

Cuando los bebés sufren. Reflexiones sobre el dolor psíquico desde la observación y la clínica

ESPERANZA PÉREZ DE PLÁ*

RESUMEN

Este artículo se plantea una reflexión sobre la importancia del dolor en los orígenes del psiquismo y la existencia de situaciones traumáticas muy precoces capaces de perturbar la frágil organización psíquica de los bebés por ruptura de la barrera antiestímulo. Aunque también incluye aspectos teóricos, a través de viñetas clínicas y sus comentarios el texto busca, sobre todo, mostrar diversas facetas de una realidad que suele ignorarse, que está a nuestro alrededor en diferentes espacios y condiciones económicas. PALABRAS CLAVE: dolor psíquico, trauma, organización psíquica, bebés.

ABSTRACT

WHEN BABIES SUFFER. REFLECTIONS ON THE PSYCHIC PAIN FROM THE OBSERVATION AND CLINIC. This paper raises a reflection about the importance of pain in the origins of the psyche and the existence of very early traumatic situations capable of disrupting the fragile psychic organization of the babies by rupture of the antiestímulo barrier. But it also includes theoretical aspects, through clinical vignettes and reviews the text seeks, above all, to show different facets of a reality that is often ignored, which is around us in different spaces and economic conditions. KEY WORDS: psychic pain, trauma, mental organization, babies.

RESUM

QUAN ELS BEBÈS PATEIXEN. REFLEXIONS SOBRE EL DOLOR PSÍQUIC DES DE L'OBSERVACIÓ I LA CLÍNICA. L'article planteja una reflexió sobre la importància del dolor en els orígens del psiquisme i l'existència de situacions traumàtiques molt precoces capaces de pertorbar la frágil organització psíquica dels bebès per ruptura de la barrera antiestímulo. Tot i que inclou aspectes teòrics, mitjançant de vinyetes clíniques i els seus comentaris el text pretén, sobre tot, mostrar diverses facetes d'una realitat que sol ignorar-se, que està al nostre voltant en diferents espais i condicions econòmiques. PARAULES CLAU: dolor psíquic, trauma, organització psíquica, bebès.

Ser es estar en la mirada y en la palabra del otro.

La clínica con niños me ha conducido a frecuentar e investigar el deslumbrante mundo de los bebés, tanto de aquellos que requieren consultas porque viven situaciones patológicas, como a través de observaciones sistemáticas y prolongadas de bebés sanos. Las observaciones se llevaron a cabo siguiendo el método de Esther Bick (1964), también conocido como método de la Clínica Tavistock que, además de ser un extraordinario recurso para la formación de psicoterapeutas de corte psicoanalítico, permite compartir los pasos del desarrollo temprano y la diversidad dentro del grupo de los

bebés normales y su entorno. Multitud de detalles han tomado nuevo sentido y los hallazgos en este contexto de experiencia tan particular tuvieron consecuencias en mi actitud clínica y en sus fundamentos teóricos. Desde hace varios años me ha llenado de inquietud, en particular, observar que con gran frecuencia los bebés atraviesan por situaciones muy dolorosas que distorsionan la relación con sus padres, con su cuerpo y con el mundo que los rodea. Y sé que, en el fondo, estos problemas de menor gravedad me remiten al impacto imborrable que me produjo hace varias décadas leer

*Médico psiquiatra, psicoanalista de las Asociaciones Psicoanalíticas Mexicana y del Uruguay.
Correspondencia: esperanzaperezdepla@yahoo.com.mx

en el libro pionero de René Spitz (1965, 1986) la descripción de los bebés en situaciones de abandono que no pueden luchar por su vida y mueren por depresión anaclítica y hospitalismo. Algo que no puede repetirse y con lo que me he propuesto luchar en sus diferentes aspectos y niveles de gravedad.

Este texto fue inicialmente pensado como una conferencia dirigida a estudiantes de postgrado [1] que cursaban conmigo la materia de *Constitución psíquica*, pero luego se decidió abrirla a todo público por el interés que despertó el tema. Ahora deseo compartirlo con los compañeros de esta valiosa publicación que cumple 10 años. Aunque incluye aspectos teóricos, busca ante todo mostrar, a través de viñetas clínicas y sus comentarios, diversas facetas de una realidad que suele ignorarse, que está a nuestro alrededor en diferentes espacios y condiciones económicas. Son trozos de vida de niños muy pequeños en que el dolor es una constante. Son enseñanzas que tenemos que capitalizar.

Este panorama amplio nos permite plantearnos preguntas claves y abre el camino a respuestas que serán sólo un inicio dada la vastedad del tema: ¿Cómo se instala la sensibilidad y cómo se relaciona con el vínculo materno infantil? ¿Cuánto y cómo participan las experiencias dolorosas en la constitución subjetiva de los seres humanos? ¿Cómo responden los bebés en situaciones de dolor físico y cómo se genera el dolor psíquico? ¿Cómo influye el modo en que es recibido y tratado el dolor en la evolución de ciertos padecimientos? Y de manera muy central, ¿cómo utilizar estos hallazgos para orientar a las madres y aliviar el sufrimiento de los bebés?

Podemos afirmar que el modo en que se van constituyendo las experiencias dolorosas y placenteras es fundamental para comprender y pensar la evolución de los bebés y prevenir diversos padecimientos futuros. Adentrarnos en el misterio de los orígenes es sobrecogedor y fascinante. Contornea la conjunción de lo psicofísico y abre el paso al complejo campo del ser.

Dolor físico y dolor psíquico

La importancia del conocimiento científico en este campo es indiscutible y resulta enriquecedor. Admiro y respeto los valiosos aportes de las neurociencias o de otros campos de la medicina y me referiré en esta parte introductoria a algunos de ellos. Pero del mismo modo que cuando trabajo en la clínica -habitualmente como

parte de equipos interdisciplinarios- prefiero escuchar a los especialistas y remitirme a sus palabras y escritos como referencia, manteniendo mi enfoque basado en la clínica psicoanalítica y favoreciendo así el trabajo conjunto.

En el diccionario de la Real Academia Española encontramos el término dolor y desde el inicio se hace una diferencia entre *dolor físico*: “Sensación molesta y aflictiva del cuerpo por causa interior o exterior” y *dolor psíquico*: “Sentimiento, pena y congoja que se padece en el ánimo”. En otros diccionarios se incluye directamente la expresión “dolor psíquico”. ¿Cómo se relacionan entre sí? Tal como lo señala Nasio (2007) es clásico pensar el dolor esencialmente en el campo de la neurofisiología y describirlo como efecto de la transmisión de mensajes químicos nociceptivos a partir de una lesión física hacia el sistema nervioso. Además, se consideran las prolongaciones emocionales del dolor físico que serían la repercusión psíquica, una consecuencia acompañante de diferente intensidad y duración según el caso.

Sin embargo, hoy sabemos mucho más sobre el tema y podemos afirmar la participación del psiquismo como factor que interviene en la génesis misma del dolor corporal. Así lo plantean, por ejemplo, los científicos de la *International Association for the Study of Pain* (IASP), aunque declaran que los resortes de la emoción dolorosa deben aún ser explorados. Incluso se refieren al llamado “dolor psicogénico” de causa exclusivamente psíquica.

Es fundamental tener en cuenta que el dolor es un fenómeno mixto que surge entre el cuerpo y la psique. Considero, tal como lo hace Nasio (1999) [2], que “tenemos que observar a través de la lente de la metapsicología y descender al corazón del yo para encontrar allí la psicogénesis del dolor”.

Freud necesitaba explicar muchos fenómenos que sólo parcialmente tienen que ver con el bienestar y muchos se relacionan con el dolor, no sólo con el que llega accidentalmente, sino además con ese dolor primordial que parece estar en el centro del sistema de funcionamiento psíquico que él creó. Entre 1895 y 1896 Freud escribió, paralelamente con las cartas y manuscritos dirigidos a Fliess, un texto que quedó inédito y sin título, que nos ha llegado como *Entwurf einer Psychologie*, o sea “Proyecto de Psicología” y que también hemos conocido en la traducción española como *Proyecto de una psicología para neurólogos* (1895). Este manuscrito que ya no continuó,

pero sí conservó, resultaba difícil y demasiado audaz en su momento, pero hoy es capaz de darnos luz en nuevos alcances de nuestra clínica con bebés y niños pequeños y allí encontramos muchos de los fundamentos psicoanalíticos en los que apoyo mis reflexiones [3]. Me limitaré a enunciar brevemente los puntos con los que Freud crea una teoría científica [4] que ha retomado su valor e incluso su vigencia en diversos aspectos con los nuevos descubrimientos de la neurociencia actual.

El funcionamiento básico implica el principio del placer-displacer regulando el aparato psíquico y dos vivencias fundamentales, la de satisfacción y la de dolor que acompañan la primera organización del yo y dejan en él las huellas mnémicas. La vivencia de satisfacción y sus consecuencias guían el proceso de estructuración psíquica. El dolor intenso y persistente, en cambio, amenaza la integridad del psiquismo e irrumpe como hemorragia psíquica. En este complejo esquema, el dolor es la manifestación del fracaso de los dispositivos de defensa ya que *huir del dolor* aparece como objetivo central del sistema neuronal. Porque si la tendencia primaria es evitar todo aumento de la tensión —o sea obtener placer descargando el displacer de la tensión cuantitativa— el dolor consiste justamente en la irrupción de cantidades excesivas.

La conclusión es, entonces, que “el dolor no es lo contrario o lo inverso del placer, su relación es asimétrica” (Anzieu, 1987). Dicho en otros términos, displacer y dolor no son lo mismo. Las experiencias placenteras se vinculan con descargas que están al servicio de la vida y la sexualidad y dejan al yo fortalecido por la inscripción de huellas significantes. El dolor desestructura y altera las relaciones entre lo psíquico y lo corporal. La viñeta de Paloma y Luis Enrique son demostrativas al respecto.

Muchos años después, en *El yo y el ello*, Freud (1895) señala que es el dolor lo que nos hace llegar a saber del cuerpo. Necesitamos del dolor para que se logre la formación de la imagen corporal y del yo inconsciente, que es el más importante. Por su indefensión original el bebé requiere, para sobrevivir, la asistencia de otra persona (en general la madre) que aportará la acción específica capaz de acallar la tensión dolorosa que produce el apremio de la vida. Es la madre la que provee los cuidados físicos, los alimentos, el sostén, la vida. Ella genera, en circunstancias óptimas, ese vínculo afectivo deseable, creativo y fundante de la salud que se nutre de la mirada, la palabra, el calor, la preocupación por el

bebé y su bienestar. En las experiencias placenteras el yo se fortalece por la relación de objeto. Cuando esto se rompe el bebé sufre y se desestructura. Sin embargo, señala Anzieu (1987), el dolor físico de los niños pequeños suele despertar aún en las madres negligentes conductas de cuidado, contención y protección. En su trabajo con quemados graves encuentra que ese terrible dolor es un desafío extremo para despertar su atención que designa como la *envoltura de sufrimiento*.

La postura de la observación y de la clínica

Nacen niños constantemente, pero sabemos que algo excepcional y único ocurre en cada nacimiento, algo misterioso que tratamos de desentrañar y que se relaciona con el dolor de ser y de existir. La primera tarea es encontrar la manera adecuada de ubicarnos, de reconocer y transmitir los objetivos, generando, sutilmente, confianza y un espacio de respeto recíproco que nos permita escuchar sin casi preguntar y responder preguntas sin perder la neutralidad siempre necesaria.

Muy en particular quiero subrayar la importancia de reconocer las diferencias que existen entre nosotros los profesionales y las familias que nos reciben. Teniendo siempre en cuenta que las vertientes filosóficas, religiosas e incluso supersticiosas que están en juego y que es recomendable eludir, no dejan de existir alrededor del bebé y tienen significación cuando nos encontramos en las situaciones concretas con los padres. Por esa razón, muchas preguntas pueden ser tomadas desde diversos ángulos. Por ejemplo, en el anuncio de mi conferencia modificaron mi propuesta y pusieron: *¿Por qué sufren los bebés?* Sé que para muchos de los implicados esto llevaba a la etiología, vivida muy ajena, muy médica, pero que en todos los casos estaban en juego fantasías de culpa y de castigo variadas de raíz histórica. Yo aporté una respuesta que intentaba ser general y neutral: “sufren porque están vivos y son humanos que llegan en un entorno donde circulan vida y muerte, amor y odio. Sufren porque son cuerpo y en ocasiones enferman, pero también porque algo nuevo comienza, porque empieza a constituirse el psiquismo con un funcionamiento siempre en el límite del dolor y de la angustia. Acababa de producirse una ruptura, un corte del cordón lo que implica un hecho traumático que marca el origen.

Ante todo disfrutamos los nacimientos porque implican un advenimiento. Algo tan significativo ocurre a nivel existencial y social que en nuestra cultura, ese

momento, debe ser registrado y se exige la inscripción en un acta que da cuenta de una existencia, un acta de nacimiento que acompañará toda la vida a ese bebé. Y que no es la única inscripción que se produce en ese momento. Es ineludible entonces, ver, registrar, percibir, que allí y entonces, a la vez que algo termina, la relación intrauterina, algo inédito se inicia: una continuidad de otra índole que llamamos *vínculo o relación madre-bebé*, que viene a ocupar ese espacio de corte sin obturarlo. Se crea así un nuevo espacio a la vez de unión y de diferencia.

Otto Rank, que era antropólogo e integrante del grupo inicial que rodeaba a Freud, ha inscrito su nombre en la historia del psicoanálisis con su hipótesis del *trauma del nacimiento* (1992). Rank ubica el nacimiento como el acontecimiento más traumático de la vida humana y fuente de avasalladora angustia. Su hipótesis, que implica todo un intento de encontrar la raíz biológica del inconsciente y de hacer un aporte desde el psicoanálisis a la cultura, es que toda angustia posterior sería una consecuencia de la angustia básica del nacimiento. Así como Freud pensó el Complejo de Edipo como algo que se repite en todas las culturas, Rank estudió el trauma del nacimiento como algo universal de la especie humana. Freud consideró forzadas sus ideas al intentar aplicarlas a la clínica. Sin embargo, aún en nuestros días, estas nociones están presentes, por ejemplo, en los fundamentos de la práctica del parto en el agua, concebida como un intento de disminuir los aspectos traumáticos de la salida del bebé del vientre materno.

Pero no iremos por este camino, sino por el de la clínica de los bebés y sus familias. Al bautizar este trabajo abandoné el “por qué” y preferí referirme al cómo y al cuándo, a su descripción. *Cuando los bebés sufren* es un título que remite a algo muy cotidiano, a un conjunto de situaciones observables muy diversas, en el cual podemos rastrear lo referente al dolor psíquico y su coincidencia o no con el dolor somático.

Debe quedar claro que transitamos por una zona de experiencia en la que el cuerpo está siempre presente con todo su poder y su debilidad; que por largo tiempo es el que habla, el que nos pide atención y dice del dolor y del bienestar, el que debe ser cuidado y sostenido, reconocido y amado en todo momento, dando el mejor entorno posible para que tenga lugar un proceso esencial, que permita que *el psiquismo habite al cuerpo* de manera progresiva y compleja, como lo estudió Winnicott (1975). El vínculo con la madre es algo indispensable para que

el bebé pueda mantenerse vivo, física y psíquicamente. Tal es la inmadurez y la vulnerabilidad del bebé humano que no hay bebé sin mamá o sin alguien que la sustituya; el maternaje, proceso que incluye al padre y a otras personas que la auxilian en los cuidados, es condición de vida.

¿Sienten dolor los neonatos? La construcción de la sensibilidad del bebé

Me ha resultado sorprendente la respuesta a esta pregunta. Incluso colegas que trabajan con bebés me han dicho: “No sienten dolor porque son muy pequeños”. “Todavía no perciben, no entienden, no discriminan, etc.”. Me pregunto qué piensan la mayor parte de los adultos de los bebés, ¿por qué niegan su evidente percepción y su memoria incluso de estímulos recibidos antes de nacer? Afirmando que nos muestran con claridad —si es que queremos verlo y saberlo— que ellos estaban ahí y han visto, oído, oído, etc. y recuerdan. No hacen más que percibir e inscribir, están encontrando lo más temprano, lo que difícilmente se borra. Es otra negación de lo evidente que me recuerda a los padres que aseguran que sus hijos no oyen ni comprenden cuando pelean con su cónyuge o que no ven cuando se desnudan frente a sus hijos. Pienso que es como quedar limitados al conocimiento de la conocida “amnesia infantil” y olvidar que hay una memoria muy temprana y persistente que está presente desde siempre.

¿Qué siente un bebé frente al dolor? Desde el punto de vista médico, hasta hace pocos años, se pensaba que el recién nacido no disponía aún de ciertas fibras nerviosas relacionadas con el dolor y se realizaban operaciones menores sin anestesia; por ejemplo la circuncisión, en casos de hernias inguinales y estenosis pilórica. Hoy día sabemos que incluso los prematuros son sensibles al dolor. Lo que sí existe es un menor desarrollo de ciertos mecanismos defensivos frente al dolor como es la secreción de endorfinas (especie de morfina natural).

También sabemos hoy cuales son los signos físicos indicadores del dolor: aumento de la frecuencia respiratoria, dilatación de las pupilas, aceleración del pulso, aumento de la presión arterial, lentitud o falta de movimientos, caída del tono muscular, irritabilidad, entre otros. Algunos pediatras, en cambio, buscan un intérprete y saben que son la madre u otros familiares próximos los que pueden registrar el dolor del neonato.

Es un tema que he trabajado personalmente como lo muestran las viñetas clínicas que comentaré más adelante. Me referiré, también, al trabajo de Esteban Levin que me parece responde a las preguntas planteadas.

“No hay nadie que conozca mejor a los niños”. O sea que, dada la indefensión con la que nace el ser humano, la defensa ante el dolor corporal pasará por el campo del otro, que es quien formará la imagen corporal desde donde el infante podrá sostenerse. Por tanto, “es el otro materno a quien primero le dolerá el dolor del bebé... La madre siente el dolor del bebé como propio y es desde su dolor que decodificará el del niño”. Es una capacidad que forma parte de la preocupación maternal primaria estudiada por Winnicott en su calidad de pediatra y psicoanalista (1979), especie de “locura normal” que atravesará una madre adecuadamente vinculada con su cría.

“El dolor nace así de ese encuentro de la sensibilidad naciente del pequeño con el afecto materno, que refiere e incluye el dolor del niño en un marco simbólico. El bebé no puede comprender el dolor como dolor en sí, pues no se ha constituido aún su imagen y esquema corporal para referirlo a sí mismo. Para hacerlo tendrá que poder afirmar: <me duele>, o sea constituir una imagen corporal desde donde reconocerse y diferenciarse del otro” (Levin).

El niño pasará del “me duele” materno al “me duele a mí”, donde finalmente llegará a conjugarse su sensibilidad propioceptiva, interoceptiva y cinestésica, en la imagen corporal de sí, conformando su “yo imaginario” y con él la posibilidad del registro corporal del dolor. Sólo a partir de su imagen podrá el bebé percibir el dolor como una cierta exterioridad –incomodidad, como una extrañeza de sí mismo que invade su cuerpo–. Será entonces el bebé quien demandará al otro, la madre, ayuda para su dolor, que de este modo nunca será solo corporal, ya que anudará la dimensión de existencia propia de un sujeto y enmarcará, a la vez, la diferencia entre su cuerpo y el del otro.

Y repito algo que marca la alienación inicial en el espacio del otro y su imprescindible salida para ser “yo mismo”. *Primer momento*: el niño incorpora el registro de dolor del (O)tro, que le otorga un sentido posible a la vivencia corporal. Es la madre quien supone el dolor del bebé a través del suyo. *Segundo momento*: el niño resignificará el dolor como propio. Él tiene dolor porque su madre lo ha nombrado como tal y él se lo ha apropiado e incorporado como referencia corpórea de sí.

Esta sucesión de momentos respecto al dolor (que

implican registro, apropiación, incorporación y resignificación del dolor) son tiempos lógicos durante la temporalidad instituyente y constituyente de la infancia. Es una experiencia subjetivante fundamental durante la cual se incorpora la vivencia del dolor como inscripción significativa de su cuerpo, lo que le permitirá reconocerse y acceder a sus representaciones.

Supongo que lo que estoy planteando los llenará de ideas y sentimientos, de asociaciones respecto a la multitud de posibilidades en la constitución del niño, variaciones de la normalidad y posibles desviaciones relacionadas con circunstancias accidentales de las madres y, sobre todo, con su modalidad de sentir el dolor, de enfermar o estar sana, de su historia personal y de lo que la precede, o sea del entretreído de las historias de las generaciones [5]. Si nos dejamos envolver por estas vivencias y, sobre todo, si nos atrevemos a observar a los bebés de manera profunda, mucho de esto tomará una presencia que nos modificará como personas, como profesionales, como terapeutas de niños y de adultos. También he percibido la fuerza de la identificación en este papel de intérprete-portavoz-lector de lo que vive el niño. Un mecanismo que cuando se distorsiona tiene sorprendentes efectos, como en la viñeta de Stella.

Los ejemplos que he escogido darán una pequeña muestra de este mundo de creación, recreación y estructuración de aspectos esenciales del ser humano. Pero antes, quiero mencionar brevemente otro tema íntimamente relacionado que considero requiere una reflexión preliminar.

El llanto de los bebés. Muchos autores lo han tratado ya que es uno de los motivos de consulta más frecuentes para los pediatras y que llena de incógnitas a la clínica. “El bebé nace con una preconcepción de la madre que lo sostiene, lo protege y lo alimenta. Llorar y las lágrimas son parte del repertorio determinado genéticamente para su sobrevivencia. Llanto y lágrimas invitan a que la madre lo ayude. Llanto y lágrimas también están presentes para llorar la ausencia de la madre” (Magagna, 2012).

Jeanne Magagna, experta formadora en observación de bebés con el método de Bick de la Tavistock Clinic, en su artículo, *Llorar, no llorar y estar a solas con el dolor* (2012), que acaba de publicarse en español, nos aporta una riquísima reflexión sobre este tema, sobre las lágrimas que se vierten o de aquellas que se guardan, de lo que comunican y aportan los bebés cuando lloran y

de las actitudes tan crueles y absurdas que se pueden plantear como médicamente indicadas que, para “educar bien a los bebés”, recomiendan dejarlos llorar hasta que exhaustos acaben por dormirse [6]. Recordemos que Bion señala que la contención del llanto del bebé permite transformar el llanto en pensamientos susceptibles de ser pensados sobre su experiencia emocional.

¿Por qué padres que expresan su deseo de darles lo mejor a sus hijos caen en conductas que producen dolor en ellos? Fraiberg lo estudió ya en un trabajo de 1975, *Los fantasmas en el cuero* (Fraiberg, Adelsom and Shapiro, 1975). Se pregunta: “¿Cómo saber si la crianza de los hijos traerá dolor y lesiones o llegará a ser un tiempo de renovación? Y la respuesta nos lleva a la existencia o no de defensas en los padres para poder lidiar con un pasado difícil, pero también en su capacidad para sentir profundamente y reconocer la verdad de sus experiencias. La negación de los sentimientos que han acompañado experiencias dolorosas es una defensa frecuente. Los padres que utilizan esas defensas no podrán evitar la necesidad de infligir su dolor a sus propios hijos dejándolos llorar por períodos prolongados. Y abandonarán a sus hijos con su dolor”.

Un recorrido por tres situaciones clínicas y de observación

Creo haber explicado suficientemente la complejidad e importancia del sufrimiento de los bebés y la necesidad de seguir investigando sobre el complejo tema del dolor psíquico y físico en la infancia más temprana. Tal vez lo que he expuesto es el modo en que fueron surgiendo nuevas preguntas que gradualmente cambiaron mi perspectiva y afinaron mi mirada en esta investigación. Los casos que recogen las viñetas clínicas llegan desde diferentes tiempos personales y les estoy transmitiendo una nueva percepción de algunos de los hechos. El último es de una colega, de otro país y otras costumbres y creo transmite lo que quisiera construir en mi ámbito de trabajo.

Viñeta 1. Paloma y Luis Enrique

Estaban muy enfermos física y psíquicamente cuando los conocimos. Esto ocurrió en el contexto de una investigación sobre reflujo gastro esofágico grave que realizamos en el Hospital Infantil de México “Federico Gómez”, en el período 1996- 2002. La investigación surgió de la constatación de antecedentes de reflujo

gastroesofágico intenso en un número significativo de nuestros niños que presentan problemas graves del desarrollo. Se trata por lo tanto de bebés en los que se intrinca la patología orgánica con efectos de fantasías afectivas.

“Paloma (Pérez de Pla y Salazar, 2000) llega cuando tiene 11 meses de edad aunque no se le darían ni 6 meses por su escaso desarrollo. Estaba triste y delgada, de ojos muy pequeños y llorosos, rostro pálido, cabello escaso y seco. Toda ella daba la impresión de una gran carencia. Tenía vómitos en proyectil desde su nacimiento y estaba como ausente, no miraba a los ojos y tendía a aislarse. El retraso psicomotor era fuerte, con características particulares: hipertonia de la mitad superior e hipotonía de la mitad inferior del cuerpo (*piernas de trapo*). Pensamos en rasgos autistas tempranos que hacían temer una grave evolución.

No aumentaba casi de peso aunque desde los siete meses se controlaron los vómitos, pero llevaba mucho tiempo llorando de manera inconsolable, que es lo que más molestaba a Xochitl, la madre. Un llanto que le resultaba raro, que la desconcertaba y desesperaba. Pudimos observarlo una vez en que se asustó en sesión: comenzaba como un chillido agudo, al principio seco y carente de gesticulación y de lágrimas, como una especie de grito ahogado y, poco después, aparecían las lágrimas. Un verdadero lamento, penetrante que experimentamos como un enorme dolor. Pero la madre decía: “No se sabe por qué ni para qué llora. Puede estar en ese estado una hora o más. A veces pido que se la lleven para no tirarla por la ventana”. Resultaba escalofriante oírlo.

En estas frases encontramos un eje del trabajo, la madre no podía identificarse con la niña ni entender su llanto y acababa por desear expulsarla de sí. Cuando le digo que parece que Paloma sufre y que el reflujo provoca dolor y ardor a los bebés, Xochitl sorprendida dice que no lo pensó porque nunca los médicos se lo habían dicho. Y lo terrible para el equipo fue que ella no podía sentirlo ni suponerlo. Ni siquiera con nuestra intervención pudo entender que Paloma pedía cariño, contención y cuidados. Nuestra comunicación con los médicos alivió los dolores rápidamente, pero se evidenciaron los otros problemas. ¿Por qué la madre veía así a Paloma?

Fue un largo y cuidadoso trabajo sobre la ambivalencia mortífera de este vínculo madre-bebé. Varios conflictos familiares se interponían, uno era el amor

idealizado por su hijo mayor que veía perfecto. Pero la conflictiva central que descubrimos era en el fondo con su madre, la abuela de Paloma, que había llegado a la casa a cuidar a su nieta mientras Xochitl trabajaba. La abuela tenía una dolorosa historia como madre, pues varios de sus hijos habían muerto de muy pequeños al parecer por la pobreza y mala higiene de su vivienda. Era una mujer de origen indígena, temerosa e insegura que temía que también Paloma muriera.

Xochitl repetía todo el tiempo que Paloma era idéntica físicamente a su abuela y mientras lo decía, no disimulaba su rechazo y desprecio por ella y le reprochaba su ignorancia. No percibía en absoluto que el conflicto de rechazo caía sobre la niña. Xochitl igual que la mayor parte de las madres de nuestra investigación tenía con su hija un vínculo muy inconsistente, cargado de ambivalencia e impredecible, sus intercambios con el bebé era una mezcla de sentimientos y acciones contradictorias que resultan muy desorganizantes para ella. Lo importante fue modificar el vínculo y conseguir que los conflictos con la madre no se interpusieran. El trabajo psicomotor fue esencial asociado con la psicoterapia. De cualquier modo tardó mucho en caminar lo que desesperaba a la madre. La abuela, en cambio, ya más segura, decía calmadamente sosteniéndola en brazos todo el tiempo: “En mi pueblo los niños caminan a los dos años”. Y, efectivamente, Paloma caminó el día de su segundo cumpleaños.

Luis Enrique, el niño de los espantos (Pérez de Plá, 2012). Marisa, Luis Enrique de un año y su hermanito cuatro años mayor, viven en un pueblo de una zona rural a dos horas de la Ciudad de México y su situación económica es muy modesta. Comparten la casa con la madre y una hermana soltera de Marisa, desde que está separada de su esposo. Es fruto de una breve reconciliación y durante el embarazo vuelven a separarse al parecer definitivamente. A los 20 días de nacido el bebé comienza con problemas respiratorios, por las que debe ser internado un par de veces. Se le diagnostica asma y a los cinco meses de edad se descubre que la causa de todo el cuadro es el reflujo gastroesofágico. El retraso en el desarrollo es muy marcado. En esa misma época aparece un llanto muy penetrante, intenso y prolongado. La respuesta al tratamiento médico había sido pobre y errática. Mejoraba y empeoraba constantemente. Cuando llega al año de edad pesa como a los cinco meses, es como un pajarito flaco y triste, acurrucado en los brazos de su madre, casi

trepado sobre sus hombros, sostenido apretadamente por el rebozo azul y negro. Tiene ojos y pelo muy negros y la piel aceituna y muy pálida. Su delgadez es llamativa, su carita chupada y su expresión seria y expectante.

Desde la primera entrevista en cuanto se cae un juguete ruidosamente, todo es llorar. Es como un grito que suena como una sirena descompuesta, da miedo. Es como una alarma que anuncia desastres. “Con esa actitud, dice Marisa, no puedo hablar con nadie, no puedo dejarlo solo, no puedo trabajar. Siempre está pegado a mí”. Desde el principio pensamos en una intensa angustia de separación, en una forma de angustia ante el rostro extraño muy prolongada y exagerada que más que superarse iba en aumento. Lloro con todos y por todo. *Está muy espantado, por eso se pone así.*

Marisa es aparentemente comunicativa, pero rápidamente sentimos que se crea una especie de espacio defensivo a su alrededor que nos mantiene alejadas, “un espacio de reticencia”. Su discurso es muy particular, con frecuencia afirma cosas contradictorias –datos, fechas, razones de los hechos– pero no parece su intención mentirnos realmente.

Varios meses después irrumpe el secreto de Marisa y descubro cómo el pánico del niño es compartido por la madre. Luis Enrique ocupa un lugar muy particular en las experiencias supersticioso-delirantes de Marisa, que vivió especialmente durante su embarazo: ruidos, ventanas que suenan y una vivencia de posesión. Una sombra se le mete en el cuerpo y que la entiesa, una vivencia que quiere apoderarse de ella y llevársela. Por eso duerme en medio de sus dos hijos, aferrada a ellos. Piensa que es la sombra de su padre alcohólico muerto varios años antes, que en el parto le decía: “Vente conmigo, no hagas fuerza, déjate ir”. La salvó la partera que la hacía pujar. Le sugiero de la conveniencia de consultar a un psiquiatra y me dice que su hermano ha estado internado y recibe medicamentos, pero que ella va a poder mejorar, que va a trabajar.

¿Fantasía, superstición, psicosis? Pienso que todo a la vez. Y la falta total de recursos en México que pueda ayudarnos en un caso como este. Añoré los espacios de acogida para bebés y mamás en estas condiciones que visité alguna vez en un suburbio parisino. Preferí seguirlos viendo y noté el cambio en Marisa varios meses después cuando pudo hablar de todo esto. A partir de entonces el niño también fue progresando hasta que un día les perdimos la pista.

Comentarios

He aquí los dos bebés más graves de nuestra investigación sobre el reflujo, dos bebés que han vivido un primer año de vida marcado por tremendos dolores psíquicos y físicos. La asociación del reflujo gastroesofágico con las patologías graves del desarrollo, que era nuestra hipótesis inicial, se confirmaba. Las conclusiones de aquella época se centraron en las alteraciones del vínculo madre-bebé que consideramos era el factor determinante tanto para mantener el reflujo intenso y rebelde que alteraba el crecimiento pondo-estatural de estos pequeños, como para construir sus defensas psíquicas, que los aislaban y les impedían desarrollarse. Estábamos ante cuadros incipientes y graves de alteración general del desarrollo: un probable autismo en el caso de Paloma y una indiferenciación con su mamá psicótica y desorganización de tipo psicosis infantil en Luis Enrique, que se encontraba paralizado por sus síntomas fóbicos y persecutorios. Mi fantasma del bebé flaco y moribundo de Spitz se combinaba con el de la mortalidad infantil tan elevada en el campo mexicano y me asaltaba. Eran niños muy discapacitados por la suma de problemáticas que presentaban. Pero bien tratados, con sesiones de juego y con mucho trabajo psicoterapéutico con las madres, se obtuvo una apreciable mejoría.

Pienso hoy que las conclusiones fueron acertadas pero incompletas. Fue importante jerarquizar el vínculo alterado para realizar la psicoterapia. Le dimos así espacio al reencuentro, al cuidado y a la construcción de un maternaje revitalizador.

¿Podríamos actuar ahora de forma diferente? Es difícil saberlo, pero creo haber identificado de otra manera un resorte central de este drama: la presencia constante del dolor, que va pasando cada vez más de lo físico al registro y espacio psíquico que herido y desgarrado no puede estructurarse. Pienso que es necesario seguir investigando y tratar de esclarecer en ambos casos cuales son las secuelas de ese primer período de la vida inmerso en el dolor, lo cual es difícil de diagnosticar y, más aún, de superar. El camino más evidente en ambos bebés empezó con el trabajo con las madres y sus familias, para mejorar su actitud de maternaje y ponerle palabras a los sentimientos y afectos. La problemática transgeneracional de las psicosis vuelve a comprobarse también con estos bebés.

Viñeta 2. Stella. Dolor y ambivalencia materna

Esta viñeta se refiere a una bebé observada con el

método de E. Bick desde su nacimiento. Esto permite reconocer los dolorosos conflictos del primer año de vida que se van manifestando como problemas del desarrollo (Pérez de Plá y Rodríguez, P, 2008). Es una bebé sana que nace en un hogar estable de clase media baja de la periferia de la Ciudad de México, cuyos jóvenes padres han aceptado ser visitados semanalmente por una observadora de bebés que lo solicita por razones de su formación profesional.

El relato incluye fragmentos de la observación de la bebé y sus padres, los registros de la observadora y de las reuniones del grupo de reflexión, que incluye a las coordinadoras o expertas, que responde como interlocutor y caja de resonancia a las intensas emociones que despiertan las observaciones. Hubiera querido exponer el carácter detallado y coral de dicho método y del material obtenido, en que cada voz expresa aspectos diferentes, pero sólo se comunican breves fragmentos de esta observación.

Visita a la madre previa al nacimiento. Ana es la hermana mayor de una familia numerosa. Tiene 22 años. Comenta que al padre le gustaría que su bebé fuera niña y a ella niño, tal vez porque extraña mucho a sus hermanos que viven en el extranjero con sus padres. Ella no quiso vivir allá, prefirió vivir sola en México desde que era adolescente. En un viaje su madre dio a luz aquí a uno de sus hermanos y se lo dejó encargado de recién nacido varios meses, lo que fue muy difícil para ella. Tal vez por eso ahora le cuesta mucho pensarse y sentirse madre de este hijo que llega cuando ella no estaba para nada preparada. Relata su gran dificultad para reconocer y aceptar su embarazo: no se cuidaba antes y no le había pasado, por eso no sabía que estaba embarazada. Lo supo a los cuatro meses. “Me sentía algo diferente, me daban ascos y estaba cansada, sentía que algo se movía adentro de mí, hasta que un día me vi una bola en la panza y me preocupé por si podía ser un tumor”. Le hicieron un ultrasonido y le dijeron: “Si, tienes un tumor de cuatro meses”. “Fue extraño... dice Ana “

-*El grupo* en primera instancia reflexiona sobre las vivencias de ese embarazo vivido como extraño, como ajeno a sus expectativas. Se puso énfasis en la falta de contacto, en los efectos de esa ignorancia tan prolongada, de esa ausencia de registro y de imaginar a su hijo. Pero también teníamos que pensar más en Ana, incapaz de leer los signos de su cuerpo, tan joven e ignorante de la experiencia del embarazo, como una niña. Y ante todo nos impactó ser testigos de que ella parecía

ser todavía la adolescente que fue forzada a ser la hermana-madre y se quejaba de ese rol que vivió con gran ambivalencia. El nuevo embarazo reactivaba ese lugar y la abrumaba. Percibimos que en el fondo era una niña nostálgica de su madre, llena de enojo reprimido. Tal vez la presencia regular y confiable de la observadora podía serle útil y por eso la aceptaba.

-Primera observación a los tres días de nacida.

Observadora: Estuve 10 minutos tocando el timbre, todo estaba muy silencioso y estaba de verdad temiendo que nadie abriría la puerta, en eso Ana me recibe muy amable y con una amplia sonrisa. Esta combinación de la sonrisa y las palabras amables con el rechazo manifiesto al no responder el teléfono o no abrir la puerta me desconcierta. Se repitió con frecuencia durante los dos años de la observación y también es así de discordante en su rol de madre.

Durante esta observación habla de la cesárea y se queja mucho de las molestias cuando cuida a la pequeña Stella, que duerme tranquila toda la hora, recostada sobre el pecho de su padre. Dice Ana: “de haber sabido que era así no me habría embarazado”.

-10 días de nacida. Toqué y Ana gritó: “¡Pasa Paty!”. Ella se acercó y dijo: “¡Está cerrado!, ¡Eduardo se llevó las llaves... me preguntó que si me las dejaba, le dije que no y dejó cerrado”. Hablamos por la ventana. Comenta lo horrible que es que la bebé la despierte para comer, que ha optado por sacarse la leche y ponerla en un biberón para darle por la noche y, también, ha empezado a darle agua de arroz y leche de soja que sabe bastante mal pero que la bebé la toma bien. Me la muestra por la ventana muy orgullosa. Stella duerme plácidamente.

-El grupo. Resulta alarmante que tome iniciativas de alimentación sin indicación médica con una recién nacida. También se reflexiona sobre el sentido que encierra este acto fallido que da una entrada a medias a la observadora. Está abierta y cerrada a la vez. Ana provoca un malestar que nos afecta a todos ¿incluso a Stella? Esto se confirma en la observación siguiente.

-19 días. El padre de Stella comenta que su hija debe estar soñando que come. Pregunta: “¿No les ha pasado que cuando sueñan que tienen hambre, comen y se les quita?”. Ana contesta: “No, yo sueño que como cosas que comía cuando vivía con mis padres pero despierto con mucha hambre”. (...). Añade: “A veces cuando la amamanto y la retiro del pecho como que quiere agarrarme, sólo manotea, hasta que logra agarrarme

la ropa como diciendo, “dame más”, pero yo le digo: “Nooo, ahorita ya no te voy a dar”. *El grupo* elabora la vivencia de Ana que se siente desde siempre como una niña sola, que nunca se satisface y ahora repite activamente la insatisfacción en la crianza de su hija a la que le da pecho diciéndole a la vez “¡nooo!”.

Ana se siente aprisionada por la maternidad y no tarda en manifestarlo a los *dos meses* cuando regresa al trabajo y comenta “¡uy!, ¡no!, (ríe), es que Stella está escuchando”, (le tapa los oídos). “La verdad, me sentí muy bien, muy, muy bien”. “Ahora que la veo, me da ternura y siento feo al irme todo el día, pero me he sentido muy bien”. Pensamos en el grupo: ¿Cómo ocultarle a la bebé que es feliz de salir y dejarla si ella puede percibirlo de tantas formas? Me cuenta que el papá se queda con Stella, que ha subido de peso porque él le da de comer “demasiado”.

Todo esto ha ocurrido durante los dos primeros meses de vida de Stella que también es una bebé muy querida por sus padres, que se preocupan por darle pecho y por tenerla mucho en brazos. Hay algo inquietante en esta observación que nos mantiene alerta, quizás la actitud contradictoria de Ana que “desconcierta” a la observadora. ¿Cómo se sentirá Stella?, nos preguntamos.

Como suele ocurrir la bebé responde con el cuerpo, empieza a enfermarse y podemos ver por qué ocurre esto. El que a Ana le guste ver a la pequeña “desnuditita” nos preocupa, porque no hace calor. La observadora describe: “Stella trae una playerita y su pañal solamente, pienso que tal vez sienta frío ya que el día está nublado y el ambiente húmedo. Ana usa suéter de lana”. También sabemos que la lleva al pediatra, pero que no cumple con las indicaciones porque pierde las recetas o las olvida. Por eso mismo siente vergüenza y tarda mucho en regresar a la consulta.

El grupo se pregunta: ¿Qué pretende Ana? ¿Hacerla fuerte o maltratarla? El enfriamiento se complica con infecciones respiratorias y conjuntivitis. Sólo después del reproche del médico porque no cumple con la medicación y de un comentario de la observadora sobre el abrigo de los bebés, que fue objeto de reflexión en el grupo, Ana consigue cambiar su punto de vista y se da cuenta que otros, sobre todo una bebé, pueden tener frío. Algo cambia y empieza a abrigoarla bien, con mamelucos y chamarras. Pero en conjunto sigue atribuyéndole sus sentimientos y deseos.

También empiezan a observarse cambios psíquicos. La niña se ve cada vez más triste, como deprimida. Y

permanece retraída y poco sociable. A los cinco *meses* empieza a rondar la duda de si Stella escucha bien o no. La particularidad de su mirada, muy fija, seria y difícil de sostener moviliza la sospecha de rasgos autistas igual que el hecho de que no responde. También rechaza ingerir sólidos y se diagnostica alergia a ciertos alimentos.

-6 *meses y 5 días*. Me entero del nuevo embarazo, ya casi tiene tres meses. “Ahora sé por qué se me caía tanto el cabello y tenía ascos... desde que Stella se enteró ha estado más contenta”. El padre se enojó, dijo que no podía estar embarazada porque Stella aún necesita mucha atención. Este embarazo es parte de su descuido, porque no debían arriesgar embarazarse tan pronto después de una cesárea. Nosotros pensamos en cambio, que esto puede explicar la tristeza de Stella, aunque Ana insiste en decir que está muy contenta “porque ella quería embarazarse pronto”.

-8 *meses*. Desde que trabaja le da biberón. Mientras la alimenta comenta: “El médico sólo le dio medicamentos y me dijo que no se había curado porque no le dimos la medicina”. Stella termina el biberón, su madre le ayuda a incorporarse y tose, se le escucha que tiene flemas y que sigue enferma. Ana dice: “no sé donde dejó Eduardo el medicamento, aún no se lo empezamos a dar”. El grupo identificado con la bebé sufre y quisiera intervenir, pero se decide esperar un poco más.

-8 *meses y 20 días*. Ana está muy dolorida de su abdomen y el doctor la ha alarmado mucho. Habla del riesgo de que se rompa el útero por la reciente cesárea. De Stella dice, “ya la llevamos al hospital”. El doctor le mandó hacer un estudio de potenciales evocados, porque no respondía a los sonidos y tampoco la ve bien de sus reflejos”. Este periodo es difícil para Ana, se ve preocupada, le duele la herida y está cansada. No puede cuidar bien de Stella, pero tampoco hacerse cargo de sí misma. Pensamos que la bebé no oye porque no es oída.

-10 *meses y medio*. Stella me mira detenidamente sin expresión alguna, le sonrío pero ella no cambia su expresión. Ana me cuenta con detalle cómo le han hecho el estudio del oído y que le dijeron que estaba bien, que sólo tenía una leve inflamación y que podía ser por una infección en la garganta. En este periodo Ana cambia de médico y va con una obstetra que la revisa, le explica, la escucha y sabe contenerla. Ana a partir de este momento se siente mejor físicamente y puede empezar a cuidarse. La doctora es como una mamá protectora

que la hace sentir mejor. Stella sigue siendo una bebé bastante pasiva, que manipula ciertos objetos y juega poco con los adultos.

-1 *año*. Han observado que su lenguaje es muy escaso. En la guardería preguntan sobre ello. Aunque puede decir algunas palabras como mamá y papá, en los últimos dos meses permanece en silencio gran parte del tiempo, pero sale poco a poco de la depresión y se enferma mucho menos.

Evolución. A partir del nacimiento de la hermanita y a lo largo de su segundo año de vida observamos una evolución progresivamente positiva que viene a la par de cambios favorables en el maternaje de Ana. Creemos que intervinieron varios factores para que su evolución comience a ser de reconexión y apertura a la comunicación. Uno fue la llegada de la abuela materna quien ayuda y acompaña a Ana, aunque parece ser, también, bastante ambivalente. Otro factor fue la identificación de Ana con Stella porque ambas son hermanas mayores y ella le quiere evitar el sufrimiento de sentirse desplazada por la nueva bebé. Se manifiesta entonces un cambio en el vínculo entre Ana y Stella, ya que ahora está más dispuesta a cuidarla, logra reconocer las necesidades de su hija sin confundirlas todo el tiempo con las propias y puede responder de mejor manera a éstas, diferenciándose y favoreciendo la salida de la simbiosis, en términos de M. Mahler,

Stella sale poco a poco de la depresión y se enferma mucho menos. También ella la cuida más. Se la ve más conectada, empieza a jugar, a reír con frecuencia y cerca de los dos años, juega a las escondidillas, lo que nos resulta muy simbólico. Pero es perceptible que en conjunto aún no alcanza el nivel de otros niños de su edad. También empieza a hablar y a interactuar más con los otros. Esta evolución nos tranquilizó algo, pero no podemos cambiar del todo la impresión de la gravedad de lo que habíamos observado. Nunca vimos a Stella con un desarrollo totalmente normal y, al final, empezó a manifestar cierta agresión en la guardería. Se mostraba huraña aunque ya no desconectada. Al finalizar la observación se hizo una devolución a los padres y se sugirió un acompañamiento terapéutico. Lamentablemente poco después le perdimos la pista.

Comentarios. Algo que caracterizó la primera etapa de vida de Stella fue un dolor psíquico progresivo, acompañado de una forma de descuido físico bastante encubierto si no hubiera estado presente la observadora para dar cuenta de la crueldad que implicaban ciertas

actitudes. Pienso que esta situación es más frecuente de lo que creemos, que se puede hallar en diversas clases sociales y que es muy difícil abordarla por la falta de conciencia de los padres del sufrimiento de su hija y las consecuencias psíquicas que se vuelven luego difíciles de cambiar. Tomadas desde un punto puramente psiquiátrico pueden ignorarse los aspectos dinámicos en juego. No son fáciles de diagnosticar sus aspectos vinculares y se limitan a señalar la depresión del lactante, o luego, los rasgos dentro del espectro autista. Pensamos que Stella atravesó durante su temprana edad por uno de esos problemas del desarrollo en que se produce la alteración de la estructuración subjetiva y cuya evolución, tal como vimos, depende de múltiples factores que interactúan constantemente. Poder contribuir a suavizar la identificación proyectiva que manejaba Ana con Stella fue un gran logro que muestra los efectos terapéuticos que, también, se producen al implementar la observación de bebés con el método Bick.

La relación entre los problemas de Stella y la ambivalencia de Ana es evidente desde el principio, es un conflicto que empezó mucho antes que ella. El vínculo ambivalente con su propia madre, marcado por la distancia y el escaso reconocimiento de sus necesidades, la búsqueda de una independencia prematura que la deja con una vivencia constante de carencia y nostalgia se reactiva con el embarazo y recae sobre la bebé que en consecuencia enferma y sufre física y psíquicamente. Felizmente otros vínculos van introduciendo fuerzas de diferente signo en la evolución de Stella produciéndose progresos, luego de ciertas etapas muy alarmantes del desarrollo. Casi todo el primer año de su vida coincide con el segundo embarazo de Ana y al cumplir un año de edad nace una hermanita. Los efectos de esta circunstancia y el cambio que produce en el vínculo entre Stella y su madre fue capital, así como la persistencia de la presencia rescatadora de su padre, muy significativa desde su nacimiento. Ana es un ejemplo de madre que establece con sus hijos una interacción disfuncional por discontinuidad o inconsistencia (Kreiser, 1989) también llamada ambivalente. En cambio Eduardo, el padre, parece ser, capaz de vínculos constantes y firmes. Esperamos que esto se traduzca en la posibilidad de experiencias placenteras para Stella que le permitan estructurarse como una niña sana y feliz, que Ana pueda cambiar y que eso ayude a todos a salir de esta etapa de riesgo. Debemos reconocer nuestro relativo escepticismo, pues a pesar

de la evidencia del problema no vimos la esperada respuesta de los padres a la preocupación del equipo. Sería quizás demasiado optimismo pensar que darían oídos a la recomendación de consulta hecha por la observadora cuando no habían seguido las de los médicos. Pero confiamos en que algo ocurra.

Vimos a Stella siempre como una suerte de equilibrista que ha caminado por el borde de un precipicio, todo el tiempo a punto de caer en un cuadro muy grave. Ha conseguido salir repetidas veces progresando, pero nos preguntamos hasta cuándo. ¿Qué cicatrices han quedado de tanto sufrimiento? Vemos ejemplificado en este caso cómo es en el vínculo madre-bebé, donde se encuentra el origen más frecuente del dolor psíquico. Los problemas físicos son secundarios a este desamparo que vive Stella.

Esta observación nos ha parecido muy significativa porque permite reflexionar sobre tantos bebés que desde el primer año de vida tienen particularidades que hacen sospechar el comienzo de un problema en el desarrollo de orden depresivo y psicossomático o incluso de cuadros dentro del espectro autista. ¿No fueron así los padecimientos tempranos de muchos niños ya mayores que nos llegan erróneamente diagnosticados como TDA? Lamentablemente no podremos responder en los hechos a esta pregunta porque esta familia cambió de domicilio y ya no pudimos encontrarla.

Otro aspecto importante aportó esta observación fue el gran aprendizaje respecto a la psicopatología temprana y a la técnica del método de Bick ya que toda la observación produjo una fuerte contratransferencia en la observadora, que, sobre todo, era intensa en las reuniones del grupo de supervisión, que actuaba como caja de resonancia de una situación siempre al borde del riesgo, que por períodos era vivida como descuido e incluso crueldad. Aparecía constantemente en el grupo preocupación, temor por la salud y desarrollo de la niña y enojo con la madre. La tentación de intervenir, de recomendar cuidados o consultas con terceras personas surgió varias veces en los dos años de observación. Sin embargo, el trabajo grupal permitió comprender y detener este impulso a la actuación. Observamos de este modo los efectos positivos de la espera y de una sensata tolerancia a la incertidumbre, lo que es aplicable en la psicoterapia de muchos niños con madres ambivalentes y agresivas que suelen despertarnos imperiosos deseos de defenderlos en los terapeutas tratantes.

Viñeta clínica 3. Elodie: El bebé dado por muerto

Esta última parte del artículo se basará en el estudio y comentario de un texto que me ha realmente asombrado y encantado. Su autora es la psicóloga francesa Sophie Guiller (2012), especializada en el trabajo con niños y bebés con el método de Bick, que trabaja en el servicio de cirugía pediátrica de un moderno hospital universitario francés. Pienso que el caso, y su modo de escribirlo, tiene tal encanto que parece invitarnos a creer en los milagros, pero sobre todo quiero incorporarlo a mis elaboraciones, porque pienso que no sólo nos seduce y nos cautiva, sino que nos enseña mucho y responde a gran parte de las preguntas que fueron surgiendo en el recorrido de este artículo.

En primer lugar muestra la importancia de formar parte de los equipos interdisciplinarios, en este caso médicos, y muestra como hacerlo [10]. Traduciré casi completa la primera parte del trabajo de Sophie para transmitir el tono emocional que está en juego y lo decisivo de cada palabra.

Élodie es la primera hija de una joven pareja de 28 años. Acababa de nacer y la trasladaron en helicóptero de emergencia desde otro hospital por una hipoplasia renal. También tenía otras malformaciones y presentaba una grave desnutrición y deshidratación. En cuanto fue referida, los resultados de los estudios condujeron a proponer al equipo médico y a los padres no llevar a cabo ningún tratamiento porque para realizar diálisis debía alcanzar los cinco kilos de peso lo que parecía poco probable. Ese primer día Elodie es descrita por el equipo de salud como físicamente desahuciada: “Parece un bebé muerto”, dijeron. Me da la impresión que el equipo médico se va a encargar de ello. Me piden que vea a la bebé y conozca a los padres.

Primera observación, tres días después. Son las 10 de la mañana

Me dirijo a la sala de reanimación acompañada de la jefa de enfermería quien ya conoce a Élodie. Cuando llegamos, la puerta se encuentra abierta, primero entra ella y yo detrás. Élodie está sola en el cuarto, recostada en una cama pequeña de plástico transparente con un sistema de calefacción arriba.

La jefa de enfermería dice: “Hola Élodie” y va a leer el cuaderno que está puesto en una mesa pequeña al final de la cama. Yo me acerco a la cama y digo: “Hola Elodie, mi nombre es Sophie Guiller, psicóloga de la unidad donde fuiste hospitalizada. Me voy a quedar aquí contigo un momento”. La jefa de enfermería me

mira y dice: “Nos vemos después Sophie”.

Me siento tensa y no es fácil estar en frente de este pequeño cuerpo que efectivamente está desahuciado. Me encuentro ansiosa. Tomo un pequeño banco y me siento para poder contenerme. Me encuentro entre la puerta y la cuna de Élodie. A un costado de la cuna hay una ventana larga y muebles de baño de bebé.

Élodie está recostada, entubada y ventilada. Tiene dos perfusiones intravenosas en su mano y pie derechos. El monitor que mide el oxígeno esta en su pie izquierdo y su brazo izquierdo se encuentra sujetado probablemente para que no arranque los tubos a los que se encuentra conectada. En este momento pienso que su vida pende de un hilo, o quizás por esos cables que cuelgan por doquier o quizás por la luz que la ilumina para calentarla. Sólo noto su cabello pelirrojo despeinado.

El silencio me perturba y ahora la unidad parece más silenciosa que lo usual. Para romper ese silencio, siento deseo de hablarle. “Llamé a tu mami y le pregunté que si podía conocerla a ella y a tu papi”. En el mismo momento suena una alarma y Élodie abre con dificultad su ojo izquierdo que queda del lado que me encuentro. “¿Reconoces las palabras mami y papi?”. Élodie mueve lentamente su pie y mano izquierda. Los levanta alternativamente y después hace lo mismo con sus brazos. Élodie se está moviendo. Ahora sus dos ojos están abiertos, pero en un momento los cierra. Se la ve débil y me reconforta saber en este momento que me muestra que está viva. “Entiendes todo lo que digo. Eso es bueno Élodie”.

Élodie parece relajada, todo su cuerpo está relajado: su dos brazos, manos, piernas, pies y dedos. Estoy serena. Después de un rato parece que se ha quedado dormida. Decido terminar la visita. “Te dejaré dormir Élodie, vendré a verte el lunes en la mañana. Esta tarde trataré de conocer a tu mami y a tu papi”. Vuelve a sonar la alarma que sonó anteriormente. Élodie abre sus ojos y vuelve a cerrarlos relajada. “Realmente las palabras mami y papi son importantes para ti”. Son las 10,40h, estoy complacida con el final de esta visita.

Encuentro con los padres. El mismo día por la tarde, a las 5,30h. Recibo a los padres en una pequeña oficina que se encuentra en la entrada de la unidad de cuidados intensivos. El padre de Élodie habla inmediatamente, como si estuviera esperando este momento. Me explica que él sabía que tenía una malformación anorectal. Fue descubierta en los estudios durante el embarazo. Pero no tenía idea de todas las otras malformaciones,

en especial la del riñón. “Su riñón no funciona bien y necesita diálisis lo más pronto posible”, me comenta. Se rasca la cara, mira a su esposa y pregunta si está de acuerdo para continuar hablando. Ella le sonrío y recarga su mano sobre la pierna izquierda de su esposo. “La trajeron aquí de inmediato y cuando llegamos, me impactó verla en esa condición. Ella se veía demacrada y ajada por la grave deshidratación y desnutrición. La emoción lo invade. Su esposa vuelve a colocar su mano en su pierna como para confortarlo y compartir su emoción. Un momento de silencio, respeto lo difícil del instante. Después de un momento, hablo acerca del panorama traumático de su hija cuando ellos llegan a la unidad. “Pensé que era el fin”, comenta el padre.

Vuelven a invadir las emociones y hay unos minutos de silencio. Ambos lloran.

La madre aún tiene la mano en la rodilla del marido y él hace lo mismo. Ella habla, “en el hospital anterior, una enfermera nos dijo que no nos apegáramos mucho a nuestra hija porque probablemente moriría en las siguientes horas o días”. Llorando añade: “Sentí como si me golpearan con un tubo escuchando esto. ¿cómo es posible no estar apegado a tu propio bebé cuando lo tuviste nueve meses en tu vientre?”.

Su esposo acaricia la rodilla de su mujer para confortarla. Otro momento de silencio. Les explico que mi primer visita a su hija fue esta mañana y sobre las alarmas cada vez que le mencioné “mami y papi”. La madre dice: “Yo no la tomaba en mis brazos porque la enfermera me dijo que no lo hiciera... pero sí noté que cada vez que le hablaba hacía sonar la alarma”. El padre se relaja en su silla.

Les digo: “Élodie reconoce cuando mamá está ahí y le habla”. “¿Puedo tomarla en brazos?”, dice la madre. Le explico que pida a las enfermeras que la ayuden a instalarse con Élodie en brazos.

Y el padre comienza a hacer planes sobre el comienzo de la diálisis. Dice: “¿Cómo haremos cuando vaya a la escuela?”. Falta mucho para que eso ocurra. Y les digo de ir a ver a Elodie juntos. Son las 6,10h de la tarde.

La evolución de Elodie fue buena, aunque con ciertas complicaciones. Se pudo empezar la diálisis y hacer las otras operaciones menores que necesitaba. Sophie los veía con regularidad hasta el alta varios meses después. Cinco años después Élodie era una niña normal que iba a la escuela y se estaban planteando cuando recibiría un trasplante de riñón.

Parece evidente que bien tratado, el gravísimo problema físico no alteró su desarrollo y que esto se logró gracias al apoyo afectivo y técnico conjunto de sus padres y del equipo médico psicológico que la sostuvo. Analicemos brevemente los aspectos que han contribuido a que haya ocurrido esta especie de milagro.

Élodie demuestra claramente lo temprano de las percepciones de los bebés y no sólo reconoce la voz sino las palabras *mami* y *papi* que son dichas por la observadora. Es capaz de mirar con toda intencionalidad el rostro y los ojos de quienes la rodean y en especial de su madre. Esa mirada y la mano de la madre la sostienen durante todo el período de peligro vital. Es la materialización de ese hilo que piensa Sophie mantiene con vida a la pequeña Élodie y que figuran en el registro de las sesiones siguientes. El dolor físico bien tratado por los médicos no parece invadir a Élodie y es seguro que la mayor defensa es el deseo de la madre de que viva y no sufra, cosa que le repite muchas veces. Es la fuerza del vínculo que las une.

Entre las aplicaciones del Método de Bick, siempre me han parecido especialmente importantes aquellas que se refieren al *sufrimiento perinatal*, en las que el cuerpo del bebé sufre por síntomas orgánicos o funcionales y en que se juega, en un corto período de tiempo, la vida y/o el futuro de un niño. Se trata de verdaderas encrucijadas en que participan, rodeando al pequeño bebé los padres y otros familiares, además del medio social y cultural con toda su carga de vida y muerte. Es allí donde tienen que actuar los equipos, tan diversos en su acción y eficacia.

Lo importante es recordar que no sólo sufre el cuerpo, sino que está en juego el psiquismo de los bebés y que por eso podemos hablar, también, de perinatalidad psíquica, cuya importancia y papel decisivo para los seres humanos estamos conociendo cada vez más, gracias a los adelantos científicos y clínicos de nuestra época, adelantos de los que creo somos copartícipes.

Recordemos que el período de perinatalidad psíquica se extiende desde el proyecto parental de hijo hasta aproximadamente el fin del segundo año de vida del lactante. Se trata de un período largo y, a veces difícil. Siempre complejo, en que nace y crece un sujeto en vías de individuación y se edifica la parentalidad. Durante ese tiempo se desarrollan también los procesos intergeneracionales y se construye o modifica en gran medida la familia con todos sus resultantes de afiliación o desintegración. Es una etapa en que el

dolor psíquico puede surgir en situaciones como las presentadas anteriormente. En Élodie las cosas son al contrario, mejorando paralelamente el dolor físico y psíquico. Cada visita se transforma en una sesión de intervención temprana. También lo podríamos llamar de psicoterapia que suma sus efectos al fino trabajo del equipo médico.

Cabe preguntarse qué ha hecho Sophie. Muchas cosas seguramente, tales como sostener a todos, familia y equipo, darles espacios para expresarse, evitar que se cortara el hilo que mantenía viva y conectada con el equipo a Elodie y a sus padres. Y lo más específico, a mi parecer, fue ponerse a disposición para tejer una trama de representaciones y de sentidos que volvieron a movilizar la historia bloqueada por la llegada de una niña enferma de gravedad, que había sumido en el terror y la impotencia a los padres y al equipo médico. Dio lugar a que los padres aceptaran a Elodie como suya, aunque no pudiera ser normalizable totalmente. Ella no podía ser reducida a su morfología alterada o a sus órganos defectuosos. O, en otro caso, a su genoma patológico, sino que era un ser humano fruto del deseo.

Conclusiones

En este artículo he reunido varios aspectos de mi investigación personal sobre la psicopatología de niños y bebés. Mi método de trabajo aquí expuesto, siempre se ha basado en la convergencia de la experiencia clínica y la investigación teórica.

La clínica en el campo de los padecimientos graves (psicosis infantil, autismo, discapacidad intelectual, entre otros) estuvo en el origen de mi trabajo y luego se vio muy estimulada por la clínica de los bebés; en particular, utilizando la observación con el método de Esther Bick. Ambas dan información, vivencias que renuevan la investigación. De todo esto surge, especialmente en los últimos años, un fuerte interés por el problema de la constitución subjetiva y el origen de la normalidad y la patología en la infancia. El texto reúne justamente dos momentos de mi actual investigación. El primer, que considero muy fructífero, me llevó a trabajar el tema de los vínculos del bebé con sus progenitores y en especial con la madre. Un campo muy rico, que no deja de darme satisfacciones, pero que no explica la totalidad del problema. El segundo momento lleva al tema del dolor, tanto a nivel teórico como clínico.

Luego de este recorrido pienso que podremos ubicar

la importancia del dolor en el proceso de constitución subjetiva. Podemos también comprender que es importante suavizar las situaciones de dolor físico y psíquico porque se entrecruzan y potencian ambos aspectos.

La hipótesis que estamos confirmando en este trabajo es que cuando el equilibrio se fractura o distorsiona en circunstancias traumáticas, el principio del placer no funciona y la vivencia de satisfacción pierde su carácter de brújula del aparato psíquico. La otra consecuencia es que no pueden procesarse las excesivas magnitudes de estímulos y se altera la capacidad de representación lo que explica las fallas de simbolización observadas con tanta frecuencia en nuestra clínica con niños, adolescentes y adultos.

Es para quitar fuerza al dolor desorganizante que interviene el vínculo con la madre, el continente de sus brazos, de su voz, de las palabras que van dando sentido a las vivencias y las vuelven elaborables y no disruptivas. A la luz de estos hallazgos no se puede discutir la necesidad de la madre junto a los niños internados. Y muy especialmente si son bebés.

Notas

1. Espacio Psicoanalítico, Guadalajara, Jalisco. Especialidad de Psicoterapia Psicoanalítica de Niños y Adolescentes.
2. Durante la etapa final de redacción de este artículo llegó a mis manos *El libro del dolor y el amor* de Juan David Nasio (1999) que abreva en los mismos textos clásicos y con que, desde entonces, mantengo un diálogo enriquecedor.
3. Para profundizar en este texto recomiendo la lectura de un estudio particularmente rico y exhaustivo sobre el Proyecto realizado en México y de reciente aparición de Roberto Castro Rodríguez, quien muestra allí las raíces de gran parte del pensamiento freudiano. Y también el libro de Juan David Nasio antes citado.
4. Recordar que Freud era un prominente neurólogo.
5. Levin además señala un aspecto cultural de la modernidad que él considera altamente dañino para nuestros niños porque impiden los procesos que vengo de describirles: el de las mamás identificadas con las muñecas Barbie que simbolizan un mundo donde no hay dolor y la singularidad no existe. Donde no se llora y no hay sufrimiento, defectos ni problemas. Ni siquiera genealogía, ni padres ni abuelos.
6. El riesgo de recurrir a estos métodos es que el bebé

entra en un estado de desesperanza porque se da cuenta de que sus padres no van a acudir a aliviarlo. Se han realizado investigaciones neurofisiológicas que muestran que muchos de los bebés sometidos a llantos prolongados pueden desarrollar una respuesta hipersensible al stress en un futuro. Son niños que, aunque estén seguros, se muestran ansiosos y supervigilantes. Si son atendidos consistentemente y toleran su llanto, si lo toman en serio y lo confortan se desarrolla fisiológicamente una respuesta al estrés mucho más efectiva (Helm et al, 2001).

7. Agradezco a la psicoterapeuta Iveth Salazar su invaluable colaboración en esta investigación y en otros espacios de nuestra vida profesional.

8. Agradezco a la psicoterapeuta Patricia Rodríguez Jiménez la amabilidad de permitirme incluir el material de Stella en este trabajo y el amplio apoyo prestado a mi labor profesional.

9. Tuve la fortuna de ser la encargada de comentar este magnífico texto, en el último congreso de Observación de Bebés que se realizó en octubre de 2012 en Dakar, Senegal. Está escrito íntegramente como un reporte de observaciones, lo cual le da una gran sencillez y elegancia y una calidez y precisión de transmisión notables.

Bibliografía

- ANZIEU, D (1987). *El yo-piel*. Madrid. Biblioteca Nueva.
- BICK, E (1964). Notes on Infant Observation in Psychoanalytic Training. *Int. Journal of Psychoanalysis*, 45, 558-566.
- CASTRO, R (2011). *Notas sobre el Proyecto de Psicología de Sigmund Freud*. México, Siglo XXI.
- FRAIBERG, S. H; ADELSON, E AND SHAPIRO, V (1975). Ghosts in the nursery: A psychoanalytic approach to the problems of impaired infant-mother relationships, *Journal of the American Academy of Child Psychology*, Num 14, pp. 387-422.
- FREUD, S (1895). *Proyecto de una psicología para neurólogos* (Tomo I, pp. 209-276). (Trad. López Ballesteros) Con revisión Jacobo Naunhauser. Madrid: Biblioteca Nueva.
- FREUD, S (1895). *El Yo y el Ello* (Tomo VII, pp. 124). (Trad. López Ballesteros) Con revisión Jacobo Naunhauser. Madrid: Biblioteca Nueva.
- GUILLER, S (2012). *L'enfant donné pour mort*. IX Congrès International sur l'Observation du Bébé. Dakar, Sénégal.
- HELM, C. et al (2001). The role of childhood trauma in the neurobiology of mood and anxiety disorders: Preclinical and clinical Studies, *Biological Psychiatry* 15, 49 (12), pp. 1023-1039.
- KREISLER, L (1989). Semiología y clasificación en psiquiatría del niño muy pequeño. En S. Lebovici y F. Weil-Halpern (Comps.). *La psicopatología del bebé*. México. Siglo XXI, 1995.
- LEVIN, E. *La sensibilidad de los bebés y su origen en el vínculo con la madre*. Inédito.
- LEVIN, E. *Las Barbies no sienten dolor: Acerca del dolor en los bebés*. Inédito.
- MAGAGNA, JEANNE (2012). Llorar, no llorar y estar a solas con el dolor. En: Magagna, J y Juárez C. (Comps.) *Observación de bebés. El método de Esther Bick de la Clínica Tavistock*. México, Paidós.
- NASIO, J (1999). *El libro del dolor y del amor*. Buenos Aires, Gedisa.
- NASIO, J (2007). *El dolor físico*. Buenos Aires, Gedisa.
- PÉREZ DE PLÁ, E. Y SALAZAR, I (2000): Clínica con una bebé que presenta reflujo gastroesofágico y su madre. El riesgo de evolución autista y su tratamiento. Publicación de AMERPI: *Estudios sobre Psicosis infantil y Retardo mental. Una década en la Psicosis y el Retardo Mental*, Vol. 5. México, D. F.
- PÉREZ DE PLÁ, E., RODRÍGUEZ, M. Y ACOSTA, P. (2004). Hiperactividad del niño pequeño y patología vincular. *Psicopatología y Salud Mental del niño y adolescente*, Núm. 3, pp. 65-83.
- PÉREZ DE PLÁ, E Y RODRÍGUEZ, P (2008). La ambivalencia materna y sus efectos en el desarrollo de los bebés. Trabajo presentado en el VIII Congreso Internacional de Observación de Lactantes Método Esther Bick.
- PÉREZ DE PLÁ, E (2012). El niño de los espantos. Implementación del método Bick en la investigación, prevención e intervención temprana. En: Magagna, J. y Juárez, C. (Comps.): *Observación de bebés. El método Esther Bick de la Clínica Tavistock*. México D.F. Paidós.
- PÉREZ DE PLÁ, E (2012). Comentario a l'enfant donné pour mort. IX Congrès International sur l'Observation du bébé. Dakar, Sénégal.
- RANK, O (1992). *El trauma del nacimiento*. Tercera edición. Barcelona, Paidós Ibérica.
- Spitz, René (1986). *El primer año de vida*, Madrid, Fondo de Cultura Económica.
- WINNICOTT, D (1979). *De la pediatría al psicoanálisis*, Barcelona, Laia.
- WINNICOTT, D (1975). *El Proceso de Maduración en el Niño. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. Barcelona, Laia.