de las formas de puericultura en diferentes culturas muestran el efecto diferencial de las prácticas físicas (masajes, contacto corporal) en el desarrollo motor y el desarrollo de un sentimiento de continuidad de existencia y de seguridad. La frecuencia de las estimulaciones no específicas en las sociedades tradicionales podría explicar, en efecto, la precocidad del primer desarrollo motor en estas sociedades. Stern ¹⁹⁸ mues-

tra cómo las etapas motoras producen revoluciones en el sentimiento de sí con el otro. Mahler, y más tarde Bowlby, describen la relación entre la separación-individuación y el sentimiento de seguridad, de «base segura», que permite la exploración. Por lo tanto el desarrollo postural no es lineal, previsible y monótono, sino que presenta mesetas, interrupciones e incluso regresiones. También demuestra la importancia de las interacciones entre los diferentes aspectos del desarrollo²⁶¹.

— El estudio del desarrollo perceptivo pudo progresar gracias a la utilización de la técnica de la habituación, que constituyó una revolución en la evaluación de las capacidades sensoriales en el nacimiento y en los comienzos de la vida. Esto transformó la idea que se tiene del bebé y de su representación del mundo, muy alejada del autismo inicial postulado por ciertos modelos psicoanalíticos. El mundo perceptivo parece ser tridimensional desde el nacimiento, con una relativa indiferenciación de las modalidades sensoriales, y en el proceso de desarrollo precoz parece predominar la diferenciación sobre la integración. Más allá de la apreciación de la precocidad y de la eficiencia de cada función sensorial en el nacimiento, el problema que se plantea actualmente es el de su coordinación y el papel de la estimulación sensorial en las coordinaciones intersensoriales. Al parecer existe un mecanismo neurológico subyacente a la percepción amodal, no específica de un canal sensorial particular²⁶², que permite una transferencia de la información de una modalidad sensorial a otra. Esto tiene implicaciones importantes para la comprensión de ciertos trastornos precoces del desarrollo, como el autismo, y de la existencia de suplencias en caso de déficit, como en los niños ciegos o sordos de nacimiento. Se puede señalar que la imitación neonatal fue observada por Zazzo en 1957, pero estaba en contradicción con la teoría de Piaget, que predominaba en la época, aunque será confirmada mucho más tarde, en 1970, por Meltzoff y Moore²⁶³. Éste es otro ejemplo más de la dificultad para tomar en cuenta los hechos cuando se oponen a una teoría dominante. Asimismo, las experiencias de Spelke por un lado y de Baillargeon por el otro, indican que la unidad y la permanencia del objeto aparecen desde la edad de 4 a 5 meses, lo que corresponde a los datos relativos al sentimiento precoz de la coherencia del entorno desde el punto de vista del bebé²⁶⁴.

— El desarrollo del lenguaje: se lo separará aquí artificialmente del desarrollo de la comunicación y de las competencias sociales. Las primeras palabras aparecen al principio del segundo año de vida, pero existe un conjunto de datos coherentes que indican que el bebé está dotado de un dispositivo que le permite discriminar, categorizar, segmentar y, por último, representarse el material lingüístico desde los 6 primeros meses. Paralelamente, se establece un sistema de comunicación social prelingüística entre el bebé y sus familiares, sistema que será la base de todo el desarrollo afectivo. Si bien el debate ya no divide a los que sostienen que sólo los factores genéticos o sólo la adquisición explican el desarrollo del lenguaje, considerado actualmente como un producto de los dos tipos de factores, sigue habiendo un debate intenso con respecto a las influencias respectivas de la maduración y del aprendizaje y con respecto a la influencia de la comunicación en la adquisición del lenguaje. Por ejemplo Pinker²⁶⁵ habla de un «instinto del lenguaje», retomando la frase de Darwin: «la capacidad del lenguaje es una tendencia instintiva a adquirir un arte». Para Pinker existe un «módulo preinstalado» que permite la comprensión gramatical; las interacciones a través del lenguaje permiten hacerlo funcionar y le dan un léxico y aplicaciones, en el sentido informático de la palabra.

— Desarrollo afectivo, social y emocional: interacción, apego, teoría de la mente. Uno de los puntos más importantes de la investigación en el campo del desarrollo es la insistencia en las interdependencias entre aspectos que antes se consideraban por separado: la cognición, el apego, el lenguaje, la inter-

acción. La utilización de la observación videoscópica dio un gran impulso a los estudios sobre las interacciones entre el bebé y su entorno. Estos estudios mostraron que a menudo es el bebé quien toma la iniciativa del intercambio y lo regula, con la condición de que la sensibilidad del otro se lo permita. Entre los progresos más importantes de la comprensión del desarrollo psicológico precoz se encuentra la teoría del apego y sus aplicaciones a la comprensión del desarrollo y de sus trastornos. John Bowlby²⁶⁶ sostiene que el apego es un instinto primario que se expresa por las conductas de succión, por la sonrisa, el llanto, el seguimiento y el asirse a la madre. Más tarde engloba todas las conductas que consisten en una búsqueda de proximidad y de un sentimiento interno de seguridad, según el modelo de un termostato o de un conete autodirigido. Las conductas de apego emergen en el comienzo de la vida, con una fase de preapego o de interés indiferenciado hacia el adulto, que precede al apego propiamente dicho, el cual se caracteriza por la preferencia y por la aparición de la angustia de separación, hacia los 6 meses, y luego las conductas de búsqueda de una «base segura» (*secure base*) para, a partir de los tres años, evolucionar hacia la fase de cooperación (*goal oriented partnership*). El apego está basado en un modelo internalizado de las interacciones, construido a partir de las experiencias reales del bebé, experiencias que éste es capaz de generalizar a partir de la edad de un año (*internal working model* o *modelo interno operante*). El apego dura toda la vida y se transfiere a otras personas que los padres (el grupo, el compañero o compañera). Mary Ainsworth²⁶⁷ desarrolló el concepto de «base segura» y propuso el paradigma experimental de la «situación extraña» para los niños a partir de la edad de un año, con la sucesión de dos episodios de separación y de reunión con la madre. Se pueden distinguir dos tipos de niños: los «seguros» y los «inseguros» (que pueden ser «resistentes» o «evitantes»). La categoría «desorganizados» se agregó más tarde, y se encuentra en los niños maltratados o en situaciones de carencia o de desequilibrio grave. El apego «seguro» se asocia con un mejor funcionamiento social, una afectividad positiva más abierta y una mayor capacidad para interpretar las intenciones y el pensamiento del otro, de reflexión sobre sí mismo y sus propios sentimientos. Se reconoce hoy en día la importancia del apego como regulador fisiológico y como clave para la comprensión del equilibrio psicopatológico^{268,271}. Los estudios de Fonagy²⁶⁹ insisten sobre el papel del apego en el desarrollo de una capacidad autorreflexiva e interpretativa cuyo déficit lleva a trastornos de la conducta, que se evidencian en los estados *borderline*. En resumen, la teoría del apego y sus aplicaciones, la teoría de la mente, la toma en consideración de las interacciones precoces entre el bebé y sus padres y la demostración de los vínculos de la expresión del material genético con la experiencia y el medio, representan novedades fundamentales en el campo del desarrollo precoz. Se puede esperar que la comprensión de este último cambie muy rápidamente.

Métodos de evaluación del desarrollo del niño

¿POR QUÉ Y CÓMO EVALUAR EL DESARROLLO DEL BEBÉ?

En los tratamientos de niños, el terapeuta se enfrenta con una doble temporalidad, la de los padres y la del bebé, el cual, como dice Fraiberg²⁷¹ no puede esperar que se resuelva la problemática de los padres que obstaculiza su desarrollo. Por lo tanto, el terapeuta debe conocer de manera precisa las etapas de este desarrollo, al mismo tiempo que le es difícil formarse una imagen precisa del funcionamiento del bebé dado que emprende una relación con toda la familia,

con implicaciones transferenciales múltiples. Por eso parece útil que esta evaluación sea efectuada por dos profesionales por lo menos (psiquiatra infantil, reeducador de la psicomotricidad, psicólogo, logopeda), con la condición de que el primero permanezca como referente de la familia, y reúna los datos recolectados para poder integrarlos al tratamiento. Pueden ser útiles las escalas de desarrollo, que entregan indicadores fiables y válidos, para poder informar a los padres sobre las capacidades y vulnerabilidades de su bebé, y luego eventualmente proponer al niño y su familia el tipo de intervención que se haya elegido.

La evaluación del desarrollo, tal como la formalizó Greenspan^[22] es un procedimiento que sirve para comprender más profundamente los recursos y fragilidades de un niño y de sus padres. Está integrada al tratamiento e incluye:

- el establecimiento de una alianza con los padres y una discusión sobre los objetivos de la evaluación;
- la descripción de las capacidades del niño por los padres, y de sus propias preocupaciones, así como la descripción de las soluciones que han encontrado para ayudarlo en su desarrollo;
- la descripción de la historia de su desarrollo (al ritmo de los padres). La evaluación necesita un conocimiento preciso del desarrollo y del contexto cultural de la familia, así como un marco teórico relativo al desarrollo en el que se integrarán los datos recogidos;
- la observación directa del niño y de sus interacciones con sus padres (juegos libres);
- la familiarización con el niño, para que se sienta tranquilo en el momento de la administración de los tests;
- la administración de los tests, por medio de escalas estandarizadas, para obtener una evaluación estructurada. La elección del instrumento depende del tipo de interrogaciones que se plantean o de las decisiones que eventualmente se deben tomar;
- la devolución a los padres de la evaluación y la discusión con ellos sobre los resultados.

ADMINISTRACIÓN DE LAS ESCALAS DE DESARROLLO

Las condiciones de administración y de interpretación de los tests han evolucionado hacia un enfoque más flexible e integrado del desarrollo del niño. Las evaluaciones deben efectuarse de manera ecológica, es decir tratando de acercarse lo más posible a las condiciones de funcionamiento habitual del bebé (perspectiva interaccionista, concepto de nicho del desarrollo^[23]). Por lo tanto, los padres asistirán al examen y se puede prever una sesión en el domicilio. El terapeuta debe tomarse el tiempo necesario para familiarizarse con el niño, de modo que la evaluación de las capacidades se realice en el marco de una interacción entre ambos. Según Renard y Rabouam^[24] el terapeuta constituye el primer instrumento del proceso de evaluación, gracias a su formación, a sus capacidades de identificación y a su trabajo de contra-transferencia. Se anotará el mejor resultado del niño, pero también si éste necesita ciertas condiciones particulares para poder producir los resultados óptimos.

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

Hay que ser prudente en la formulación de un diagnóstico precoz de retraso, pues el comportamiento del niño es muy variable de un momento a otro. Por eso se debe volver a verlo para confirmar el diagnóstico y completar el examen con otros tests. Además, el temperamento del niño, su interés y su orientación hacia los objetos de su entorno, los aspectos afectivos y la motivación, afectan su desempeño en los tests. Se deben tener en cuenta las vicariancias funcionales en el desarrollo de los bebés^[25], que se expresan por las

diferencias individuales en la evolución; por eso el estudio cualitativo es tan importante como el cuantitativo para describir su dinámica.

Stoleru^[26] insiste sobre la necesidad de una formación de los examinadores, tanto en lo que respecta a la manera de presentar los tests como en lo que respecta a la codificación e interpretación de las respuestas.

ESCALAS DE DESARROLLO PROPIAMENTE DICHAS

Se trata de evaluaciones estandarizadas cuyo objetivo inicial fue detectar los retrasos o la precocidad del desarrollo en sus diferentes sectores. Se proponen al niño diversos objetos y situaciones y sus respuestas constituyen la base de la evaluación. Las escalas fueron construidas según un procedimiento empírico, con la idea de que a cada edad corresponden ciertas adquisiciones, de que el desarrollo constituye un proceso continuo, formado por la suma de estas adquisiciones. Pero los estudios recientes muestran, al contrario, que el desarrollo se realiza por reorganizaciones sucesivas (un comportamiento será reemplazado por otro más maduro y cualitativamente diferente del anterior). Josse plantea la idea de filiación más bien que de continuidad de las conductas. Subraya la necesidad de ajustar constantemente los instrumentos y los modelos teóricos en un «diálogo dialéctico entre teorías y métodos o instrumentos»^[27]; pero «las nuevas perspectivas teóricas no logran generar instrumentos de evaluación». Además, dado que las capacidades de respuestas de los niños evolucionan con el tiempo, los instrumentos para medirlas también deben evolucionar, lo que implica la necesidad de revisiones periódicas de las escalas. Los «baby-tests» son sensibles pero sus resultados poco estables, debido a la fluidez de su objeto: no miden la inteligencia sino un ritmo de desarrollo. Eso explica su escaso valor predictivo, reconocido por los autores^[28], salvo para los niños que tienen resultados bajos (sin intervención terapéutica). Los resultados reflejan el estado del bebé en el momento de la evaluación, comparando su funcionamiento con el de los bebés de la misma edad. Además, la influencia del medio social interfiere en la capacidad de un «baby-test» para medir la inteligencia futura.

■ Escala de Brunet-Lézine

O. Brunet e I. Lézine crearon en 1951 el test destinado a evaluar el desarrollo psicomotor del niño pequeño que lleva su nombre, inspirándose del «baby-test» de Gesell de 1919. La última revisión de esta escala fue efectuada por D. Josse^[29]. Es el único instrumento de medida del desarrollo psicomotor disponible en Francia y uno de los 10 tests más utilizados por los psicólogos clínicos en ese país. La escala se puede aplicar desde los 2 hasta los 30 meses, e incluye cuatro subescalas: postural («control»), tono (estático y en movimiento), coordinación oculomotora (conductas de adaptación a los objetos), lenguaje y relaciones sociales (conductas de adaptación a los otros, autonomía del niño e integración en un grupo). Si los resultados son suficientemente homogéneos, se puede calcular un cociente de desarrollo, que se considera como anormal si es inferior a 70. Pero este cociente de desarrollo (CD) debe acompañarse de una interpretación. El examen del perfil asociado con los datos de la observación permite apreciar de qué manera el niño utiliza sus capacidades. La escala de coordinación y la de lenguaje son las que presentan el mejor valor pronóstico del cociente intelectual ulterior. El Brunet-Lézine es un buen soporte para el diálogo con los padres acerca del niño y de sus propias prácticas educativas, y aporta observaciones interesantes sobre el estilo interactivo de la diada padres-hijos. Se puede repetir la administración, para seguir la evolución del niño en el curso del tratamiento. Sin embargo, se le puede reprochar el no tomar suficientemente en cuenta la influencia de la calidad

del contacto establecido entre el niño y el terapeuta: no hay nada previsto para codificar los ítems que el niño rechaza. Además, dado que una parte de la evaluación se efectúa en base a las respuestas de los padres a ciertas preguntas, se plantea el problema de la objetividad de estas respuestas.

■ «Bayley scales of infant development» (BSID-II)

Estas escalas, construidas por Nancy Bayley en Berkeley fueron editadas en 1969^[8] (a partir de tests elaborados anteriormente) y su revisión fue publicada en 1993. Se utilizan mucho en América del Norte. Están destinadas a evaluar el desarrollo de los niños entre 1 y 42 meses, para diagnosticar los retrasos y programar las estrategias de intervención. Están constituidas por tres subescalas:

- la escala mental, que evalúa los niveles cognitivo, lingüístico y sociopersonal del niño;
- la escala motora, que evalúa el desarrollo motor postural y la coordinación fina;
- la escala de observación del comportamiento, que evalúa el comportamiento del niño durante la administración del test (calidad de la motricidad, regulación emocional, factor de orientación/implicación, factor de atención).

Se calcula un índice de desarrollo mental y uno de desarrollo psicomotor. Los desempeños del niño son formulados en términos de edad de desarrollo. La escala de comportamiento modula de manera interesante los resultados obtenidos. El marco de la observación está más sistematizado en el test de Bayley que en el de Brunet-Lézine. Aunque en el origen la escala fue utilizada para detectar los retrasos del desarrollo, también permite evaluar los progresos de un niño durante el proceso terapéutico. Es un instrumento ampliamente utilizado en las investigaciones a nivel internacional.

■ «Denver developmental screening test» (DDST)

Este test está destinado a detectar los trastornos del desarrollo. Fue estandarizado en Denver y editado en 1967 por Frankenburg y Dodds. Se efectuaron una revisión y una nueva estandarización que dieron lugar a una nueva versión, el Denver II, publicado en 1990^[9]. Puede utilizarse desde el nacimiento hasta los 6 años e indica si el desarrollo de un niño se encuentra o no entre los límites de la norma preestablecida. Explora cuatro sectores del desarrollo: sociopersonal, motricidad fina, lenguaje y motricidad global. Algunos ítems permiten juzgar la utilización que hace el niño de sus capacidades. Los resultados son representados gráficamente, lo que facilita su interpretación. Pero como el test está destinado únicamente a la detección de los retrasos, los niños que obtienen resultados inferiores a la norma deben ser luego examinados de manera más precisa. Si bien no permite plantear un diagnóstico, este test alerta acerca de la presencia de problemas del desarrollo. Según los autores, los pediatras son los principales utilizadores posibles de este test y el manual incluye un método de autoformación^[10].

■ «Escala de desarrollo de la inteligencia basada en la teoría de Piaget»

Se trata de la escala IPDS (*infant psychological developmental scale*) de Uzgris y Hunt^[11]. Mide las capacidades sensoriomotoras del bebé en seis áreas: seguimiento visual y permanencia del objeto, relaciones medios-fin, imitación vocal, causalidad operatoria, relaciones espaciales entre objetos, esquemas de relaciones con los objetos.

Se evalúa la edad de desarrollo del bebé en términos de estadios en cada una de estas áreas. El promedio constituye una estimación de la edad sensoriomotora del niño. Tourrette y Guidetti^[12] elaboraron una adaptación que permite obtener una nota cuantitativa.

OTROS TESTS DE EVALUACIÓN

■ «Escala de evaluación del comportamiento neonatal de Brazelton (NBAS)»

El objetivo de esta escala^[13, 101] es evaluar las capacidades del bebé, desde el punto de vista de su capacidad para entrar en interacción con el adulto. Se elaboró una versión específica para los bebés prematuros. Se puede aplicar desde los 3 hasta los 31 días, preferentemente en presencia de los padres. El examen puede repetirse al cabo de unos días para confirmar o no la existencia de un problema. Se estudian, según una secuencia progresiva de estimulaciones que tratan de evaluar las capacidades del bebé para superar las perturbaciones, los siguientes aspectos:

- la habituación a estímulos visuales, auditivos y táctiles;
- la interacción social (rostro, voz, objetos coloreados y sonoros) y la atención;
- la organización motora (tono, actividad, gestos de defensa, participación motora);
- la organización de los estados de conciencia (cambios de estado, organización);
- la regulación de los estados (capacidad para recibir caricias, para ser consolado, para autocalmarse);
- el sistema autónomo (sobresaltos, temblores, color de la piel);
- los principales reflejos.

La utilización de este test permite describir las características del bebé y ayudar a los padres a comprenderlo en tanto que individuo, mostrándoles por ejemplo sus capacidades precoces y las maneras de ayudarlo a calmarse.

■ «Escalas de evaluación de la seguridad del apego»

Sólo se mencionarán aquí los tests más conocidos:

- la strange situation de Mary Ainsworth^[14], que se utiliza sobre todo en investigación, con niños de 12 a 18 meses. Permite evaluar la seguridad del apego del niño a sus padres en cuatro categorías: apego «seguro» (tipo B), «inseguro» (resistente, de tipo A, de tipo C o evitante) o desorganizado (D);
- el Q-sort de Waters (1995) evalúa el comportamiento de base «seguro» (equilibrio entre la búsqueda de proximidad y la exploración) en el niño de 1 a 5 años, en su casa. Esta posibilidad de utilización en condiciones naturales hace que se utilice cada vez más;
- la Mac Arthur story stem battery, de Bretherton et al (1990, revisión de 1996), que consiste en completar historias, algunos de cuyos temas conciernen específicamente al apego. Se puede aplicar a partir del momento en que el niño es capaz de juego simbólico.

■ «Tests de evaluación de las capacidades comunicativas»

La evaluación de la comunicación social precoz (ECSP)^[15] sirve para evaluar desde el período prelingüístico las capacidades del niño para comunicar, considerando tres funciones comunicativas: la interacción social, la atención conjunta y la regulación del comportamiento, y cinco niveles (de simple a simbólico) en base la teoría neopiagetiana de Fisher. Se puede aplicar entre los 3 y los 30 meses y requiere una grabación videoscópica.

Se pueden mencionar dos tests interesantes para estudiar los trastornos de la comunicación:

- el CHAT (*check-list for autism and toddlers*) de Baron-Cohen, Allen y Gillberg^[16] es una escala que incluye un cuestionario para los padres y una observación del niño, y que se puede aplicar a partir de los 18 meses para detectar las conductas predictivas del autismo. Se refiere a comportamientos considerados como precursores de la «teoría de la mente» (designación protorrepresentativa con el índice, atención conjunta, juego de ficción);

— escala ECA-N (parecida al ERC-N) de Adrien et al, inspirada en los estudios de Sauvage y validada para las edades de 6 meses a 4 años. Se utilizan la observación directa y secuencias grabadas en vídeo. La escala explora: la socialización, la comunicación, la adaptación al entorno, el contacto táctil, el tono y la motricidad, las reacciones emocionales e instintuales, la atención y la percepción.

■ Evaluación del nivel de funcionamiento emocional y simbólico

Sceno-test

Se trata de un test de juego libre, con un material standard, que fue creado por Gerdhild von Staabs, neuropsiquiatra en Berlín. El manual, que fue publicado en 1964, nunca fue revisado porque no corresponde a las concepciones teóricas actuales. Pero un grupo de investigadores de la Universidad de París¹², de orientación psicoanalítica, trató de trasponer al Sceno-test el procedimiento aplicado al TAT, de «destacar los procedimientos utilizados para construir la escena», elaborando un sistema de tabulación que sirve como base a la interpretación. El Sceno-test puede utilizarse a partir del momento en que el niño puede jugar con pequeños objetos, en una o dos sesiones de media hora aproximadamente. Para poder efectuar la tabulación y la interpretación es necesaria una muy buena formación en técnicas proyectivas.

■ Clasificación 0-3, eje V

No se trata de un test, sino del eje V de la *diagnostic classification 0-3* elaborada en 1994¹³, que propone un sistema de clasificación multiaxial de los trastornos del niño de 0 a 3 años. Dicho eje concierne la evaluación del «nivel funcional del desarrollo emocional» del niño, es decir, el nivel en el cual organiza su experiencia afectiva, interactiva, comunicativa, cognitiva, motora y sensorial. Se basa principalmente en los trabajos de S. Greenspan. El eje V distingue los diferentes aspectos de desarrollo funcional entre 0 y 42 meses: atención mutua, implicación mutua, intencionalidad interactiva y reciprocidad, comunicación por la representación y el afecto, elaboración de la representación, diferenciación de la representación. Se trata de determinar si el bebé posee las capacidades que corresponden a su edad, así como las condiciones en que logra alcanzarlas, en términos de afectos, de organización del entorno, de apoyo de los padres.

Evaluación e intervención

PROCESO EVALUATIVO Y PROYECTO DE ATENCIÓN

Durante mucho tiempo las nociones de evaluación y de intervención terapéutica fueron consideradas como incompatibles por los clínicos de formación psicoanalítica, que tenían el aspecto reductor y cosificante del proceso diagnóstico y evaluativo, ya que se esperaba habitualmente de este tipo de evaluaciones que aportaran datos cuantificados de las capacidades del niño, comparándolas con normas standard. Esta concepción de la evaluación se aplicaba en particular a la medida de los cocientes de desarrollo y de los cocientes intelectuales y, generalmente, a los tests de desarrollo cognitivo, en los cuales la evaluación de los aspectos afectivos y adaptativos ocupa un lugar secundario.

En realidad, el enfoque actual tiene como objetivo una evaluación clínica del niño que sea lo más rica y matizada posible: busca sus mejores capacidades y sus mejores niveles de funcionamiento, así como las condiciones y las circunstancias que las inhiben o, al contrario, permiten su expresión¹⁴. De este modo, su objetivo es aumentar la comprensión de las capacidades y recursos del niño, así como de sus condiciones

de vida, con el fin de favorecer al máximo la expresión de sus potencialidades¹⁵. Esta manera de proceder, que trata de captar la significación de las conductas del niño en el contexto complejo de su familia, de su grupo social y de su cultura, implica no sólo una colaboración con los padres sino, en la medida de lo posible, una verdadera alianza de trabajo con ellos, que se deberá considerar siempre como la primera etapa de una intervención terapéutica.

Se puede ver que en esta nueva concepción de la evaluación no se trata de poner una etiqueta al niño, sino de determinar la mejor manera de favorecer su desarrollo; por lo tanto, existe un vínculo estrecho entre el proceso evaluativo propiamente dicho y la elaboración del proyecto de atención. S. J. Meisels¹⁶ subraya que «la definición del proyecto de atención constituye un aspecto indisoluble de toda evaluación. Cuando evaluamos el funcionamiento de un niño, cuando establecemos un diagnóstico y sacamos conclusiones, tenemos potencialmente un gran impacto sobre el niño, intervenimos en su vida y en la de su familia». Este impacto resulta de una multitud de factores: por ejemplo, la evaluación puede modificar la percepción que los padres o algunos profesionales tienen del niño; otro impacto proviene de las recomendaciones y sugerencias que se hacen a los padres a partir de la evaluación.

Desde este punto de vista, la identificación de los factores de riesgo y de los factores de protección que existen en el entorno del niño constituye un aspecto esencial de la evaluación. En efecto, esta identificación permite, por una parte, definir mejor el tipo de intervenciones que podrían eliminar o, por lo menos, reducir los factores de riesgo y, por otra parte, apoyarse en los factores de protección.

Además, si se decide una intervención terapéutica, es importante prever evaluaciones ulteriores del desarrollo, en particular teniendo en cuenta la rapidez de los cambios que se producen en el crecimiento y el desarrollo durante los 3 primeros años de vida. Además, el terapeuta, o el conjunto del equipo que atiende al niño, debe poder seguir de cerca su evolución en diferentes sectores de su funcionamiento, con el objeto de evaluar la eficacia del tratamiento¹⁷ y, si es necesario, definir nuevos objetivos o considerar otras formas de intervención, más eficaces.

La relación entre el procedimiento evaluativo y el tratamiento es recíproca¹⁸: si el primero aporta numerosas informaciones necesarias al terapeuta, la experiencia terapéutica, sus dificultades, su desarrollo y sus efectos completan los datos de la evaluación inicial.

Utilizaciones clínica y terapéutica de la escala de evaluación del comportamiento neonatal de Brazelton (NBAS)

Desde la elaboración de la escala, en 1973, T. B. Brazelton y su equipo desarrollaron numerosas aplicaciones de la NBAS para responder a las necesidades de las familias y ayudarlas a comprender y estimular el desarrollo de su bebé. La tercera versión, revisada y corregida en 1995 por Brazelton y Nugent, está especialmente guiada por la preocupación por adaptarla a la práctica clínica, sobre todo a bebés que presentan riesgos y a sus padres. Brazelton escribe: «Mi objetivo cuando elaboré la NBAS era poder evaluar las contribuciones de los bebés a los fracasos que se producen cuando los padres están confrontados con un niño difícil o atípico»¹⁹. Una de las tareas esenciales del examinador, según esta última edición, es ayudar a los padres a percibir y comprender mejor las capacidades, el temperamento y, eventualmente, las dificultades de su bebé y, en última instancia, ayudarlos

a adaptarse mejor a él, dándole las respuestas más adecuadas a sus necesidades.

Este potencial terapéutico de la NBAS, que fue subrayado desde un principio por Brazelton y por otros investigadores, dio lugar a numerosos estudios que mostraron hasta qué punto esta escala podía mejorar la sensibilidad de la madre a las necesidades, a los estados y a las conductas del bebé. La utilización terapéutica de la escala ha probado su utilidad especialmente en el caso de los bebés «con riesgos» y sus padres, sobre todo de bebés prematuros hospitalizados en un servicio de neonatología, o de bebés portadores de una malformación genética o de una deficiencia. Utilizado con un objetivo psicoterapéutico, puede constituir un gran apoyo para sustentar las capacidades de los padres, en particular en el proceso de maternalización de la madre, a menudo fragilizado, así como en los procesos de apego que muchas veces encuentran grandes dificultades cuando se trata de un niño gravemente prematuro.

Procedimiento de evaluación y psicoterapia madre-hijo en las familias de riesgos múltiples según el modelo de Fraiberg

La evaluación clínica del bebé y su familia ocupa un lugar central en el trabajo pionero que emprendió S. Fraiberg [17]. Este proyecto propone tratamientos psicoterapéuticos conjuntos de los padres y del niño en el domicilio de familias con riesgos múltiples, que generalmente pertenecen a medios muy desfavorecidos desde el punto de vista socioeconómico. Se trata a menudo de bebés que presentan un retraso del crecimiento de origen no orgánico, que se inscribe en una

patología carencial, o de bebés víctimas de negligencia con un retraso del desarrollo y trastornos graves del apego.

Fraiberg insiste en la necesidad de una evaluación inicial profunda en el domicilio de la familia, al mismo tiempo que se realiza el proceso psicoterapéutico; por lo tanto, es el psicoterapeuta quien ejecuta principalmente el trabajo de evaluación. Éste se realiza en cinco a siete sesiones, que incluyen la administración de la escala de Bayley al bebé.

La «invitación a los padres» a que participen en el proyecto constituye una primera etapa del proceso evaluativo; la transferencia que se opera desde el principio sobre el terapeuta da indicaciones fundamentales sobre la posibilidad de realizar esta evaluación y de establecer una verdadera alianza terapéutica con la madre y, si es posible, con el padre. Al final de este período de evaluación, el clínico debe poder comprender «por qué el bebé está perturbado, en qué sectores muestra capacidades afectivas, cognitivas y motoras adecuadas para su edad, y en qué sectores no las muestra. Habremos aprendido en qué puntos las capacidades o incapacidades de los padres afectan al bebé, y en qué puntos los conflictos entre los padres obstaculizan su relación con él. Seremos capaces de identificar las fuerzas del Yo, así como las fallas en la personalidad de los padres. Y finalmente, teniendo a nuestra disposición todas estas informaciones, nos será posible determinar cuál es el mejor tratamiento para el bebé y su familia» [17].

Por medio de evaluaciones ulteriores del desarrollo del niño con el test de Bayley, así como de evaluaciones más amplias, especialmente sobre su estado clínico y la calidad de su relación de apego con las figuras maternas y paternas (o con los caregivers) se obtendrán indicaciones sobre los progresos realizados por el niño, sobre la calidad de la atención materna y de la relación madre-hijo y, por último, sobre la eficacia del tratamiento y más tarde sobre las condiciones de finalización del tratamiento.

Cualquier referencia a este artículo debe incluir la mención del artículo original: Guedeney A, Rabouam C et Moralès-Huet M. Développement précoce. *Encycl Méd Chir (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris, tous droits réservés), Psychiatrie/Pédopsychiatrie, 37-200-B-05, 2001, 8 p.*

- [1] Ainsworth MS, Bell S. Attachment, exploration and separation illustrated by the behavior of one year-old infant in a strange situation. *Child Dev* 1970; 41: 49-67
- [2] Baron-Cohen S, Allen J, Gillberg C. Can autism be detected at 18 months? The needle, the haystack and the CHAT. *Br J Psychiatry* 1997; 161: 839-843
- [3] Bayley N. Bayley scales of infant development, New York: Psychological corporation, 1969
- [4] Bidaud J, Houde O, Pedinielli JL. L'homme en développement, Paris: PUF, 1993
- [5] Boekholt M. Épreuves thématiques en clinique infantile. Paris: Dunod, 1993
- [6] Bowlby J. Attachement et perte. Paris: PUF, 1978
- [7] Bradley BS. Trois types de développementalisme. *Devenir* 1992; 4: 43-64
- [8] Brazelton TB. Une nouvelle version de la NBAS. *Devenir* 2000; 12: 7-16
- [9] Brazelton TB. Échelle d'évaluation du comportement néonatal. *Neuropsychiatr Enf Adolesc* 1983; 31: 61-96
- [10] Brazelton TB. Neonatal behavioral assessment scale. Philadelphia: Lippincott/Spastics International, 1983
- [11] Bruner JS. Le développement de l'enfant. Savoir faire, savoir dire. Paris: PUF, 1983
- [12] Brunet O, Lézine I. Le développement psychologique de la première enfance. Paris: PUF, 1951
- [13] Brusset B. Le développement libidinal. Que sais-je? Paris: PUF, 1992
- [14] Classification diagnostique de 0 à 3 ans. *Devenir* 1998; 10 (n°2 spécial). National Center for Clinical Infant Programs, Arlington, 1994
- [15] De Schonen S. Le développement dans la première année. Symposium de l'association de psychologie scientifique de langue française, Grenoble, 1981. Paris: PUF, 1983
- [16] Fonagy P. The development of psychopathology from infancy to adulthood. 7th conference of congress of the WAIMH, Montreal, July 2000. *Infant Mental Health J* 2001
- [17] Fraiberg S. Clinical studies in infant mental health. The first year of life. New York: Basic Books, 1980. Paris: PUF, 1999
- [18] Frankenburg WK, Dadds JB, Archer PH, Bresnick B, Maschka P, Edelman Net al. Denver II screening manual. Frankenburg and Dadds, 1990
- [19] Freud S. Trois essais sur la théorie de la sexualité, 1924. Paris: Gallimard, 1962
- [20] Gavin-Brenner J. *Infancy*. Cambridge: Blackwell, 1994
- [21] Greenspan SI, Lieberman AF. Infants, mothers, and their interactions: A quantitative approach to developmental assessment. In: The course of life: psychoanalytical contributions toward understanding personality development. vol 1, Washington DC: National Institute of Mental Health, 1980: 271-312
- [22] Greenspan SI, Meisels SJ. Zero to three working group on developmental assessment. Toward a new vision for the developmental assessment of infants and young children. *Zero To Three* 1994; 14: 1-8
- [23] Guedeney A. Psychosomatique et développement. In: Psychanalyse et sciences du vivant. Paris: Eshel, 1994: 124-148
- [24] Guedeney A. Autism and transmodality. *Autism* 1997; 1: 230-231
- [25] Guedeney A, Lebovici S. Evaluation into the relationship. *Infant Mental Health J* 1997; 18: 171-181
- [26] Guidetti M, Tourrette C. Évaluation de la communication sociale précoce. Issy-les-Moulineaux: Établissements d'Applications Psychotechniques, 1993
- [27] Hoffman MA. Hidden regulators: implications for a new understanding of attachment, separation and loss. In: Goldberg S, Muir R, Kerr Jeds. Attachment theory: social, developmental and clinical perspectives. New York: Hillsdale, 1995: 203-230
- [28] Josse D. Manuel du Brunet-Lézine révisé. Paris: Éditions du Centre de Psychologie Appliquée, 1997
- [29] Lacan J. Écrits. Paris: Le Seuil, 1966
- [30] Lecuyer R, Streri A, Pêcheux MC. Le développement cognitif du nourrisson. Paris: Nathan, 1996
- [31] Meisels SJ, Ferichel E. New visions for the developmental assessment of infants and young children. Washington: Zero To Three, 1996
- [32] Meltzoff AN, Borton RW. Intermodal matching by human neonates. *Nature* 1979; 282: 403-404
- [33] Pedinielli JL. Développement. In: Dictionnaire de psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent. Paris: PUF, 2000: 197-198
- [34] Piaget J. Le langage et la pensée chez l'enfant. Neuchâtel: Delachaux et Niestlé, 1923
- [35] Pinker S. L'instinct du langage. Paris: Odile Jacob, 1999
- [36] Rayner E. Le groupe des « Indépendants » et la psychanalyse britannique. Paris: PUF, 1994
- [37] Renard L, Rabouam C. Le rôle de l'évaluation dans l'intervention psychothérapeutique auprès des jeunes enfants. In: Guedeney A, Lebovici S éd. Interventions psychothérapeutiques parents-jeunes enfants. Paris: Masson, 1997: 115-126
- [38] Rivière J. Le développement psychomoteur du jeune enfant. Idées neuves et approches actuelles. Marseille: Solal, 2000
- [39] Sameroff ET, Emde RN. Les troubles du développement précoces selon l'approche développementale. Paris: PUF, 1993
- [40] Sénécal J, Bouchard C, Roussey M, Defawe G. Une méthode simple de surveillance du développement moteur et psychologique de l'enfant de trois à six ans: le DDST. *Ann Pédiatr* 1982; 29: 403-410
- [41] Spitz RA. De la naissance à la parole. La première année de la vie. Paris: PUF, 1968
- [42] Stern DN. Le monde interpersonnel du nourrisson. Paris: PUF, 1989
- [43] Stoleru S. Les échelles de développement. In: Lebovici S, Weil-Halpern F éd. Traité de psychopathologie du bébé. Paris: PUF, 1989: 233-234
- [44] Streri A. Pour une certaine unité des sens à la naissance. *Devenir* 2000; 12: 59-80
- [45] Suomi S, Levine J. Psychobiology of intergenerational effects of trauma. In: Daniloff Y ed. International handbook of multigenerational legacies of trauma. New York: Plenum Press, 1988: 623-637
- [46] Tourrette C, Guidetti M. Introduction à la psychologie du développement. Paris: Armand Colin, 1995
- [47] Trevarthen C, Aitken KJ. Infant intersubjectivity: research, theory, and clinical applications. *J Child Psychol Psychiatry* 2001; 42: 3-48
- [48] Uzgiris IC, Hunt JMV. Assessment in infancy. Ordinal scales of psychological development. Urbana: University of Illinois Press, 1975
- [49] Vygotsky LS. Pensée et langage. Paris: Éditions Sociales, 1984
- [50] Walton H. De l'acte à la pensée. Essai de psychologie comparée. Paris: Flammarion, 1970